

## **Le régime belge de sécurité sociale (salariés)**

### **Sommaire**

#### **Historique**

#### **I - Présentation**

#### **II - Financement**

#### **III - Soins de santé, indemnités, maternité, paternité, décès**

#### **IV - Accidents du travail, maladies professionnelles**

#### **V - Prestations familiales**

#### **VI - Chômage**

#### **VII - Pensions de vieillesse et de survivants**

#### **VIII - Prestations non contributives**

#### **Annexes**

- Cotisations sociales
- Montants des prestations familiales
- Organismes belges de sécurité sociale

## **Historique**

Informations disponibles sur le site internet du CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) [http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_belgique\\_s.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_belgique_s.html)

## **I - Présentation**

### **A. Généralités**

Le régime de sécurité sociale belge est applicable à tous les salariés, à l'exception des marins de la marine marchande pour lesquels il existe un régime particulier.

Le fonctionnement du régime est assuré à la fois par des organismes de droit public et par des organismes de droit privé. Au niveau des organismes de paiement des prestations, le système se caractérise, exception faite pour le secteur des pensions et celui des maladies professionnelles, par un pluralisme institutionnel.

Ce sont des organismes privés, créés à l'origine à l'initiative des employeurs ou des organisations de travailleurs qui restent chargés du paiement des prestations (mutualités, caisses syndicales de paiement des allocations de chômage, caisse de compensation des allocations familiales). Dans chacun de ces trois secteurs, il a été créé, en outre, un organisme auxiliaire de paiement sous forme d'établissement public, qui est chargé du paiement des prestations pour les personnes qui ne relèvent pas d'un organisme précis.

Le régime belge de sécurité sociale couvre l'assurance maladie, maternité, invalidité, l'assurance vieillesse, survivants, l'assurance chômage, les prestations de maladies professionnelles et les prestations familiales.

Il existe également des possibilités d'assurance complémentaire en matière de retraites. Les retraites complémentaires ont été réglementées en dernier lieu par une loi du 28 avril 2003 qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2004.

S'agissant de l'assurance accidents du travail, l'employeur doit souscrire un contrat avec un organisme assureur de son choix : une société d'assurance agréée ou une caisse commune d'assurance agréée. L'employeur qui ne se conforme pas à cette obligation est passible de sanctions pénales. De plus, il est affilié d'office au Fonds des Accidents du Travail et est tenu de cotiser à cet organisme durant toute la période non couverte par un contrat d'assurance.

Les cotisations des employeurs et des travailleurs destinées au financement des diverses branches d'assurance font l'objet d'une perception globale réalisée par un organisme central, l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS), lequel répartit le produit des cotisations entre les divers organismes distributeurs de prestations. La gestion des différentes branches d'assurance est confiée à des organismes publics gérés paritairement et placés sous la tutelle de l'État. Tout employeur est tenu de se faire immatriculer auprès de l'ONSS.

À côté des régimes légaux des salariés, il existe des assurances complémentaires qui sont gérées par les fonds de sécurité d'existence créés dans le cadre des conventions collectives. Ces conventions sont négociées à trois niveaux : au niveau national, au niveau du secteur auquel l'entreprise appartient ou, au niveau de l'entreprise elle-même.

S'agissant des travailleurs indépendants, le statut social des travailleurs indépendants s'applique aux travailleurs indépendants eux-mêmes et aux aidants (**Cf. [note sur le régime des travailleurs indépendants](#)**).

À côté des prestations d'assurance, il existe des prestations d'aide sociale, servies sous conditions de ressources aux personnes qui n'ont pas cotisé ou qui ont insuffisamment cotisé pour obtenir des prestations d'assurance. Ces prestations d'aide sociale comprennent : le revenu d'intégration, la garantie de revenu aux personnes âgées, les prestations familiales garanties et les allocations aux personnes handicapées.

Dans le cadre des simplifications administratives et afin d'inciter les acteurs du secteur social à offrir des services efficaces en intégrant les nouvelles technologies, la **Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS)** a développé un réseau électronique avec les diverses institutions chargées de la sécurité sociale. Dans le cadre de ce réseau, chaque institution de sécurité sociale est responsable de l'enregistrement et de la tenue à jour des informations. Sur la base d'autorisations très strictes, les informations contenues dans les différentes bases de données sont accessibles aux autres institutions de sécurité sociale via le réseau, ce qui évite les collectes multiples de données.

Les données sociales à caractère personnel sont conservées et gérées par l'institution qui, selon la nature des informations est la plus à même de les exploiter. Lorsqu'une institution a besoin de certaines données pour l'exécution de sa mission, elle s'adresse d'abord à la Banque Carrefour qui vérifie si les données demandées sont disponibles dans une autre institution intégrée au réseau. Dans l'affirmative, elle met à disposition de l'institution demanderesse les données réclamées. Si les données ne sont pas disponibles dans le réseau, l'institution demanderesse s'adresse alors à l'assuré ou à l'employeur.

La Banque Carrefour communique automatiquement les modifications apportées par une institution aux données qu'elle conserve. Elle joue également un rôle dans le portail de sécurité sociale permettant d'obtenir des informations de base sur le régime belge et d'effectuer pour les utilisateurs des déclarations en ligne.

## **B. Structures**

### **Recouvrement**

#### **Recouvrement des cotisations :**

Office National de Sécurité Sociale  
Place Victor Horta, 11  
1060 Bruxelles  
Belgique

Le recouvrement des cotisations est assuré par un organisme central, l'Office National de Sécurité Sociale, dont la mission consiste à percevoir les cotisations et à les répartir auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), de l'Office National des Pensions (ONP), de l'Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (ONAFS), du Fonds des maladies professionnelles (FMP), de l'Office National de l'Emploi (ONEM). S'agissant des cotisations d'accidents du travail, celles-ci sont payées directement par l'employeur, sous forme de primes, auprès de la compagnie d'assurance agréée choisie.

L'employeur qui engage pour la première fois du personnel doit demander son immatriculation à l'ONSS, via la déclaration immédiate d'emploi (DIMONA). Il doit également aviser cet organisme lorsqu'il cesse d'occuper du personnel. Il est responsable du versement de la cotisation patronale et ouvrière.

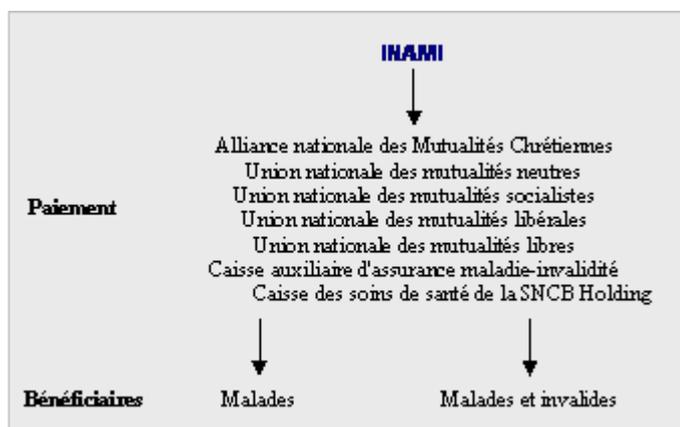
Les cotisations sont à régler trimestriellement au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre, aux dates suivantes : 30 avril, 31 juillet, 31 octobre, 31 janvier. Si, au cours d'un trimestre, les cotisations ont dépassé un certain plafond, l'employeur est tenu de verser tous les mois, une avance sur les cotisations.

Les employeurs ont la possibilité de s'affilier auprès d'un secrétariat social agréé qui accomplit en leur lieu et place, les diverses formalités relatives aux déclarations trimestrielles et se charge du paiement des cotisations. Le secrétariat doit être agréé par le Service Public Fédéral (SPF) chargé des affaires sociales.

Depuis le 1er janvier 2005, chaque employeur se fait identifier auprès de l'ONSS au moyen de son numéro d'identification unique (numéro attribué par la Banque carrefour des entreprises). Toutefois, à titre transitoire, l'ONSS accepte que l'employeur utilise son numéro ONSS.

### Assurance maladie, invalidité

L'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI), organisme public doté de la personnalité civile, est chargé de la direction générale et du contrôle de l'assurance soins de santé et indemnités.



Il est composé de quatre services opérationnels qui ont

chacun leur organe de gestion ou de direction :

- le service des soins de santé,
- le service des indemnités,
- le service d'évaluation et de contrôle médicaux,
- le service du contrôle administratif.

Le service des prestations est effectué par les organismes assureurs qui sont :

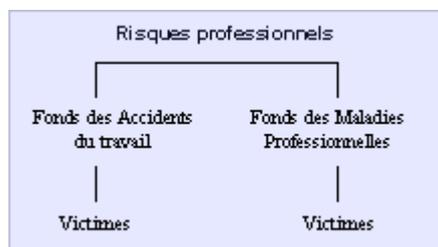
- les unions nationales de mutualité, au nombre de cinq, qui disposent de bureaux régionaux et locaux dans toute la Belgique et qui sont les suivantes :
  - l'alliance nationale des mutualités chrétiennes,
  - l'union nationale des mutualités neutres,
  - l'union nationale des mutualités socialistes,
  - l'union nationale des mutualités libérales,
  - l'union nationale des mutualités libres ;
- la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) qui est un établissement public qui fonctionne par l'intermédiaire d'offices régionaux ;
- la Caisse des Soins de Santé de la société nationale des chemins de fer belges Holding (SNCB Holding) qui est également un organisme public et qui dispose de centres médicaux régionaux.

Le choix de l'organisme assureur est libre, sauf pour les personnes relevant de la Caisse des soins de santé de la société nationale des chemins de fer belges Holding (SNCB Holding).

Pour pouvoir participer au fonctionnement de l'assurance obligatoire, les organismes assureurs doivent être agréés. Les mutualités assurent le service de l'assurance obligatoire et les services de l'assurance libre (complémentaire) qui doivent faire l'objet d'une comptabilité distincte.

### Assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Les organismes assureurs en matière d'accidents du travail sont les sociétés d'assurance à primes fixes et les caisses communes d'assurance.



L'agrément est accordé ou retiré par le Roi, après avis du comité de gestion du Fonds des Accidents du Travail. La liste des assureurs agréés pour la branche accident du travail est publiée en fin d'année dans [le Moniteur belge](#).

Les sociétés d'assurance sont constituées sous forme de sociétés anonymes ou de sociétés en commandites par actions. Les caisses communes d'assurance, quant à elles, sont des associations mutuelles sans but lucratif, constituées par les employeurs et auxquelles la loi reconnaît la personnalité civile.

L'employeur doit contracter une assurance auprès d'un "assureur loi" agréé. L'employeur, qui n'a pas contracté une telle assurance, est affilié d'office auprès du Fonds des accidents du travail à qui il doit payer une forte cotisation, et rembourser les frais de sinistres éventuels survenus avant l'affiliation.

Le Fonds des Accidents du Travail est une institution publique de sécurité sociale qui intervient comme fonds de garantie à l'égard des victimes et de leurs ayants droit. Il a également des missions de contrôle sur les organismes assureurs.

Le Fonds des Maladies Professionnelles est une institution publique de sécurité sociale qui assure l'application des lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles.

### Assurance vieillesse, survivants

L'assurance vieillesse est gérée par l'Office national des pensions (ONP) qui est un établissement public géré paritairement par des représentants des organismes d'employeurs et de travailleurs salariés. Il instruit les demandes de prestations et statue sur les droits à pension, ainsi que sur les demandes de garanties de revenus aux personnes âgées. Il effectue également le paiement des prestations.

Les demandes de prestations de vieillesse et de survivants sont déposées directement auprès de l'Office national des pensions ou auprès des administrations communales qui les transmettent à l'Office national des pensions en vue de leur traitement. Une demande en ligne est également possible sur le site web : [www.demandepension.be](http://www.demandepension.be).

À côté de la pension légale du 1er pilier, il existe des pensions complémentaires souscrites par certains employeurs pour leurs salariés et des assurances pensions individuelles souscrites par les salariés eux-mêmes auprès d'une banque, de l'office national de pension sous forme d'assurance vie ou d'une compagnie d'assurance.

### Prestations familiales

Parmi les institutions du régime des prestations familiales, on distingue l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) qui est un organisme public et les [caisses privées](#) (caisses libres de compensation pour allocations familiales et caisses de compensation spéciales).

L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés est un établissement public dont le comité de gestion est composé de représentants des organisations patronales et syndicales, de représentants des organismes familiaux et de mouvements sociaux, et d'un représentant de l'Association des caisses d'allocations familiales.

Il reçoit de l'Office national de sécurité sociale la part des cotisations destinées aux prestations familiales. Il répartit les recettes entre lui-même et les caisses de base, et il assume le contrôle de ces caisses. Il est également chargé du paiement de prestations familiales dans certains cas.

À l'exception de quelques branches d'activité, c'est l'employeur qui décide de s'affilier pour l'ensemble de son personnel, à telle ou telle caisse d'allocations familiales, ou à l'ONAFST. Si le travailleur devient inactif à la suite de chômage, de maladie ou de vieillesse, c'est la caisse qui était compétente avant la situation d'inactivité qui continue à régler les prestations familiales.

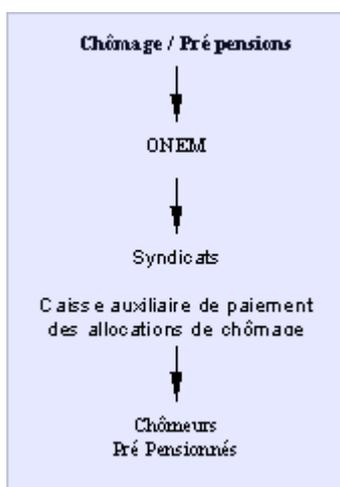
Dans certaines branches d'activité, (entreprises de chargement et de déchargement des ports et débarcadères), l'employeur est tenu de s'affilier obligatoirement auprès d'une caisse de compensation spéciale.

Dans d'autres branches d'activité (les employeurs, exploitants d'hôtels, restaurants et débits de boissons, les employeurs armateurs de navires, les employeurs de l'industrie diamantaire, les employeurs de travailleurs à domicile, les employeurs de voyageurs et représentants de commerce exerçant leur activité pour le compte de plusieurs employeurs et les employeurs de personnes assujetties à la sécurité sociale des travailleurs salariés en raison de prestations artistiques qu'elles fournissent et/ou des œuvres artistiques qu'elles produisent), les employeurs sont affiliés de plein droit auprès de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. Il en est de même des employeurs qui dans les 90 jours de leur activité ne se sont pas affiliés auprès d'une caisse libre agréée.

Enfin, la réforme de l'Etat de 2011 prévoit le transfert aux communautés (et à la Commission communautaire commune à Bruxelles) des allocations familiales, des allocations de naissance et des primes d'adoption, en principe, à compter de 2014.

## Assurance chômage

Le fonctionnement de ce régime est confié à des organismes de paiement (organismes créés par les organisations de travailleurs et caisses auxiliaires), ainsi qu'à l'Office national de l'emploi (ONEM) et à ses bureaux de chômage.



L'Office national de l'emploi est un établissement public institué auprès du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale. Son comité est composé de représentants des organisations patronales et salariales. Il exerce ses attributions par l'intermédiaire de bureaux de chômage répartis sur l'ensemble du pays.

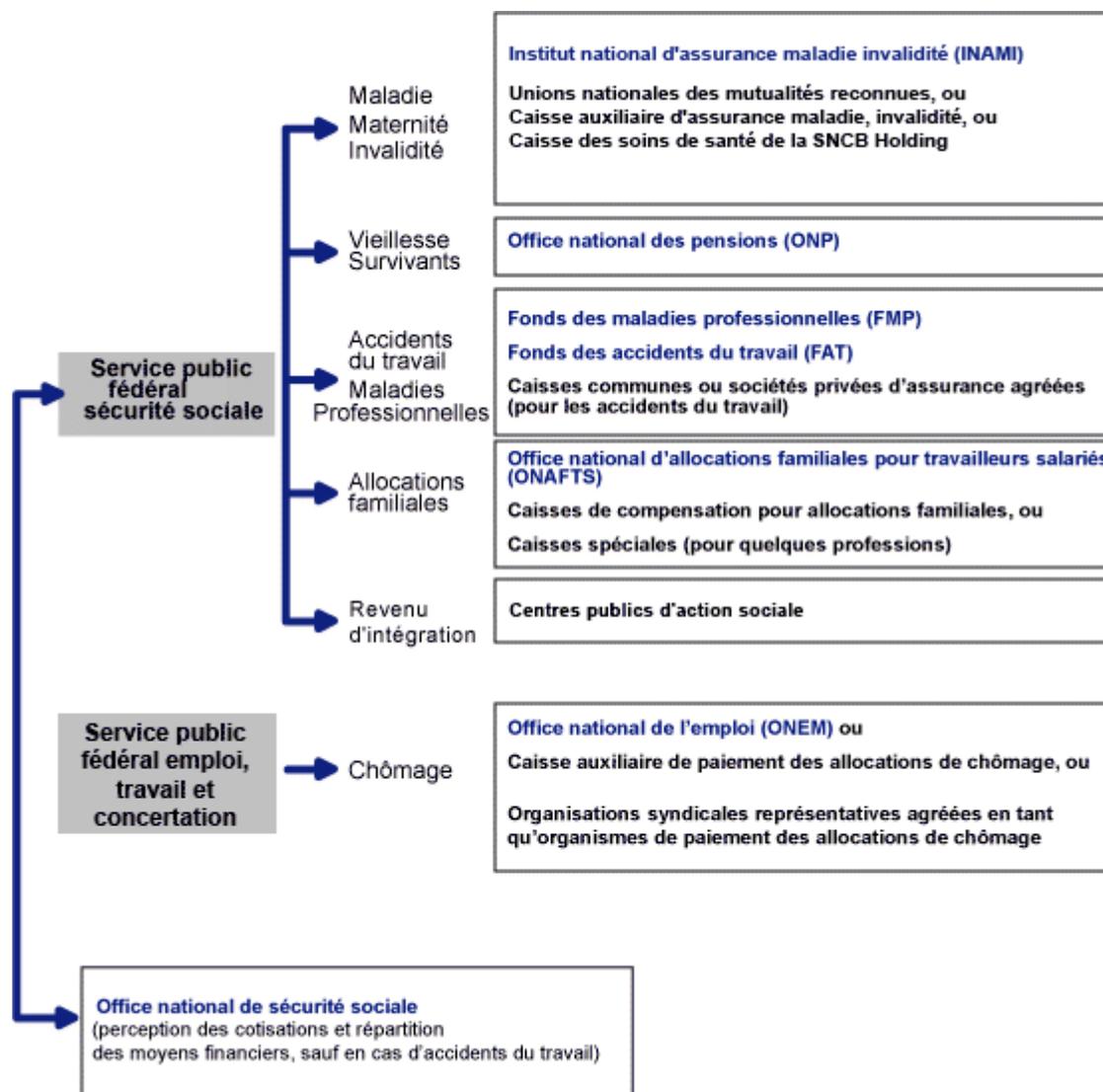
L'ONEM assure également le versement des allocations de crédit-temps accordées pour compenser la diminution de revenus à l'occasion d'une interruption de carrière du salarié.

Les organisations syndicales participent à la gestion du risque en tant qu'organismes agréés de paiement des allocations de chômage.

Participent donc au paiement, la Centrale générale des syndicats libéraux de Belgique (CGSLB), la Centrale des syndicats chrétiens (CSC), la Fédération générale des travailleurs de Belgique (FGTB) et la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC).

Ce dernier organisme est un établissement public administré par un comité de gestion composé paritairement de représentants patronaux et syndicaux. Il est normalement chargé du paiement des allocations de chômage aux travailleurs qui ne sont pas affiliés à une organisation syndicale.

## Organisation du régime Belge de Sécurité Sociale



## II - Financement

Le régime général de sécurité sociale est principalement financé par les cotisations des employeurs et des salariés, ainsi que par des subventions de l'État.

Pour les travailleurs soumis à l'ensemble des branches d'assurances (pensions, maladie invalidité, chômage, allocations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles), il existe une cotisation globale. Par la suite cette cotisation globale est répartie entre les secteurs en fonction de leurs besoins financiers respectifs. En effet depuis le 1er janvier 1995 il existe une gestion financière globale qui fait que l'ONSS finance les branches de sécurité sociale en fonction de leurs besoins et non plus en fonction du pourcentage fixé. La cotisation est individualisée en fonction des risques uniquement pour les personnes qui ne sont pas assujetties à toutes les branches.

Aux cotisations et aux subventions de l'État, sont venues s'ajouter des recettes particulières dont le produit est directement, ou indirectement, affecté à l'un ou l'autre secteur de la sécurité sociale.

Outre les cotisations de sécurité sociale, l'Office national de sécurité sociale est également chargé de percevoir les cotisations destinées au financement du fonds d'indemnisation des travailleurs licenciés en cas de fermeture d'entreprise. Il recouvre également une cotisation sur tous les versements effectués par l'employeur afin d'octroyer à son personnel

des avantages extra légaux en matière de vieillesse ou de décès prématuré. Il prélève également les cotisations établies en application de la loi concernant les fonds de sécurité d'existence.

Les fonds de sécurité d'existence sont institués par des décisions de commissions paritaires rendues obligatoires par arrêté royal. Les taux des cotisations de ces fonds varient selon les branches d'activité.

La cotisation salariale doit être retenue par l'employeur lors de chaque paiement de rémunération. L'employeur est responsable vis à vis de l'Office national de sécurité sociale du versement de la cotisation salariale et de la cotisation patronale.

Les employeurs ont la faculté d'accomplir leurs obligations relatives à la déclaration et au paiement des cotisations par l'intermédiaire des secrétariats sociaux d'employeurs. Ces secrétariats, qui doivent être agréés par le Ministre chargé de la sécurité sociale, sont constitués sous la forme d'associations à but non lucratif et ont pour objet de remplir, au nom et pour le compte de leurs membres, les formalités auxquelles ils sont tenus en leur qualité d'employeurs. Toutefois, l'employeur reste le seul responsable des sanctions civiles et pénales infligées en cas de non respect de ses obligations vis-à-vis de la législation de sécurité sociale.

Les cotisations de sécurité sociale sont versées sur la rémunération brute pour les employés, et sur la rémunération brute majorée de 8 % pour les ouvriers.

Mis à part une assiette différente entre les ouvriers et les employés, les employeurs sont également redevables pour les ouvriers d'une cotisation de congés annuels. Cette cotisation, dont 6 % doivent être versés trimestriellement et 10,27 % versés annuellement, est destinée aux institutions du régime des vacances annuelles des ouvriers.

Le pécule vacances des ouvriers est en effet versé soit par l'office national des vacances annuelles, soit par une des caisses spéciales de vacances dont la création est autorisée par Arrêté royal.

Il existe également une retenue qui n'est pas affectée à une branche particulière et qui est destinée à l'équilibre financier de la sécurité sociale. Il s'agit notamment de la cotisation spéciale de sécurité sociale perçue sur les revenus des ménages.

### **Assurance maladie-invalidité**

L'assurance maladie-maternité est financée, en fonction des besoins, sur la cotisation globale à la charge du salarié et de l'employeur.

Le financement de l'assurance maladie invalidité est également assuré par une cotisation sur les primes d'assurance automobile, une cotisation sur les primes relatives à l'assurance extralégale en matière d'hospitalisation (10 %), une cotisation sur les primes d'assurance contre les risques incendie, et risques connexes, une cotisation et une redevance à charge du secteur pharmaceutique.

Enfin depuis le 1er janvier 1995, une retenue soins de santé est opérée sur le montant total des pensions légales de vieillesse, de retraite, d'ancienneté, de survie ou sur tout avantage en tenant lieu. Son montant est calculé en fonction des revenus et des personnes à charge du titulaire. D'un montant en principe égal à 3,55 %, elle est appliquée progressivement, à partir d'un seuil déterminé (pour une personne isolée : 1 413,84 €, en cas de majoration pour charge de famille : 1 675,59 €) afin que les revenus ne descendent pas en dessous d'un certain montant plancher.

### **Accidents du travail et maladies professionnelles**

Pour la branche des accidents du travail, les assureurs agréés sont financés par des primes payées uniquement par les employeurs et dont les montants varient en fonction des risques.

L'employeur doit assurer son personnel contre les risques accidents du travail.

L'assureur est maître de son tarif et la concurrence peut jouer entre les différents assureurs. La loi n'intervient que pour définir des règles uniformes d'indemnisation des victimes.

Le Fonds des Accidents du Travail et le Fonds des Maladies Professionnelles sont également financés en fonction des besoins, par la cotisation globale à la charge du salarié et de l'employeur.

## Assurance pension

Au financement sur la cotisation globale en fonction des besoins de la branche, vient s'ajouter une cotisation de 3,5 % effectuée sur les indemnités d'invalidité. Cette cotisation est à la charge du titulaire de la prestation de remplacement, la retenue ne peut avoir pour effet de réduire le montant de l'avantage en dessous d'un certain seuil. En fonction du montant de l'indemnité la retenue est intégrale, partielle ou n'est pas effectuée. Une retenue de 6,5 % sur l'indemnité de chômage avec complément d'entreprise (prépension) est également pour partie affectée au financement de l'assurance pensions.

Par ailleurs, il est également perçu une cotisation spéciale de 8,86 %, calculée sur tous les versements effectués par les employeurs en vue d'allouer à leur personnel des avantages extralégaux en matière de retraite ou de décès prématuré.

Enfin, la cotisation de solidarité (de 0,5 % à 2 %) perçue sur les pensions supérieures à un certain plafond contribue également au financement des pensions légales. Depuis janvier 2013, la cotisation de solidarité est également retenue sur les pensions étrangères.

## Prestations familiales

Pour des raisons qui tiennent à la formation historique du système, dans la cotisation globale, le salarié ne participe pas au financement des prestations familiales qui sont entièrement à la charge des employeurs.

## Assurance chômage

À côté de la cotisation globale et de la cotisation spéciale, de nombreuses recettes sont affectées au secteur de l'emploi et du chômage (cotisation spéciale à charge de l'employeur sur la prépension conventionnelle, cotisations à charge des employeurs occupant des travailleurs à temps partiel involontaires).

## III - Soins de santé, indemnités, maternité, paternité, décès

L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre les soins de santé, les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité, l'indemnité maternité, de paternité et d'adoption. Depuis fin 1998, tous les bénéficiaires de l'assurance maladie du régime belge disposent d'une carte d'identité sociale (carte SIS) qui fait office de carte d'assurance. À compter du 1er janvier 2014, la carte SIS sera progressivement remplacée par un nouveau système généralisé d'identification électronique - la carte d'identification eID), permettant aux prestataires de soins d'avoir un accès direct à la banque de données des mutualités.

## Dossier médical global (DMG)

Le patient peut demander à son médecin de famille le DMG et il bénéficie ainsi d'un remboursement plus avantageux lors des consultations ou visites effectuées par le médecin de famille. Le tarif de remboursement dépend de la catégorie à laquelle appartient le patient classé en fonction de son âge et de la gravité de l'affection dont il est atteint. Pour obtenir un DMG du médecin de famille il faut payer 28,15 € qui sont remboursés par l'organisme assureur. Le DMG reste valable jusqu'à la fin de la 2e année civile qui suit son ouverture. Lorsqu'un assuré souscrit un DMG il a la possibilité de payer les honoraires du médecin ou de ne pas faire l'avance des frais et bénéficier du régime du tiers payant, l'organisme assureur réglant directement le médecin.

## A / SOINS DE SANTÉ

L'assurance soins de santé couvre pratiquement toute la population : les travailleurs salariés et assimilés, les travailleurs indépendants et assimilés, les autres catégories (étudiants, handicapés, bénéficiaires du revenu d'intégration, etc.), ainsi que les ayants-droit des personnes précitées.

### 1. Bénéficiaires

Peuvent prétendre à des prestations les assurés, mais également leurs ayants-droit. Sont assurés, les travailleurs salariés et assimilés, ainsi que les personnes qui interrompent ou cessent leur activité donnant lieu à assujettissement. Il s'agit des travailleurs reconnus incapables de travailler, les travailleurs en chômage "contrôlé", les travailleurs qui interrompent leur activité à partir du cinquième mois de grossesse, les titulaires de pension.

Peuvent être reconnus comme ayants droit, les personnes à charge de l'assuré : le conjoint marié, le conjoint non divorcé, mais séparé de fait ou de corps, notamment lorsqu'il assume la charge d'au moins un enfant considéré comme personne à charge ou lorsqu'il a obtenu une pension alimentaire, les cohabitants, les enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, etc. de moins de 25 ans, les ascendants de l'assuré ou de son conjoint et le cas échéant, leur beaux-pères et belles-mères.

Pour être reconnu comme personne à charge, il faut résider au sein de la famille du bénéficiaire de l'assurance à l'exception notamment de l'époux ou de l'épouse séparé de fait ou de corps et des enfants de moins de 25 ans. Il ne faut pas disposer de revenus (pension, rente, etc. ) supérieurs à 2 295,60 € bruts par trimestre (montant en vigueur au 4ème trimestre 2012).

## **2. Conditions d'octroi des prestations**

Pour pouvoir obtenir des prestations, les bénéficiaires doivent s'affilier à un organisme assureur, lui-même affilié à une union nationale de mutualité agréée, ou s'inscrire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

L'organisme assureur peut accepter ou refuser l'affiliation ou la subordonner à certaines conditions, telle la souscription d'une assurance complémentaire. La caisse auxiliaire est tenue d'inscrire tout bénéficiaire qui lui en fait la demande sans condition de souscription d'assurance complémentaire.

Le droit aux soins de santé ne s'ouvre que si les cotisations ont été payées et atteignent une valeur minimale. Si tel n'est pas le cas, une cotisation supplémentaire doit être payée pour conserver les droits aux soins de santé.

## **3. Stage et maintien des droits**

Le droit aux prestations est normalement ouvert dès le moment où la personne acquiert la qualité d'assuré. Toutefois, dans certaines circonstances exceptionnelles un stage doit être accompli. Cette mesure est applicable aux personnes qui n'ont pas respecté leurs obligations en matière de cotisations personnelles lors de leur précédente inscription.

Il est tenu compte, pour examiner la condition d'assurance, des périodes d'assurance accomplies sur le territoire d'un autre État, dans le cadre des accords internationaux signés par la Belgique, et parfois même, lorsque le régime dont relevait l'assuré n'est pas visé dans le champ d'application matériel de l'accord.

L'affiliation à l'organisme assureur reste valable au plus tard jusqu'au terme de la deuxième année écoulée après la dernière année pendant laquelle les assurés et leurs ayants-droit y avaient encore droit.

### **a) Soins médicaux et dentaires**

Il existe, comme en France, des conventions entre les praticiens et l'assurance maladie. Ces accords fixent les honoraires à respecter. Ils fixent également les conditions dans lesquelles les honoraires peuvent être dépassés ; ainsi, un médecin peut limiter le respect des tarifs fixés par l'accord à une partie de son activité professionnelle, se réservant le droit de fixer librement ses honoraires pour l'autre partie.

Il est également autorisé un dépassement d'honoraires lorsque le malade manifeste des exigences particulières (par exemples, visite non urgente réclamée par le patient en dehors du programme de la tournée normale du médecin, appel de nuit lorsque le médecin n'est pas de garde, etc.).

Enfin, les médecins conservent le droit de fixer librement leurs honoraires à l'égard des personnes dont les revenus annuels imposables dépassent le montant fixé par l'accord.

L'assuré choisit librement son médecin ou son dentiste. Il paie les honoraires directement au médecin ou au dentiste et se fait ensuite rembourser par l'organisme assureur qu'il a choisi. Le taux de remboursement est fixé en principe en moyenne à 75 % du tarif de responsabilité belge. Afin d'inciter le patient à avoir recours à son médecin généraliste qui détient son dossier, les frais restant à la charge du patient sont diminués lorsque celui-ci consulte un spécialiste sur prescription du généraliste.

### **Intervention majorée**

Le montant du ticket modérateur (consultations et visites médicales, certains médicaments, hospitalisation...) peut être réduit pour certaines catégories de personnes notamment les veufs et veuves, les invalides, les pensionnés et les orphelins lorsque leurs revenus ne dépassent pas un certain plafond\* (bénéficiaires VIPO), les bénéficiaires d'une allocation aux handicapés, d'un revenu garanti, du revenu d'intégration ou d'une aide équivalente, certains chômeurs (bénéficiaires BIM) ou encore les bénéficiaires du statut OMNIO.

Bénéficiaire du statut OMNIO, les ménages qui disposent de revenus modestes (moins de 16 306,86 € bruts imposables pour l'année 2012 et 3 018,84 € supplémentaires par membre du ménage autre que le demandeur du statut). Ce statut donne droit aux mêmes remboursements que pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (BIM).

\* Au 1er janvier 2013, le plafond annuel est fixé à 16 632,81 € bruts imposables, augmentés de 3 079,19 € par personne à charge.

## b) Produits pharmaceutiques

L'assuré choisit librement la pharmacie où il se procure les médicaments prescrits par le médecin ou le dentiste. Il règle directement le montant des frais au pharmacien qui lui délivre un reçu correspondant aux médicaments délivrés.

Pour les spécialités pharmaceutiques remboursables [reprises dans une [nomenclature \(liste\) des spécialités pharmaceutiques](#)], la participation de l'assuré est fonction de leur utilité sociale et thérapeutique :

- catégorie A (maladie grave et prolongée) et Fa : pas de participation
- catégorie B (médicaments utiles, antibiotiques par exemple), catégorie C (médicaments moins utiles), catégorie CS (médicaments de confort), catégorie CX (pilule contraceptive par exemple), et catégorie Fb : participation sous forme de pourcentage de la base du remboursement avec un plafond de participation (sauf pour les catégories Cs et Cx) compris entre 7,70 € et 14,50 € en fonction de la catégorie des médicaments, de la taille de l'emballage et de la catégorie de bénéficiaires (bénéficiaires ordinaires, bénéficiaires préférentiels). Lorsque la base de remboursement est supérieure à 14,38 €, le patient doit également s'acquitter d'un montant forfaitaire allant de 1,50 € à 8 €, en sus du pourcentage.

La quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments fournis durant une hospitalisation et la quote-part personnelle des médicaments de la catégorie A, B et C (patients ambulatoire) sont prises en compte dans la détermination du maximum à facturer. Par contre, l'intervention personnelle des catégories Cs et Cx des médicaments n'est pas incluse dans le calcul du maximum à facturer.

## c) Hospitalisation

L'assuré a le libre choix de l'hôpital parmi les établissements agréés. Le patient supporte une participation journalière (frais fixes) aux frais de pharmacie de 0,62 € par jour en cas d'hospitalisation dans un hôpital général. De plus, il doit payer des frais journaliers dont le montant dépend de sa situation et du nombre de jours d'hospitalisation (montants au 1er janvier 2013) :

- pour le premier jour d'hospitalisation, le montant s'élève à 42,58 €, il peut être ramené à 32,71 € pour les enfants à charge et les chômeurs de longue durée (y compris leurs personnes à charge), ou encore à 5,44 € pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée de l'assurance
- à partir du deuxième jour d'hospitalisation et jusqu'au 90e jour, le montant est égal à 5,44 € pour les chômeurs de longue durée y compris leurs personnes à charge, les bénéficiaires de l'intervention majorée ainsi que les enfants à charge, et à 15,31 € pour les autres
- à partir du 91ème jour d'hospitalisation, les bénéficiaires de l'intervention majorée et chômeurs y compris leurs personnes à charge, les enfants à charge ainsi que les titulaires ayant des personnes à charge ou qui sont tenus de verser une pension alimentaire règlent un montant de 5,44 € par journée d'hospitalisation et les autres personnes 15,31 €.

## d) Maximum à facturer (MàF)

Il existe plusieurs types de maximum à facturer : le maximum à facturer social, à titre individuel et revenus.

Le MàF offre à chaque famille la garantie qu'elle n'aura pas à dépenser plus d'un montant plafond pour les soins de santé pour une année civile (en fonction des revenus du ménage). Lorsque le montant des frais à charge dépasse le plafond applicable à la situation, le reste des frais médicaux est intégralement remboursé par la mutualité.

- Le maximum à facturer social (MàF social)

Le MàF social est octroyé à tous les membres du ménage (le ménage étant constitué du bénéficiaire, de son conjoint ou partenaire et de leurs personnes à charge) dès lors qu'il existe au moins un bénéficiaire de l'intervention majorée et que l'ensemble des frais en soins de santé du ménage atteint 450 €. Lorsque le montant de 450 € est atteint, l'assurance intervient à 100 %.

- Le maximum à facturer revenus (MàF revenus)

Le ménage pris en compte est le « ménage registre national ». Le montant de l'intervention personnelle à atteindre varie en fonction des revenus annuels nets imposables du ménage.

Les fourchettes de revenus et les plafonds pour 2013 :

Plafonds de revenus (€)	Plafonds d'interventions personnelles (€)	Avec réduction maladies chroniques (€)
<b>Jusqu'à 17 523,66</b>	450	350
<b>Entre 17 523,67 et 26 939,35</b>	650	550
<b>Entre 26 939,36 et 36 355,07</b>	1 000	900
<b>Entre 36 355,08 et 45 378,45</b>	1 400	1 300
<b>A partir de 45 378,46</b>	1 800	1 700

Enfin, il existe une protection supplémentaire pour les enfants âgés de moins de 19 ans. Le montant maximum de la participation est fixé à 650 € quels que soient les revenus de la famille.

- Statut BIM (bénéficiaire de l'intervention majorée)

Les personnes bénéficiaires de prestations d'aides sociales ou celles titulaires de certaines prestations d'assurance et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond, bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance.

- Statut Omnio

Le statut Omnio étend le droit au tarif préférentiel des soins médicaux aux assurés issus de ménages à faibles revenus.

### Fonds spécial de solidarité

Afin d'éviter qu'un patient dans une situation médicale grave doive renoncer à des soins si une ou des prestations médicales essentielles n'est/ne sont pas remboursée(s) et est/sont particulièrement chère(s), le fonds spécial de solidarité a été mis en place. Ce fonds fonctionne au sein de l'INAMI et dispose d'un budget annuel limité. Il constitue un filet de sécurité qui vient en complément de l'assurance soins de santé.

C'est le collège des médecins-directeurs qui décide d'accorder les interventions et qui en fixe le montant. Les demandes au fonds spécial de solidarité doivent répondre à certaines conditions pour donner droit à une intervention.

Pour plus d'information sur les remboursements voir le site de l'INAMI [www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/index.htm](http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/index.htm)

### B/ ASSURANCE INDEMNITÉS

Cette assurance a pour objet d'indemniser le travailleur qui se trouve incapable d'exercer son activité par suite de maladie ou d'accident (de la vie privée).

## 1. Bénéficiaires

Peuvent bénéficier de l'assurance indemnités, les salariés ou assimilés, les chômeurs.

## 2. Conditions d'ouverture des droits

Outre l'affiliation ou l'inscription auprès d'un organisme assureur, le travailleur doit justifier d'un volume de travail minimum ou du versement d'un minimum de cotisations durant la période de référence de 6 mois. Il ne peut pas y avoir de période d'interruption de plus de 30 jours entre le début de l'incapacité et le dernier jour de travail (ou jour assimilé). Le travailleur doit avoir été assuré depuis au moins six mois et avoir totalisé 120 jours de travail. Il faut en outre justifier du paiement de cotisations minimales au secteur des indemnités. Le travailleur, du fait de la réduction de sa capacité de travail ou de gain de 2/3 au moins, doit avoir cessé toute activité.

Durant les six premiers mois, l'incapacité de travail est en principe évaluée uniquement en fonction de la dernière activité professionnelle. Ensuite il est tenu compte de toutes les activités exercées dans le passé et de celles qui pourraient être exercées compte tenu de la formation professionnelle de l'intéressé.

## 3. Prestations

### a) Indemnité d'incapacité primaire

En dehors du salaire garanti, cette indemnité est versée pour chaque jour ouvrable de la période d'un an prenant cours à la date de début de l'incapacité de travail (ou pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable). Elle s'élève à 60 % de la rémunération brute journalière perdue, dans la limite d'un plafond. En régime de 6 jours, pour calculer la rémunération journalière perdue on divise le salaire brut mensuel par 26.

Le plafond journalier dépend de la date à laquelle l'incapacité a débutée :

#### Plafond journalier et montant maximum de l'indemnité journalière

Début de l'incapacité	Plafond journalier AMI	Plafond journalier de l'AMI
	régime de 6 jours	régime de 5 jours
Avant le 01/01/2005	123,3821 €	148,0585 €
Du 01/01/2005 au 31/12/2006	125,8497 €	151,0196 €
Du 01/01/2007 au 31/12/2008	127,1082 €	152,5298 €
Du 01/01/2009 au 31/12/2010	128,1250 €	153,7500 €
Du 01/01/2011 au 31/03/2013	129,0219 €	154,8263 €
À partir du 01/04/2013	131,6023 €	157,9228 €

#### Maximum

Le montant journalier maximum pour une

- incapacité du 01-01-2009 au 31-12-2010 : 76,88 €
- incapacité du 01-01-2011 au 31-03-2013 : 77,41 €
- incapacité à partir du 01-04-2013 : 78,96 €.

#### Minimum

À partir du 1er jour du 7e mois d'incapacité de travail, l'indemnité journalière ne peut pas être inférieure à un minimum qui varie en fonction de la situation familiale de l'assuré :

- pour les travailleurs réguliers : 53,32 € pour le travailleur avec charge de famille, 42,67 € pour le travailleur isolé sans charge de famille et 36,59 € pour le travailleur cohabitant sans charge de famille ;
- pour les travailleurs non réguliers : 41,09 € pour les travailleurs avec charge de famille et 30,82 € pour le travailleur sans charge de famille, isolé ou cohabitant.

Il convient de préciser que la loi sur le salaire garantit aux employés le maintien de la rémunération par l'employeur pendant les 30 premiers jours d'incapacité. S'agissant des ouvriers, les employeurs maintiennent le versement du salaire durant les 7 premiers jours d'incapacité, puis une partie du salaire du 8ème au 30ème jour d'incapacité.

Bien entendu, les indemnités ne sont pas servies durant la période pendant laquelle le salaire est versé par l'employeur.

## b) Indemnités d'invalidité

Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'un an, on parle de période d'invalidité. C'est le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI qui décide de la reconnaissance de l'invalidité et des prolongations éventuelles sur la base d'un rapport médical établi par le médecin conseil de la mutualité du salarié. Une indemnité d'invalidité est versée à l'intéressé, celle-ci peut éventuellement être servie jusqu'à l'âge de la retraite, pour autant que le bénéficiaire remplisse les conditions médicales.

**Montant** : le montant de l'indemnité dépend de la situation familiale de l'intéressé et de la date de survenance de l'incapacité. Elle s'élève à 65 % de la rémunération perdue plafonnée, si l'invalidité a au moins une personne à charge (maximum 85,54 € par jour pour les invalidités survenues à partir du 1er avril 2013). S'il s'agit d'une personne isolée, le taux est fixé à 55 % (maximum 72,38 € à compter du 1er avril 2013). S'il s'agit d'un titulaire cohabitant, le taux est de 40 % de la rémunération perdue plafonnée (maximum 52,64 € par jour pour les invalidités survenues à partir du 1er avril 2013). Pour les incapacités survenues avant le 1er avril 2013, voir les montants maximum [ici](#).

**Minimum** : l'indemnité journalière ne peut pas être inférieure aux montants suivants (au 1er avril 2013) :

- pour un travailleur régulier : 53,32 € (avec charge de famille), 42,67 € (isolés, sans charge de famille) ou 36,59 € (cohabitant sans charge de famille)
- s'agissant d'un travailleur non régulier : 41,09 € avec personne(s) à charge et 30,82 € pour les autres.

Si la personne à charge perçoit un revenu mensuel inférieur à 914,67 €, le titulaire est considéré comme ayant une personne à charge. Si les revenus de la personne à charge sont compris entre 914,67 € et 1 472,40 €, le titulaire est considéré comme isolé.

## Cumul

Les indemnités peuvent être réduites en raison d'un cumul et notamment en cas de cumul avec un travail préalablement autorisé par le médecin-conseil. L'activité ne doit pas mettre la santé du titulaire en péril et le taux d'incapacité doit rester d'au moins 50 % sur le plan médical. Dans ce cas,

- le titulaire peut prétendre à un montant égal à la différence entre le montant de son indemnité journalière et sa rémunération (brute diminuée du montant de la cotisation de sécurité sociale). Toutefois, le montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables n'est pris en compte qu'à concurrence du pourcentage suivant, déterminé par tranche de revenu :
  - première tranche de 15,6068 € : 0 %
  - deuxième tranche de 9,3641 € : 20 %
  - troisième tranche de 9,3641 € : 50 %
  - quatrième tranche supérieure au total des autres tranches : 75 %.

Les indemnités peuvent également être réduites ou supprimées en cas de cumul avec une pension de vieillesse, de retraite ou d'ancienneté complétée ou non par une allocation aux handicapés ou encore avec une allocation pour interruption de retraite. Les indemnités peuvent également être réduites en cas de détention préventive ou de privation de liberté.

Enfin, depuis le 12 avril 2013, le travailleur en incapacité de travail qui souhaite reprendre un travail adapté à son état de santé ne doit plus obtenir l'autorisation préalable de son médecin traitant. Toutefois, l'intéressé doit transmettre une demande d'autorisation au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail. Le médecin-conseil prendra ensuite la décision au plus tard dans les 30 jours ouvrables suivant la reprise du travail.

### **Aide d'une tierce personne**

Le besoin de la tierce personne est mesuré à l'aide de scores obtenus pour six activités :

- se déplacer,
- manger et préparer soi-même les repas,
- s'occuper de son hygiène personnelle et s'habiller,
- entretenir son logement ou effectuer des tâches ménagères,
- être capable de communiquer ou d'avoir des contacts sociaux,
- être capable de vivre sans surveillance.

Pour chaque activité on attribue un score de 0 à 3 : 0 = pas de problème, 1 = difficultés limitées, 2 = sérieuses difficultés, 3 = l'intéressé ne peut pas effectuer seul l'activité.

Lorsque la personne obtient 11 points ou plus pour les six activités sur un total de 18 points, elle peut prétendre à l'indemnité pour tierce personne.

Cette indemnité forfaitaire est attribuée au plus tôt à partir du quatrième mois d'incapacité. Elle est cumulable avec l'indemnité de maladie. Au 1er avril 2013, son montant s'élève à 20 € par jour.

### **c) Frais funéraires**

L'allocation forfaitaire pour frais funéraires a été supprimée pour les décès ayant lieu à partir du 1er janvier 2013.

## **C / CONGÉ DE MATERNITÉ**

Le repos de maternité donne lieu à une prestation spécifique, l'indemnité de maternité. Cette assurance concerne toutes les bénéficiaires du droit aux indemnités de maladie : travailleuses assujetties, chômeuses, invalides, etc.. . Les indemnités sont versées par les mutualités.

Les prestations en nature dues durant la grossesse sont servies dans le cadre de l'assurance soins de santé.

### **1. Conditions d'octroi des prestations**

Les conditions d'ouverture des droits aux prestations de maternité sont les mêmes que celles fixées dans l'assurance indemnités (affiliation, six mois de cotisations, stage et pas d'interruption de plus de 30 jours entre le dernier jour de travail et le début du repos maternité) et paiement d'un montant minimum de cotisations.

Le repos prénatal débute au plus tôt six semaines avant la date présumée de l'accouchement. Cinq semaines sont facultatives et peuvent être reportées après l'accouchement, la semaine qui précède la date présumée de l'accouchement est obligatoire. Le repos postnatal s'étend à la période de neuf semaines qui suivent l'accouchement. En cas de naissances multiples, quatre semaines supplémentaires de repos sont accordées (2 semaines avant l'accouchement et 2 semaines après). Cette période de repos supplémentaire n'est pas obligatoire.

### **2. Montant**

Le montant de l'indemnité de maternité diffère selon qu'il s'agit de salariées liées par un contrat de travail, de personnes au chômage ou encore, d'autres assurées.

#### **Salariées sous contrat**

Le montant de l'indemnité durant les trente premiers jours de repos est fixé à 82 % de la rémunération antérieure non plafonnée. À partir du 31ème jour de repos et en cas de prolongation, le taux est ramené à 75 % de la rémunération plafonnée (maximum 98,70 € par jour à compter du 1er avril 2013).

## Personnes au chômage

L'indemnité se compose d'une indemnité de base et d'une indemnité complémentaire. L'indemnité de base est égale à 60 % de la rémunération plafonnée et elle ne peut pas dépasser le montant de l'allocation de chômage de l'intéressée. Durant les 30 premiers jours de repos, l'indemnité complémentaire est égale à 19,5 % de la rémunération plafonnée et à 15 % de ce montant à compter du 31<sup>ème</sup> jour. Maximum au 1er avril 2013 : 104,62 € durant les 30 premiers jours, 98,70 € à compter du 31<sup>e</sup> jour.

## Autre catégorie

Cette catégorie concerne principalement les salariées en incapacité de travail qui ne seraient plus liées par un contrat de travail ou dont le contrat de travail est suspendu en raison de leur incapacité. L'indemnité de maternité pour ces catégories de personnes s'élève à 79,5 % de la rémunération plafonnée durant les 30 premiers jours (maximum : 104,62 € à partir du 1er avril 2013) et à 75 % de cette même rémunération à compter du 31<sup>ème</sup> jour (maximum : 98,70 €).

## D / CONGE DE PATERNITÉ ET D'ADOPTION

La loi du 10 août 2001 relative à la conciliation entre l'emploi et la qualité de la vie a instauré un congé de paternité et d'adoption pour les travailleurs liés par un contrat de travail.

Le **congé de paternité** est égal à 10 jours et doit être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance. Les jours de congé peuvent être pris en une seule fois ou étalés. Pour les trois premiers jours d'absence le travailleur\* perçoit sa rémunération normale et pour les sept jours suivants il a droit à une indemnité payée par son organisme assureur.

L'indemnité de paternité s'élève à 82 % du salaire brut plafonné, soit un montant maximum journalier de 107,91 € à compter du 1er avril 2013.

\* Le congé de paternité vise les pères ou les conjoint(e)s ou les cohabitant(e)s (soit le/la cohabitant(e) légal(e), soit le/la cohabitant(e) de fait pouvant justifier d'une cohabitation ininterrompue de 3 ans précédant la naissance).

Le **congé d'adoption** peut être pris par le père adoptif ou la mère adoptive. Ce congé s'élève à 6 semaines maximum en cas d'adoption d'un enfant âgé de moins de 3 ans et à 4 semaines si l'enfant est âgé entre 3 et 8 ans. Ces durées sont doublées si l'enfant est atteint d'un handicap physique ou mental d'au moins 66 %. Les 3 premiers jours sont à la charge de l'employeur et les autres jours sont indemnisés par la mutualité de l'intéressé.

Pour pouvoir prétendre à ces prestations le travailleur doit être lié par un contrat de travail et doit également satisfaire aux conditions d'ouverture de droit prévues pour le bénéficiaire de prestations en espèces. Le chômeur indemnisé ne peut pas prétendre à ces prestations.

Le montant de l'indemnité est égal à 82 % de la rémunération brute de l'intéressé dans la limite du plafond journalier. Le montant maximum de l'allocation est de 107,91 € pour un congé commencé à partir du 1er avril 2013.

## E/ AUTRES PRESTATIONS

Dans le cadre de l'interruption de carrière des indemnités peuvent être servies par l'office national pour l'emploi (ONEM) en cas de congé parental ou de congés pour assistance médicale ou pour soins palliatifs. [V. partie VII assurance chômage](#)

## IV - Accidents du travail, maladies professionnelles

### A / CHAMP D'APPLICATION

La loi sur les accidents du travail est applicable de plein droit à toute personne assujettie à un régime de sécurité sociale, que ce soit au régime général des travailleurs salariés ou à celui des marins.

L'assurance est étendue à certaines catégories de personnes qui ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale en raison du fait qu'elles sont occupées à un travail de courte durée (étudiants travaillant pendant les vacances, travailleurs occasionnels, travailleurs occupés à la cueillette des fruits par exemple).

La loi ne s'applique pas aux travailleurs des services publics, ni aux militaires, qui disposent de leur propre réglementation spécifique. Les travailleurs indépendants ne sont pas non plus visés dans le champ d'application de la loi.

## **B / ACCIDENTS DU TRAVAIL**

### **1. Notion d'accident**

Peut être reconnu comme accident du travail, l'accident survenu à l'occasion et par le fait du travail.

Est également reconnu comme accident du travail, l'accident survenu sur le trajet entre la résidence du salarié et le lieu d'exécution du travail et inversement.

Le salarié victime d'un accident du travail est tenu de signaler l'accident à son employeur.

L'employeur est tenu de déclarer tout accident dont serait victime un de ses salariés, dans un délai de 8 jours à partir du lendemain de l'accident.

### **2. Réparation**

#### **Prestations en cas d'incapacité de travail**

La victime a droit, à charge de l'assureur, aux soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers et d'appareillage nécessités par l'accident. Les frais sont pris en charge par l'assureur jusqu'au jour où le délai de révision arrive à échéance. Après cette date, ils incombent soit au fonds des accidents du travail, soit à l'assureur, selon que l'accident est survenu avant ou après le 31 décembre 1987.

En principe la victime a le libre choix du médecin ou de l'hôpital. Dans ce cas-là, elle est remboursée sur la base de tarif de responsabilité qui correspond dans une large mesure aux tarifs applicables en matière d'assurance maladie.

Il se peut que l'assureur agréé ou l'employeur ait instauré à ses propres frais un service médical, pharmaceutique et hospitalier. Dans une telle hypothèse, le salarié n'a plus le libre choix et devra se faire soigner dans ce service. Les soins dispensés dans de telles structures sont gratuits.

#### **Incapacité temporaire**

En cas d'incapacité temporaire totale, la victime a droit, à partir du jour qui suit celui du début de l'incapacité, à une indemnité journalière égale à 90 % de la rémunération quotidienne moyenne. La rémunération quotidienne moyenne est égale à la rémunération effective de l'année précédant l'accident, dans la limite d'un plafond\*, divisée par 365.

\* Au 1er janvier 2013, ce plafond est égal à 40 122,93 €.

L'indemnité est versée pour tous les jours de la semaine, y compris le week-end et les jours fériés.

Pour le jour de l'accident, la victime perçoit une indemnité égale à la perte de salaire due à l'accident.

En cas d'incapacité temporaire partielle et de reprise du travail à temps partiel, l'assureur verse la différence entre la rémunération que la victime perçoit et celle qu'elle percevait avant l'accident.

#### **Incapacité permanente**

Lorsque l'incapacité devient permanente, l'indemnité journalière est remplacée par une allocation annuelle à compter de la date de consolidation. Le montant de cette allocation est égal à la rémunération de base multipliée par le taux d'incapacité permanente. Il n'existe pas de seuil minimum en dessous duquel l'allocation annuelle ne serait pas due.

Toutefois, depuis 1984, si le taux d'incapacité de travail est inférieur à 5 %, l'indemnité annuelle est réduite de moitié ; si le taux est compris entre 5 % et 10 % le montant de l'indemnité est réduit d'un quart.

#### **Majoration pour l'assistance d'une tierce personne**

Si l'état de la victime nécessite l'aide d'une tierce personne, une allocation complémentaire, égale au maximum, au montant du revenu minimum mensuel moyen garanti, multiplié par douze, est servie.

### Révision de la rente

Une demande en révision de l'allocation peut être présentée dans un délai de trois ans suivant la consolidation. À l'expiration de ce délai, les conséquences de l'accident sont définitivement fixées et l'allocation annuelle pour incapacité permanente de travail est transformée en rente viagère dont le montant est égal à celui de l'allocation annuelle.

### Rachat de la rente

À l'expiration du délai de révision, la victime dont le taux d'incapacité est d'au moins 19 % peut demander à tout moment la transformation d'un tiers au maximum de sa rente en capital. Le rachat est constaté par le juge du tribunal du travail après examen du bien fondé de la demande.

### Survivants

#### *Indemnités pour frais funéraires et frais de transfert de la victime*

En cas de décès de la victime, est servie une indemnité pour frais funéraires égale à trente fois la rémunération quotidienne moyenne de la victime. Cette somme est versée dans le mois qui suit le décès par l'assureur à la personne qui a assumé les frais d'obsèques. Par ailleurs, l'assureur prend également en charge les frais de transfert de la victime, quel que soit le lieu du décès, vers le lieu d'enterrement.

#### *Rentes dues aux ayants-droit*

Peuvent prétendre à une rente de survivants, le conjoint ou le cohabitant légal, les enfants, les ascendants, les petits-enfants, les frères et sœurs. La loi tient compte d'un critère de dépendance économique dont la notion diffère selon la catégorie dont relève l'ayant-droit.

Le conjoint, le cohabitant légal et les enfants bénéficient d'une présomption de dépendance à l'égard de la victime. Les autres ayants droit (ascendants, petits-enfants, frères et sœurs) devaient vivre sous le même toit que la victime, ou à défaut, apporter la preuve qu'ils profitaient directement de la rémunération de la victime.

- Le conjoint ou le cohabitant légal survivant de la victime obtient en principe une rente égale à 30 % de la rémunération de base de la victime.
- Les enfants, âgés de moins de 18 ans ou bénéficiaires d'allocations familiales, orphelins de père ou de mère, reçoivent une rente égale à 15 % de la rémunération de base pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 %.
- Les enfants orphelins de père et de mère reçoivent, quant à eux, une rente égale à 20 % de la rémunération de base, sans que le total des rentes ne puisse dépasser 60 %.
- Les ascendants (père et mère de la victime) peuvent éventuellement prétendre à une rente si la victime ne laisse pas d'enfant bénéficiaire. Le taux de la rente s'élève à 20 % pour chacun des enfants s'il n'existe pas de conjoint survivant, ou 15 % s'il existe un conjoint survivant sans enfant.
- Les petits-enfants ouvrent droit à une rente s'ils sont orphelins de père ou de mère, ou de père et de mère. La rente est servie jusqu'à 18 ans, ou jusqu'à la fin du versement des allocations familiales, et son taux varie selon que la victime laisse ou non des enfants bénéficiaires. Les frères et sœurs reçoivent une rente si la victime ne laisse aucun autre bénéficiaire.

La rente de conjoint survivant est servie à vie, le remariage éventuel du conjoint n'a aucune influence sur son versement.

### 3. Intervention du fonds des accidents du travail

Le Fonds des Accidents du Travail joue le rôle d'un fonds de garantie au bénéfice des victimes et de leurs ayants-droit. Il peut accorder la réparation prévue par la loi sur les accidents du travail lorsque l'employeur n'a pas conclu de contrat d'assurance, ou lorsque l'assureur ne s'acquitte pas de ses obligations. Il indemnise également les gens de mer.

Il est également chargé de certaines interventions pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988 (date à laquelle cette charge a été transférée aux organismes assureurs pour les accidents survenus à partir de cette date).

## **C / MALADIES PROFESSIONNELLES**

Les maladies professionnelles font l'objet d'[une liste](#) dressée par arrêté royal et qui est énumérative, limitative.

Dans ce système la victime dispose d'une double présomption en sa faveur, si elle démontre qu'elle a été exposée au risque professionnel, et qu'elle est atteinte d'une des maladies inscrites sur la liste.

À côté du système de la liste et pour en corriger les limites, il existe un système ouvert permettant au travailleur de bénéficier d'une indemnisation en cas d'affection d'origine professionnelle ne figurant pas sur la liste. Dans cette hypothèse, il appartient au travailleur de prouver le lien de causalité entre la maladie et la profession ainsi que l'exposition au risque.

### **1. Prestations en nature**

En matière de maladies professionnelles, les soins sont à la charge du régime d'assurance maladie, invalidité et le Fonds des Maladies Professionnelles rembourse à la victime le ticket modérateur.

Le Fonds prend également en charge les prestations de soins de santé qui ne sont pas prévues par le régime d'assurance maladie.

### **2. Incapacité temporaire**

Les indemnités d'incapacité temporaire sont les mêmes que celles servies en matière d'accident du travail. Toutefois, pour pouvoir y prétendre, il faut que l'arrêt du travail dure au moins quinze jours.

### **3. Incapacité permanente**

Lorsque l'incapacité devient permanente, la victime reçoit une allocation annuelle calculée de la même manière que l'assurance accidents du travail. Compte tenu du caractère évolutif des maladies professionnelles, la révision de l'allocation annuelle est toujours possible et n'est pas limitée à une période de trois ans, comme cela est le cas en matière d'accident du travail.

En cas de décès des suites d'une maladie professionnelle, les frais funéraires, les frais de transport du défunt au lieu d'inhumation sont versés. Les survivants peuvent bénéficier d'allocations annuelles comme pour les accidents du travail.

## **V - Prestations familiales**

Les régimes des prestations familiales en Belgique sont des régimes professionnels. Ils sont au nombre de trois : le régime des salariés, le régime des travailleurs indépendants, le régime du personnel du secteur public. À côté, il existe un régime en faveur des personnes qui ne peuvent pas prétendre à des allocations familiales au titre d'une activité professionnelle. Il s'agit des *prestations familiales garanties* qui sont servies, sous conditions de ressources, pour les enfants à charge des personnes qui résident en Belgique (v. partie VIII - Prestations non contributives).

Le régime d'allocations familiales pour travailleurs salariés accorde des prestations familiales pour les enfants des travailleurs salariés actifs ou non (chômeurs, invalides, pensionnés, travailleurs décédés).

Le droit aux prestations familiales est établi sur une base trimestrielle. Lorsque les conditions sont remplies au cours d'un trimestre, le droit est ouvert jusqu'à la fin du trimestre en cours et pour le trimestre suivant (*voir ci-après ; Ouverture du droit*).

Il n'existe pas de durée minimale de travail, il suffit d'être occupé en qualité de salarié ou de se trouver dans une situation assimilée.

### **A. DÉFINITION**

Les lois sur les prestations familiales en Belgique distinguent trois types de personnes :

- l'attributaire, c'est à dire la personne dont l'activité professionnelle (présente ou passée), ouvre droit aux prestations ;
- le bénéficiaire, l'enfant, pour lequel les prestations sont octroyées ;
- l'allocataire, qui est la personne à qui les prestations sont versées. Les allocataires formant un ménage de fait bénéficient du groupement des enfants qu'ils élèvent de la même façon que les personnes mariées et les parents alliés jusqu'au troisième degré, à condition qu'ils déclarent former un tel ménage.

## 1. Attributaire

Les attributaires peuvent être répartis en trois groupes :

- les personnes qui travaillent ou se trouvent dans une situation assimilée. Le travailleur est considéré comme étant occupé à un travail effectif durant les jours de repos compensatoire, les périodes de congés payés, les jours de grève reconnus, les périodes d'incapacité de travail pour lesquels la rémunération est maintenue, les congés non rémunérés autorisés pour des raisons familiales impérieuses ;
- les personnes qui ouvrent droit aux prestations au titre d'une activité passée (chômeurs, personnes en incapacité de travail ou invalides, pensionnés, etc.....) ;
- les personnes qui ouvrent droit aux prestations en raison de leur situation sociale (handicapés, étudiants, l'époux ou l'épouse abandonné(e), le détenu), sous certaines conditions.

## Ouverture du droit

Lorsqu'un attributaire remplit les conditions d'ouverture du droit aux allocations familiales au cours d'un trimestre, il ouvre droit aux prestations pour la fin du trimestre en cours (y compris le mois d'ouverture du droit), ainsi que pour le trimestre suivant. Les attributaires continuent à ouvrir le droit aux allocations familiales pour un trimestre, à la condition qu'ils aient la qualité d'attributaire pendant le deuxième mois du trimestre précédant celui au cours duquel les allocations familiales sont demandées.

## 2. Bénéficiaires

Le bénéfice des prestations est subordonné à l'existence de certains liens entre l'attributaire et l'enfant bénéficiaire. De plus, l'enfant doit répondre à certaines conditions d'âge et être en principe élevé en Belgique.

### a) Lien entre l'attributaire et l'enfant

Peuvent prétendre aux allocations familiales :

- les enfants de l'attributaire, de son conjoint, ceux communs aux époux ;
- les enfants adoptés par l'attributaire ou son conjoint ;
- les petits-enfants et arrière petits-enfants, neveux et nièces faisant partie du même ménage ;
- les frères et sœurs de l'attributaire faisant ou non partie du même ménage ;
- les enfants de la personne avec laquelle l'attributaire forme un ménage de fait ou de la personne avec laquelle il cohabite légalement ;
- les enfants faisant partie du ménage qui sont confiés, par décision judiciaire, à l'attributaire, à son conjoint ou à la personne avec laquelle il forme un ménage de fait.

### b) Lieu de l'éducation

En principe, les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés ou suivent des cours hors de Belgique.

Les enfants d'attributaires belges ou de la nationalité d'un Etat membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse, élevés dans un de ces Etats, peuvent bénéficier des allocations familiales en application de la réglementation communautaire européenne. Les enfants d'attributaires belges ou étrangers, élevés dans d'autres pays avec lesquels la Belgique a conclu des conventions de sécurité sociale, bénéficient également des allocations familiales aux taux et conditions de ces conventions.

Des mesures collectives ont été prises, notamment, à l'égard de l'enfant qui séjourne temporairement hors du Royaume, lorsque le séjour ne dépasse pas deux mois au cours d'une même année civile ou six mois s'il est motivé pour des

raisons de santé, de l'enfant qui fait un séjour à l'étranger pendant les vacances scolaires, de l'enfant qui bénéficie d'une bourse d'études pour suivre les cours qu'il fréquente à l'étranger ou encore des enfants ayant déjà obtenu en Belgique un diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire et qui suivent un enseignement non supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire), des enfants n'ayant pas déjà obtenu un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur ni en Belgique, ni à l'étranger et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen et des enfants ayant déjà obtenu, en Belgique ou à l'étranger, un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire).

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service Public Fédéral Sécurité Sociale qu'il désigne peut dans des cas dignes d'intérêt accorder dispense des conditions d'être élevé ou de suivre des cours dans le Royaume, en plus de ceux prévus ci-dessus.

### **c) Age des enfants**

Les allocations sont accordées sans condition jusqu'au 31 août de l'année civile au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 18 ans. Elles peuvent être servies au-delà de 18 ans en cas d'apprentissage (jusqu'à la fin du contrat d'apprentissage et dans la limite de 25 ans) jusqu'à l'âge de 25 ans, pour l'enfant qui poursuit ses études, ou qui ne suit plus de cours obligatoires et prépare régulièrement un mémoire de fin d'études supérieures ou qui est inscrit comme demandeur d'emploi après avoir terminé des études ou un apprentissage (dans ce dernier cas, la durée de versement des allocations est limitée à 12 mois).

L'activité lucrative de l'enfant qui suit des cours dans l'enseignement secondaire ou supérieur n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales lorsqu'elle est exercée durant les mois de juillet, août ou septembre (elle peut être exercée sans limite), et pour chaque mois du premier, du deuxième et du quatrième trimestre civil si elle n'excède pas 240 heures par trimestre. Une norme trimestrielle (240 heures) est également instaurée pour les dernières vacances d'été des étudiants qui ont terminé ou arrêté leurs études.

À l'égard des enfants qui suivent un des types d'enseignement secondaire à horaire réduit, ordinaire ou spécial ou une formation reconnue dans le cadre des dispositions légales concernant l'obligation scolaire, l'activité lucrative n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales si la rémunération brute acquise grâce à cette activité n'excède pas 520,08 €\* par mois.

À l'égard des enfants effectuant un stage nécessaire à l'obtention d'un diplôme, certificat ou brevet reconnu légalement, la rémunération mensuelle brute pour ce stage n'entraîne pas la suspension des allocations familiales si elle n'excède pas 520,08 €\* par mois.

À l'égard de l'enfant qui ne suit plus de cours obligatoires et prépare régulièrement un mémoire de fin d'études supérieures, l'activité lucrative n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales si elle n'excède pas 240 heures par trimestre.

Les allocations familiales sont accordées à l'apprenti à condition, notamment, que sa rémunération brute n'excède pas 520,08 €\* par mois.

\* montants en vigueur au 1er janvier 2013.

### **3. L'allocataire**

Les allocations familiales et de naissance sont en principe payées à la mère. Si la mère n'élève pas effectivement l'enfant, les allocations familiales sont payées à la personne qui remplit ce rôle. Si les deux parents ne cohabitent pas, mais exercent conjointement l'autorité parentale sur l'enfant, la mère est allocataire, si l'enfant n'est pas élevé par un autre allocataire (personne autre que les parents). Les allocations familiales sont payées au père, à sa demande, si l'enfant et lui-même ont la même résidence principale légale.

L'enfant peut également être allocataire, s'il est marié, s'il est émancipé ou a atteint l'âge de 16 ans et est domicilié dans un ménage au sein duquel aucune personne ne peut revendiquer la qualité d'allocataire, s'il est lui-même allocataire pour un ou plusieurs enfants. Toutefois, il peut désigner une autre personne comme allocataire, à condition que cette dernière présente avec lui un lien de parenté ou d'alliance au premier degré.

## B / PRESTATIONS

On distingue les allocations familiales proprement dites, les suppléments d'allocations familiales payés mensuellement, les allocations de naissance et la prime d'adoption, ainsi que les allocations familiales majorées versées aux orphelins.

### 1. Allocations familiales

Les allocations familiales sont versées à partir du premier enfant. Leur montant varie en fonction de l'âge et du rang de l'enfant. Il existe plusieurs taux d'allocations familiales ([voir tableaux en annexe](#)).

Des suppléments peuvent être accordés en fonction de l'âge de l'enfant et de sa place dans la famille.

Des suppléments sociaux sont également attribués à certains groupes d'attributaires (chômeurs indemnisés depuis plus de 6 mois, travailleurs en incapacité de travail depuis plus de 6 mois) lorsque les revenus du ménage ne dépassent pas un certain plafond. Le montant des suppléments varie également en fonction du rang de l'enfant dans le ménage. En cas de reprise de travail du chômeur, le supplément est versé pendant encore deux ans au maximum.

- les allocations familiales ordinaires varient en fonction du rang de l'enfant ;
- les suppléments sociaux : les allocations familiales peuvent sous certaines conditions être majorées d'un supplément pour les enfants de chômeurs et de pensionnés, les enfants de travailleurs invalides et handicapés ; ces suppléments diminuent en fonction du rang de l'enfant et ce jusqu'au 3e enfant. Leur attribution est soumise à des conditions de ressources. Ces suppléments sociaux ne sont plus attribués dès lors que les revenus bruts mensuels dépassent 2 230,74 € (pour une personne seule avec des enfants) ou 2 306,94 € par mois (pour un couple) ;
- suppléments d'âge : les suppléments d'âge sont prévus pour un enfant âgé de 6 ans au moins, de 12 ans au moins et de 18 ans au moins. L'enfant de premier rang bénéficiaire des allocations familiales au taux ordinaires et né après le 31 décembre 1990 ne peut prétendre qu'au versement d'un supplément d'âge égal à la moitié du supplément d'âge pour les autres enfants.  
Pour les autres enfants, y compris les enfants bénéficiant d'un supplément pour famille monoparentale ou tout enfant atteint d'une affection, le supplément d'âge de l'enfant de premier rang ne subit pas de diminution. Le montant du supplément dépend du fait que l'allocation est majorée ou pas. Pour les enfants nés entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1996, il existe des dispositions transitoires au titre des droits acquis pour les enfants de premier rang bénéficiaires des allocations familiales ordinaires.

Allocation supplémentaire pour enfant handicapé :

Les enfants âgés de 0 à 21 ans atteints d'un handicap ou d'une affection peuvent obtenir un supplément d'allocations familiales lorsque leur état répond à certains critères. Selon la date de naissance de l'enfant le système applicable est différent :

- avant le 1er mai 2009, les enfants nés avant le 1er janvier 1993 relevaient de l'ancien système d'évaluation dans lequel ils n'avaient droit au supplément que s'ils étaient handicapés physiquement ou mentalement au taux de 66 % au moins. Depuis le 1er mai 2009, les demandes en faveur de ces enfants relèvent du système d'évaluation par points.
- pour l'enfant né après le 31 décembre 1992 et qui est atteint d'une affection qui a des conséquences pour lui sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou conséquences pour son entourage familial, son affection est évaluée en tenant compte de 3 piliers et pour chaque pilier les conséquences sont exprimées en nombre de points :
  - sur les plans physiques et psychiques,
  - sur le plan de l'activité et de la participation de l'enfant à la vie quotidienne (mobilité, capacité d'apprentissage, hygiène corporelle..)
  - sur l'entourage familial (traitements médicaux, déplacements..).

Des points sont attribués pour chaque pilier et l'enfant a droit à un supplément lorsqu'il a au moins 6 points pour l'ensemble des 3 piliers ou au moins 4 points pour le 1er pilier.

Familles monoparentales :

Pour les familles monoparentales qui perçoivent des allocations familiales ordinaires, et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond (2 230,74 € bruts par mois au 1er janvier 2013), les allocations familiales sont majorées de : 45,96 € pour le premier enfant, 28,49 € pour le deuxième, et 22,97 € pour le troisième et chacun des suivants.

Les familles monoparentales qui ont droit à un supplément d'allocations familiales pour chômeurs de longue durée, malades de longue durée, invalides ou pensionnés (voir ci-dessus) et les bénéficiaires de prestations familiales garanties (voir chapitre VIII – Prestations non contributives) reçoivent 17,97 € de plus pour chaque enfant à partir du troisième.

## **2. Allocation d'orphelin**

Les orphelins (enfants légitimes, reconnus ou adoptés du parent décédé) bénéficient d'allocations familiales majorées. Ces allocations sont supprimées si le père survivant ou la mère survivante se remarie ou entre en cohabitation ; toutefois, elles peuvent être versées de nouveau si le parent survivant se sépare de son partenaire ou vit de nouveau seul.

Le montant des allocations est identique quel que soit le rang de l'enfant (voir tableaux en annexe). À ce montant identique s'ajoute éventuellement un supplément pour âge, à partir de l'âge de 6 ans de l'enfant.

Les orphelins qui n'ouvrent pas droit aux allocations familiales au taux majoré (le parent survivant cohabite ou se remarie), reçoivent les allocations familiales ordinaires.

## **3. Allocation de naissance**

L'allocation de naissance est versée à l'occasion de la naissance d'un enfant, son montant est plus élevé pour la première naissance (au 1er janvier 2013 : 1 223,11 € pour le premier enfant et 920,25 € pour chacun des suivants).

Tous les enfants issus d'un accouchement multiple sont considérés comme des enfants de premier rang (soit 1 223,11 € par enfant).

L'allocation est également accordée lorsqu'il n'existe aucun droit aux allocations familiales, à condition qu'il s'agisse d'un enfant à propos duquel un acte de déclaration d'enfant sans vie a été établi par l'officier de l'état civil.

L'allocation de naissance peut être demandée à partir du sixième mois de la grossesse et le paiement peut en être obtenu deux mois avant la date présumée de la naissance.

## **4. Prime d'adoption**

La prime d'adoption est versée à l'occasion de l'adoption d'un enfant en Belgique ou à l'étranger à condition que l'attributaire ou son partenaire ait déposé une requête en adoption devant le tribunal de première instance (s'il s'agit d'un enfant majeur) ou devant le tribunal de la jeunesse (s'il s'agit d'un enfant mineur) ou, à défaut, ait signé un acte d'adoption et que l'enfant fasse partie du ménage. L'enfant doit remplir les conditions pour avoir droit aux allocations familiales. Le montant de la prime est identique à celui prévu pour l'allocation de naissance d'un premier enfant (1 223,11 € au 1er janvier 2013).

La demande de la prime d'adoption se fait auprès de la caisse familiale de l'employeur du demandeur, ou du dernier employeur pour les chômeurs, personnes en incapacité et retraités. Les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale font la demande auprès de l'ONAFTS.

## **5. Supplément annuel d'allocations familiales (prime de rentrée scolaire)**

Le supplément annuel est payé une seule fois par an, séparément des autres prestations et son montant dépend de l'âge de l'enfant. Les allocations familiales ordinaires et d'orphelins dues pour le mois de juillet sont majorées d'un supplément d'âge annuel de :

- 27,60 € pour les enfants âgés de 0 à 5 ans inclus
- 58,59 € pour les enfants âgés de 6 à 11 ans inclus
- 82,02 € pour les enfants âgés de 12 à 17 ans inclus
- 110,42 € pour les enfants âgés de 18 à 24 ans inclus

## **VI - Assurance chômage**

### **1. Champ d'application**

Peuvent bénéficier de prestations de chômage, s'ils remplissent les conditions d'obtention, les salariés assujettis à la sécurité sociale.

Les jeunes sans emploi à la fin de leur formation professionnelle bénéficient, sous certaines conditions, d'une allocation forfaitaire appelée allocation d'insertion dont le montant varie en fonction de leur situation familiale et de leur âge. La durée d'octroi est limitée à trois ans.

### **2. Bénéficiaires**

Pour bénéficier des prestations de chômage, il faut que le travailleur involontairement privé d'emploi justifie d'un certain nombre de journées de travail ou de journées assimilées au cours de la période de référence antérieure. Le nombre de jours de travail à justifier ainsi que la durée de la période de référence dépendent de l'âge de la personne.

Ainsi, tous les travailleurs âgés de moins de 36 ans doivent justifier de 312 jours de travail ou journées assimilées au cours des 21 derniers mois. Entre 36 ans et moins de 50 ans, la durée d'activité préalable est fixée à 468 jours de travail au cours de 33 mois précédant la demande. À partir de l'âge de 50 ans, il est exigé 624 jours de travail au cours des 42 mois précédant la demande.\* La période de référence de 21, 33 ou 42 mois peut être prolongée pour des différentes raisons (en cas d'emprisonnement, de force majeure, d'arrêt d'activité pour s'occuper d'un enfant, etc.). Enfin, le demandeur d'emploi qui a travaillé à temps partiel volontaire doit justifier le même nombre de demi-jours d'activité dans la période de référence précitée correspondant à son âge, prolongée de 6 mois.

Une procédure de suivi de comportement de recherche d'emploi du chômeur a été mise en place à compter du 1er juillet 2004. Cette procédure est applicable lorsque la durée de chômage atteint au moins 15 mois (s'il est âgé de moins de 25 ans) ou 21 mois (s'il est âgé de 25 ans ou plus). À l'issue des délais précités, le chômeur passe un entretien destiné à évaluer ses efforts dans la recherche d'emploi. Si ses efforts sont insuffisants, un plan d'action est proposé pour les 4 mois suivants. Un 2e entretien a lieu au bout des 4 mois afin de vérifier que le chômeur a respecté le plan d'action. S'il ne l'a pas fait, il encourt une sanction limitée et temporaire.

\* Si le chômeur ne satisfait pas aux conditions requises pour obtenir les prestations en fonction de sa catégorie d'âge, il est admis au bénéfice de prestations s'il remplit les conditions de la catégorie d'âge supérieure.

### **3. Conditions d'octroi**

Le travailleur privé d'emploi doit remplir les conditions suivantes :

- être privé de rémunération à la suite de circonstances indépendantes de sa volonté et avoir perdu un emploi à plein temps ;
- être apte au travail et être disponible sur le marché de l'emploi ;
- être inscrit comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi compétent (FOREM, ACTIRIS, ADG ou VDAB) et être disposé à accepter un emploi convenable ou suivre une formation proposée ;
- chercher lui-même activement un emploi et collaborer aux actions d'accompagnement et de formation proposées par le service de l'emploi. Des entretiens individuels ont pour but d'évaluer les efforts du chômeur pour s'insérer ou se réinsérer sur le marché du travail. Si le chômeur ne fait pas suffisamment d'efforts, le paiement des allocations peut être suspendu. La suspension s'applique différemment selon la situation du chômeur au moment de la décision.
- ne pas avoir atteint l'âge de la retraite.

### **4. Versement des prestations (chômage dit « complet »)**

Les allocations de chômage sont accordées pour tous les jours de la semaine à l'exception du dimanche.

Le demandeur fait la demande des allocations auprès de son syndicat ou auprès de la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (la CAPAC).

## Durée

La durée d'indemnisation de chômage est en principe illimitée. Toutefois, le chômeur doit rechercher effectivement un emploi et le cas échéant se soumettre au plan d'action qui a été mis en place pour lui, sinon son allocation peut être réduite ou suspendue temporairement.

## Montant

Le montant de l'allocation dépend du dernier salaire perçu (dans la limite d'un certain plafond), de la situation familiale\*, de la durée du chômage et de la durée de l'activité professionnelle antérieure à la situation de chômage.

Suite à la réforme du droit aux allocations chômage du 1er novembre 2012, une augmentation du montant initial et diminution progressive du montant des allocations de chômage s'appliquent pour les nouvelles demandes d'allocation introduites à compter de 2013 :

- pendant les trois premiers mois : le montant de l'allocation est égal à 65 % de la dernière rémunération plafonnée à 2 466,59 € par mois (montant en vigueur depuis le 1er avril 2013) ;
- à compter du 4ème mois, le montant de l'allocation diminue en plusieurs phases plus ou moins longues en fonction de la durée de l'activité professionnelle antérieure à la situation de chômage. Plus la durée d'activité antérieure est longue, moins la dégressivité de la prestation sera rapide. Les montants maximum et minimum de l'allocation resteront toutefois garantis.

\* Depuis la réforme de l'allocation chômage de novembre 2012, la situation familiale du bénéficiaire (chômeurs cohabitant avec charges de famille, chômeur isolé, ou chômeurs cohabitant sans charge de famille) n'est plus prise en compte pour le calcul de la prestation pendant la première année de versement de l'allocation, sauf en ce qui concerne le montant minimum garanti.

À noter : la dégressivité du montant de l'allocation ne s'applique plus aux personnes justifiant d'un long passé professionnel (au moins 20 ans), aux personnes âgées de 55 ans et plus, ou aux personnes atteintes d'une inaptitude permanente au travail d'au moins un tiers.

Enfin, les chômeurs âgés de 55 ans et plus bénéficient, sous certaines conditions, d'un complément d'ancienneté à compter de la 2ème année de chômage. Le bénéficiaire doit notamment justifier d'une carrière salariée d'au moins 20 ans. Le montant du complément d'ancienneté est fonction de la situation familiale et de l'âge du demandeur.

[Voir plus de détails](#) sur les montants de l'allocation de chômage.

## 5. Régime de chômage avec complément d'entreprise (RCC)

NB : le régime des prépensions a changé de nom le 1er janvier 2012 et s'appelle désormais Régime de chômage avec complément d'entreprise (RCC).

Le travailleur licencié, âgé d'au moins 60 ans, qui a accompli un certain nombre d'années d'assurance, qui relève d'une convention collective dans laquelle il ouvre droit à des allocations complémentaires, qui peut prétendre à des prestations de chômage, peut bénéficier du régime de chômage avec complément d'entreprise. Cet âge peut être abaissé en fonction de la convention collective de travail applicable et de la durée de travail préalable de l'intéressé.

> [Voir les limites d'âges et le nombre d'années d'activité requis.](#)

Le bénéficiaire reçoit les allocations de chômage (à charge de l'ONEM) pour tous les jours de la semaine sauf les dimanches et une indemnité complémentaire à la charge de son employeur. Quelle que soit la situation familiale du chômeur, le montant des allocations de chômage est égal à 60 % de la dernière rémunération brute plafonnée à 80,0058 € par jour ou 2 080,15 € par mois (montants au 1er janvier 2013).

Le montant minimum légal de l'indemnité complémentaire correspond à la moitié de la différence entre la rémunération nette de référence et les allocations de chômage. L'indemnité complémentaire est calculée et versée par l'employeur, par un fonds institué auprès de la commission paritaire, ou le cas échéant, par le fonds de fermeture des entreprises.

## 6. Crédit-temps

Le crédit-temps institué en 2002 permet aux salariés du secteur privé d'interrompre leur carrière totalement ou partiellement (1/2 temps ou 1/5 temps). Depuis le 1er juin 2007, le système de crédit-temps a été modifié en exécution du pacte de solidarité entre les générations et de l'accord interprofessionnel.

Depuis la loi du 19 juin 2009 portant diverses mesures en matière d'emploi pendant la crise, les entreprises en difficulté peuvent proposer à leurs salariés travaillant à plein temps, une réduction de la durée de leur activité de la moitié ou d'1/5e. Durant cette période de réduction de leurs activités les salariés reçoivent de l'ONEM une allocation mensuelle afin de limiter la perte de revenu.

Enfin, depuis le 01.09.2012, des nouvelles dispositions s'appliquent pour les conditions de durée et d'ouverture de droit aux allocations de crédit-temps auprès de l'ONEM. C'est notamment ainsi que les entreprises n'ont plus la possibilité de prolonger au-delà d'un an le crédit-temps complet ou à mi-temps. Cette possibilité a été remplacée par l'instauration d'un crédit-temps dit « avec motif ». C'est également ainsi que le droit au crédit-temps de fin de carrière est ouvert à partir de l'âge de 55 ans au lieu de 50 ans (sauf certaines exceptions), avec un relèvement de la condition de carrière professionnelle de 20 à 25 ans minimum en tant que salarié.

Les anciennes dispositions sur le crédit-temps sont toujours d'application après cette date pour un certain nombre de situations transitoires.

*L'information qui suit concerne les demandes introduites auprès de l'employeur à partir du 01.09.2012.*

Pour pouvoir prétendre à un crédit-temps, il faut être lié par un contrat de travail avec l'employeur depuis au moins 2 ans. Si l'intéressé n'a pas 2 ans d'ancienneté, il ne peut prétendre à aucune prestation de la part de l'ONEM. En cas de crédit-temps dit sans motif, le travailleur doit également justifier d'une carrière professionnelle d'au minimum 5 ans (sauf exceptions).

Les nouvelles dispositions sur le crédit-temps prévoient les possibilités de congé suivantes :

a) le crédit-temps *sans motif* pendant au **maximum 12 mois** pour un crédit-temps complet, 24 mois à mi-temps ou 60 mois pour un crédit-temps à 1/5e, ou une combinaison de ces systèmes jusqu'à concurrence de l'équivalent d'un temps plein de 12 mois.

b) le crédit-temps complémentaire *avec motif* (temps plein ou partiel) pendant au maximum 36 mois dans le cadre de certaines conventions collectives lorsqu'il est demandé pour les motifs suivants :

- prendre soin de son enfant jusqu'à l'âge de 8 ans (différent du congé parental)
- octroyer des soins palliatifs (soins à une personne souffrant d'une maladie incurable qui se trouve en phase terminale) (différent du congé pour soins palliatifs)
- assistance ou octroi de soins à un membre du ménage ou de la famille (jusqu'au 2e degré) gravement malade (différent du congé pour assistance médicale)
- suivre une formation ou un enseignement.

c) le crédit-temps complémentaire *avec motif* (temps plein ou partiel) pendant au maximum 48 mois :

- prodiguer des soins à un enfant handicapé âgé de moins de 21 ans ; ou
- prodiguer des soins à un enfant mineur gravement malade.

d) le crédit-temps fin de carrière sous forme de temps partiel jusqu'à l'âge de la pension pour les travailleurs âgés de plus de 55\* ans justifiant d'une carrière professionnelle en tant que salarié d'au minimum 25 ans.

\*Il existe des exceptions à partir de l'âge de 50 ans pour les travailleurs ayant exercé des métiers lourds, justifiant de longues carrières ou occupés dans des entreprises reconnues en difficulté ou en restructuration.

Ces différentes possibilités de crédit-temps étant indépendantes les unes des autres, elles sont cumulables dans les limites fixées. Elles sont également indépendantes des périodes d'interruption de carrière prises dans le cadre de certaines situations spécifiques (congé parental, congé pour assistance médicale et congé pour soins palliatifs).

Le droit au crédit-temps sans motif de 12 mois maximum (en équivalent temps plein) et le droit au crédit-temps avec motif d'un maximum de 48 mois sont calculés sur l'ensemble de la carrière professionnelle du bénéficiaire.

**Montant**

Le montant de l'allocation est forfaitaire et il varie en fonction de l'ancienneté du salarié chez l'employeur.

Le bénéficiaire d'un crédit-temps à temps plein reçoit une indemnité mensuelle, versée par l'ONEM, qui, au 1er janvier 2013 s'élève à 481,02 € brut (soit 432,30 € net) entre 2 et 5 ans d'ancienneté et 641,37 € brut (soit 576,40 € net) pour 5 ans et plus d'ancienneté.

Le montant des allocations est réduit en cas de départ d'un emploi à temps partiel et en cas de crédit-temps à temps partiel.

Plus d'infos sur les prestations mentionnées dans ce chapitre, [site de l'ONEM](#).

<b>VII - Pensions de vieillesse et de survivants</b>
--

La reconnaissance du mariage de personne du même sexe dans le droit civil a des conséquences en matière d'assurance pension depuis 1er juin 2003 :

- possibilité d'octroyer une pension au taux ménage si celle-ci est plus avantageuse que la somme des pensions au taux isolé,
- possibilité d'octroyer une partie de la pension au taux ménage au conjoint séparé de fait,
- possibilité d'octroyer une pension de survie au conjoint survivant et d'une pension de conjoint divorcé.

Conformément à une décision du Gouvernement fin 2011, la réforme des pensions prévoit notamment une adaptation de l'âge de la pension avec un relèvement progressif de l'âge minimum de départ à la pension anticipée et de la durée minimum d'assurance, des modifications dans le calcul de la pension ainsi que des dispositifs plus avantageux en matière de cumul d'une pension avec l'exercice d'une activité professionnelle. Certaines mesures sont entrées en vigueur le 1er janvier 2013.

**A / PENSION DE VIEILLESSE****1. Age**

L'âge légal de départ à la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes et pour les femmes.

Il existe des possibilités de retraite anticipée à partir de 60,5 ans en 2013 pour les personnes qui ont accompli 38 ans d'assurance.

Depuis le 1er janvier 2013, l'âge minimum de départ à la retraite anticipée ainsi que la durée minimale d'assurance seront progressivement relevés comme suit :

Année de départ à la retraite anticipée	Âge minimum	Condition de carrière	Exceptions pour longues carrières
2012	60 ans	35 ans	-
2013	60,5 ans	38 ans	60 ans si 40 ans de carrière
2014	61 ans	39 ans	60 ans si 40 ans de carrière
2015	61,5 ans	40 ans	60 ans si 41 ans de carrière
à partir de 2016	62 ans	40 ans	60 ans si 42 ans de carrière ou 61 ans si 41 ans de carrière

Les titulaires d'une prépension conventionnelle (complément d'entreprise) à plein temps ne peuvent pas bénéficier des dispositions de retraite anticipée, ils doivent attendre l'âge légal pour obtenir la liquidation de leur pension (65 ans).

## 2. Calcul de la pension

La pension est calculée en fonction de la durée d'assurance, des rémunérations sur lesquelles les cotisations ont été versées (dans la limite d'un plafond), de l'âge et de la situation familiale du pensionné.

Elle correspond aux formules suivantes (S = le salaire de référence) :

- Pour une personne isolée ou mariée sans conjoint à charge :  $S \times 60 \% \times \text{durée d'assurance} / 45$ .
- Pour une personne mariée avec conjoint à charge :  $S \times 75 \% \times \text{durée d'assurance} / 45$

### Durée d'assurance

Pour obtenir une pension complète, il faut avoir accompli 45 ans d'assurance. Les années d'assurance prises en compte pour le calcul de la retraite ne peut pas excéder ce nombre. Suite à la réforme récente des pensions, cette limitation sera toutefois progressivement supprimée.

À côté des périodes d'activité, sont également prises en compte certaines périodes d'inactivité, assimilées à des périodes d'occupation comme les périodes de maladie, invalidité, chômage, prépension, service militaire, etc.

Il existe également des possibilités de versement de cotisations volontaires pour les personnes qui relevaient du régime des salariés et qui présentent une incapacité de travail d'au moins 66 % pour laquelle aucune indemnisation n'a été versée par l'assurance maladie invalidité, pour les personnes qui cessent leur activité pour élever un enfant. Les périodes d'études accomplies à partir du 1er janvier de l'année du vingtième anniversaire peuvent également faire l'objet d'un rachat. Dans ce dernier cas, la demande de rachat doit être effectuée auprès de l'Office national des pensions (ONP) dans les dix ans qui suivent la fin des études.

### Salaire de référence

Pour chaque année d'activité antérieure à 1955 (ouvriers) ou 1958 (pour les employés), il est tenu compte d'une rémunération forfaitaire fixée à 13 955,34 €. Pour les années comprises entre 1955 et 1980 pour les ouvriers, il est tenu compte de la rémunération brute non plafonnée, et pour les employés de la rémunération brute plafonnée sauf pour les années 1955, 1956, 1957, pour lesquelles il existe un montant forfaitaire journalier de 4,9517, 5,2747 et 5,6376 €.

Pour les années postérieures à 1980 il est tenu compte d'un salaire brut plafonné pour l'ensemble des ouvriers et employés qui est égal à 51 092,44 € pour l'année 2012. Les rémunérations prises en compte sont réévaluées.

Si la rémunération réévaluée pour une année complète de travail est inférieure à la rémunération minimum (22 189,36 € au 1er janvier 2013), c'est ce minimum qui est pris en compte pour le calcul de la pension pour l'année en cause.

### Bonus

La loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations a instauré un bonus de pension au profit des travailleurs salariés qui prolongent leur vie professionnelle. Le bonus est destiné au salarié qui a atteint l'âge de 62 ans ou celui qui justifie de 44 ans d'assurance. Il est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1er janvier 2007. Le bonus s'ajoute au montant de la pension. Le montant du bonus s'élève à 2,2974 € par jour d'occupation effective après le 1er janvier 2006, jusqu'au moment de la liquidation de la retraite et au plus tard jusqu'au dernier jour du mois du 65ème anniversaire du bénéficiaire.

### Minimum

La pension de vieillesse pour une carrière complète ne peut pas être inférieure à un montant déterminé fixé à 16 636,77 € au taux ménage et 13 313,61 € au taux isolé (montants annuels en vigueur au 1er janvier 2013). Si l'intéressé a accompli au moins deux tiers d'une carrière complète, il pourra prétendre à la pension minimale liquidée au prorata des périodes d'assurance accomplies.

## Versement

La pension est attribuée quel que soit son montant, mais, si le montant mensuel de la pension n'atteint pas 37,56 €, la pension est payée annuellement dans le courant du mois de décembre.

## Règles anti-cumul

Le titulaire de pension peut, dans une certaine limite, percevoir sa pension de vieillesse et poursuivre son activité professionnelle.

Si l'intéressé est titulaire d'une pension au taux ménage, son conjoint peut exercer une activité professionnelle à condition que les revenus tirés de cette activité ne dépassent pas un certain plafond.

Des modifications concernant les conditions de cumul de pension avec l'exercice d'une activité professionnelle sont prévues à partir de 2013 :

- en cas de retraite anticipée, des montants limites seront toujours d'application, mais adaptés : les revenus professionnels ne doivent pas dépasser 7 570 € par an ou 11 355,02 € si le titulaire a des enfants à charge.
- si les plafonds mentionnés ci-dessus sont dépassés de 25 % ou plus (15 % avant 2013), la pension est intégralement suspendue. Si le dépassement est inférieur à 25 %, la pension est réduite du même pourcentage que celui du dépassement.
- à partir de l'âge légal de la retraite, il est possible de cumuler la pension, sans limite, avec des revenus tirés d'une activité professionnelle si le pensionné justifie d'une durée d'assurance d'au moins 42 ans au moment de la mise à la retraite. Dans les autres cas, la limite passe à 21 865,23 € ou 26 596,50 € en cas d'enfant à charge.

La pension de vieillesse ne peut pas être perçue en même temps que des indemnités de sécurité sociale (allocations de chômage, prestations accordées dans le cadre de la prépension conventionnelle, les indemnités de maladie ou d'invalidité, les indemnités d'interruption de carrière) servies par un régime belge ou un régime étranger.

## 3. Séparation et divorce

- La séparation de fait ou de corps ne modifie pas les droits individuels des conjoints. Si ceux-ci ont exercé tous les deux une activité ils peuvent prétendre à une pension d'isolé chacun. Si l'un des conjoints ne bénéficie pas d'une pension personnelle d'un montant égal ou supérieur à la moitié de la pension de ménage qui aurait pu être attribuée à son conjoint, s'il n'y avait pas eu séparation, il peut réclamer une partie de cette pension, à condition de ne pas avoir été déchu de la puissance paternelle, ne pas avoir été condamné pour avoir attenté à la vie de son conjoint.
- Conjoint divorcé : en cas de divorce le travailleur lui-même obtient une pension au taux isolé, en cas de remariage, il peut éventuellement obtenir une pension de ménage. L'ex-conjoint du travailleur peut, à l'âge de 65 ans, obtenir une pension calculée de la même manière que la pension du travailleur mais en prenant en compte les années de travail durant le mariage. Les périodes qui se superposent avec des années pour lesquelles l'intéressé obtient une pension de retraite dans un autre régime (belge ou étranger) ne sont pas prises en considération.

## B / PENSION DE SURVIVANTS

### Conditions

Le conjoint survivant peut obtenir une pension de survie en cas de décès du conjoint qui bénéficiait ou aurait pu prétendre à une pension de retraite. Le conjoint survivant doit être âgé de 45 ans, sauf s'il est atteint d'une incapacité permanente de travail d'au moins 66 %, ou s'il a la charge d'un enfant.

Le conjoint survivant doit avoir été marié avec le défunt durant au moins un an avant le décès.\* Cette dernière condition n'est pas exigible si un enfant est né du mariage, si le décès est dû à un accident survenu après le mariage, ou si au moment du décès il y avait un enfant à charge pour lequel un des conjoints percevait des allocations familiales.

Le droit à pension de survie est suspendu en cas de remariage ou, lorsque le conjoint survivant, âgé de moins de 45 ans, cesse de remplir les conditions d'octroi de la pension, n'a plus d'enfant à charge ou ne justifie plus d'une incapacité permanente d'au moins 66 %.

\* Cette condition est également remplie si une période de cohabitation légale a précédé immédiatement le mariage lorsque la durée totale des deux périodes est d'au minimum 1 an.

## Montant

Le montant de la pension de survie est calculé différemment selon que le défunt était pensionné ou non :

- Le conjoint décédé n'était pas pensionné : le montant de la pension est calculé comme une pension de retraite, en tenant compte d'une fraction de carrière (soit le nombre d'années d'occupation jusqu'à l'année qui précède celle du décès, divisé par le nombre d'années entre le 20ème anniversaire et le décès).

Par ailleurs, le montant de la pension de survie est limité au montant de la pension de ménage que l'assuré décédé aurait obtenue s'il avait atteint l'âge de 65 ans à la date de son décès et justifiait 45 ans d'activité.

- Le conjoint décédé était pensionné : le montant de la pension est égal à 80 % de celui de la pension de retraite de l'assuré calculée au taux de ménage, c'est-à-dire l'équivalent d'une pension de personne isolée. La réduction pour cause d'anticipation dont il a éventuellement été tenu compte au moment de la liquidation de la pension de vieillesse n'est pas appliquée.

Lorsque la carrière de l'assuré décédé est complète, le montant de la pension de survie ne peut pas être inférieur à un minimum garanti (au 1er janvier 2013 : 13 104,28 € par an).

## Pension de survie temporaire

Si au moment du décès le conjoint survivant ne remplit pas les conditions d'âge ou de durée de mariage pour obtenir une pension de survie, il peut bénéficier d'une pension de survie temporaire pendant une période de 12 mois.

## Pension de survie continuée

La personne qui ne réunit plus les conditions pour bénéficier d'une pension de survie avant l'âge de 45 ans (le bénéficiaire n'a plus d'enfant à charge ou ne justifie pas d'un taux d'incapacité de 66 %), peut continuer à percevoir un avantage jusqu'à l'âge de 45 ans. Cet avantage est alors limité au montant minimum garanti (13 104,28 € annuels pour une carrière complète).

## Cumul

Le cumul entre une pension de survie et une ou plusieurs pensions personnelles, d'une législation belge ou étrangère n'est possible que dans la limite de 110 % du montant de la pension de survie accordée au conjoint survivant, pour une carrière complète.

Le cumul de plusieurs pensions de survie acquises du chef de l'activité d'un même conjoint n'est possible que sous réserve de l'application des règles relatives à la limitation à l'unité de carrière. Lorsque le conjoint survivant peut prétendre du fait de mariages successifs à plusieurs pensions, il ne peut obtenir que la plus élevée des pensions de survie auxquelles il peut prétendre.

Le titulaire d'une pension de survie est tenu de déclarer à l'organisme débiteur de la pension tout exercice d'activité. Comme pour le titulaire de pension personnelle, la pension de survie peut être cumulée dans une certaine limite avec une activité professionnelle. Les plafonds de revenus applicables diffèrent et l'on fait la distinction entre les titulaires, notamment en fonction de leurs âges.

## C / PÉCULE DE VACANCES

Le pécule de vacances est accordé annuellement aux bénéficiaires de pension de vieillesse ou de survie pour le mois de mai de l'année en cours. Pour que cet avantage soit payé, il faut que la pension soit effectivement due pour le mois de mai de l'année en cours. Le montant du pécule est forfaitaire et il dépend du type de pension. Montants 2013 :

- avec une pension ménage : 808,10 €
- avec une pension isolée : 646,48 €.

Le montant annuel global du pécule de vacances est limité au montant de la pension payée au cours du même mois.

## D / RETRAITES COMPLÉMENTAIRES

L'arrêté royal du 14 mai 1969 a instauré un régime d'assurance par capitalisation individuelle permettant aux travailleurs salariés occupés en Belgique de se constituer, en complément des droits découlant du régime obligatoire, une rente de vieillesse. Divers organismes, ont été autorisés par la Commission bancaire, financière et des assurances à pratiquer ce type d'opérations d'assurance. L'Office national des pensions figure au nombre de ces organismes.

La loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires règle les relations entre l'employeur et le travailleur salarié liés par un contrat de travail et fixe la procédure à suivre lors de l'instauration d'une pension complémentaire dans l'entreprise, protège les droits et réserves de pensions constitués par les travailleurs salariés et élargit la participation des travailleurs salariés.

L'Office national des pensions gère à côté du régime de base, un régime de pension complémentaire. Les travailleurs salariés ont la possibilité, soit par l'intermédiaire de leur employeur dans le cadre d'une assurance de groupe, soit directement par des versements volontaires, de cotiser à ce régime. Le régime basé sur la capitalisation individuelle a pour but de constituer une rente de retraite et éventuellement une rente de survie à liquider à un bénéficiaire désigné en cas de décès de l'assuré.

Plus d'infos sur les retraites <http://www.onprvp.fgov.be/FR/pension/Pages/default.aspx>

---

(1) La pension est attribuée pour un nombre maximum d'années correspondant au dénominateur de la fraction. Cette règle de l'unité de carrière est également applicable en cas de carrière mixte (travailleur salarié et/ou indépendant et/ou fonctionnaire). En cas de dépassement de la limite maximale (45 ans), c'est d'abord la pension comme indépendant qui est réduite, ensuite la pension du régime des salariés.

### VIII - Prestations non contributives

#### 1. Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)

Avant l'intervention de la loi du 22 mars 2001, instituant la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), il existait le revenu garanti versé aux personnes âgées dont les ressources ne dépassaient pas un certain plafond. Pour l'obtention de cette allocation il fallait remplir une condition d'âge qui était alignée sur l'âge de liquidation de la pension de vieillesse.

Le nouveau régime individualise l'allocation tout en laissant exister les droits acquis sous l'ancienne législation. L'âge d'ouverture des droits à cet avantage est fixé à 65 ans pour les hommes et les femmes comme pour les pensions de vieillesse.

Cette prestation, comme le revenu garanti, a pour but de permettre aux personnes âgées ne disposant pas de ressources suffisantes de bénéficier d'une aide financière.

Pour bénéficier de cette allocation il faut être de nationalité belge, ou relever du champ d'application des règlements européens de coordination, à savoir, les ressortissants de l'Union européenne, de la Norvège, de l'Islande, du Liechtenstein et de la Suisse, ou réfugiés ou apatrides.

Les personnes non visées ci-dessus doivent être ressortissantes d'un État avec lequel la Belgique a conclu un accord de réciprocité en la matière ou reconnu l'existence d'une réciprocité de fait. Dans ce dernier cas les intéressés doivent également être bénéficiaires d'une pension de vieillesse ou d'une pension de survie du régime belge, et, depuis le 1er juillet 2012, soit avoir le statut de résident de longue durée en Belgique ou dans un autre pays de l'UE, soit justifier une carrière d'au minimum 312 jours équivalents temps plein.

Enfin, le bénéficiaire de la GRAPA doit résider effectivement et en permanence en Belgique. Aucune durée minimale de résidence n'est exigée.

Une demande de pension de tout régime légal belge tient également lieu de demande de la GRAPA à condition bien entendu que l'intéressé réponde aux conditions d'âge et de ressources. Inversement une demande\* de la GRAPA tient également lieu de demande de pension du régime belge, si l'intéressé signale une activité professionnelle qui tombe dans le champ d'application d'un tel régime.

Contrairement au revenu garanti qui prévoyait des dispositions particulières, à savoir la répartition de l'allocation au taux ménage en cas de séparation de fait, ou en fonction de la situation de famille, l'attribution de l'allocation au taux ménage ou au taux isolé, la GRAPA est un droit individuel et son montant est fonction du partage ou non de la même résidence principale avec une ou plusieurs personnes.

C'est ainsi que lorsqu'un couple occupe la même résidence et que seul un des membres du couple remplit les conditions d'obtention de la GRAPA, on peut après examen de ses ressources et celles de la personne résidant avec lui, octroyer un montant de base de la GRAPA dans la mesure où le taux ménage a été supprimé.

Par contre, si les deux membres du couple remplissent les conditions notamment d'âge pour pouvoir prétendre à la GRAPA, chacun a droit à un montant de base. Dans ce cas on totalise les ressources des deux conjoints et on les divise par deux pour la détermination du montant de la GRAPA. On assiste là à une véritable individualisation des droits.

Si le bénéficiaire est une personne isolée - c'est-à-dire s'il s'agit d'une personne qui ne partage sa résidence principale avec personne - le montant majoré de la GRAPA est attribué.

**Le montant** de base de la GRAPA s'élève à 7 934,87 € par an (soit 661,24 € par mois) et le montant majoré à 11 902,31 € par an (soit 991,86 € par mois).

\* la demande de la GRAPA se fait auprès de l'administration communale du lieu de résidence principale du demandeur, auprès de l'Office national des Pensions ou via le site web [www.demandepension.be](http://www.demandepension.be).

## **Nouveaux dispositifs de la GRAPA à compter du 1er janvier 2014 :**

Des modifications de la garantie de revenus aux personnes âgées ont été approuvées par le conseil des ministres ; ces modifications seront d'application à compter du 1er janvier 2014 (à ce jour en attente de la publication d'un arrêté d'exécution ou un arrêté royal). Ces modifications prévoient notamment des nouvelles règles en matière de division de ressources ainsi qu'un assouplissement des règles d'exonération des éventuels revenus tirés d'une activité professionnelle pris en compte pour l'attribution du droit aux prestations.

## **2. Allocations pour handicapés**

Ces allocations, au nombre de trois, sont versées sous condition de ressources et de résidence effective et permanente en Belgique. Cependant, si le bénéficiaire réside dans un autre État membre de l'Union européenne et s'il remplit certaines conditions, l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées peuvent être octroyées. Il existe également des conditions d'âge, de nationalité, médicales et de revenus.

Le montant des différentes allocations dépend de la situation familiale du bénéficiaire selon qu'il appartient à la catégorie familiale C, B ou A, de la réduction de capacité de gain (pour l'allocation de remplacement de revenus) et du degré d'autonomie (pour l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées).

- **L'allocation de remplacement de revenus (ARR)** est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de moins de 65 ans dont il est établi que l'état physique ou psychique a réduit sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail.
- **L'allocation d'intégration (AI)** est accordée à la personne handicapée qui est âgée d'au moins 21 ans et de moins de 65 ans, dont le manque ou la réduction d'autonomie entraîne des frais supplémentaires. Pour le calcul de l'allocation il est tenu compte des ressources de l'intéressé et de celles de son partenaire avec qui il forme un ménage.
- **L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)** est accordée à la personne handicapée âgée de plus de 65 ans dont le manque ou la réduction d'autonomie entraîne des frais supplémentaires. Pour le calcul de l'allocation il est tenu compte des ressources de l'intéressé et de celles de son partenaire avec qui il forme un ménage. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées n'est pas accordée à la personne handicapée qui bénéficie d'une allocation de remplacement de revenus ou d'une allocation d'intégration.

Le fait que ces trois allocations revêtent un caractère résiduaire impose à la personne handicapée et à la personne avec laquelle elle forme un ménage de faire valoir leurs droits à toutes prestations et indemnités auxquelles elles peuvent prétendre en vertu d'une autre législation belge ou étrangère et qui trouvent leur fondement dans une limitation de la capacité de gain, dans un manque ou une réduction de l'autonomie, ainsi qu'à toutes prestations sociales.

L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration sont cumulables.

### **3. Revenu d'intégration**

Depuis le 1er octobre 2002, date de remplacement du minimum de moyens d'existence par le revenu d'intégration, le CPAS de chaque commune a pour mission de garantir le droit à l'intégration sociale à toute personne ne disposant pas de moyens d'existence suffisants.

Pour pouvoir prétendre à cette prestation, il faut remplir une condition de nationalité (nationalité belge ou citoyen de l'Union européenne/membre du ménage d'un citoyen de l'UE avec un droit de séjour de plus de 3 mois) et de résidence effective sur le territoire belge. Il faut avoir atteint l'âge de la majorité civile. Il n'existe pas d'âge limite pour le versement du revenu d'intégration. Avant de liquider cette prestation, il sera examiné si l'intéressé ouvre droit à la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA).

La prestation est servie sous conditions de ressources et le bénéficiaire doit être disposé à être mis au travail. De plus, les bénéficiaires âgés de 18 à 25 ans doivent signer et respecter un contrat contenant un projet individualisé d'intégration sociale.

### **4. Prestations familiales garanties**

La loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties a complété la réglementation en créant un régime résiduaire de prestations familiales en faveur des enfants qui ne bénéficiaient pas des allocations familiales en vertu d'un régime obligatoire.

Ce régime octroie des prestations sans qu'il existe une quelconque relation de travail du chef du demandeur. Il est réservé aux familles les plus démunies, qui bénéficient du revenu d'intégration sociale ou de la garantie de revenus aux personnes âgées ou qui disposent de ressources réduites.

Les prestations familiales sont accordées en faveur de l'enfant qui est exclusivement ou principalement à la charge d'une personne physique qui réside en Belgique.

Les prestations familiales sont accordées à condition que les ressources trimestrielles dont disposent la personne qui a la charge de l'enfant, son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou la personne avec laquelle elle est établie en ménage ne dépassent pas le montant de 4 062,82 € (montant en vigueur depuis le 1er décembre 2012) pour un ménage ayant un enfant.

Les ressources sont augmentées de 20 % pour chaque enfant à charge à partir du deuxième.

Les prestations familiales garanties comprennent :

- les allocations familiales ;
- l'allocation supplémentaire en fonction de l'âge ;
- le supplément annuel (prime de rentrée scolaire) ;
- le supplément mensuel (supplément pour les familles monoparentales) ;
- l'allocation de naissance ;
- l'allocation spéciale pour enfants placés.

La demande de prestations familiales garanties doit être faite auprès de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS).