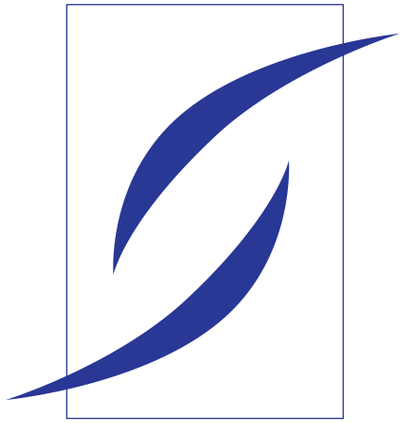

Aperçu
de la
sécurité sociale
en Belgique

Aperçu
de la
sécurité sociale
en Belgique

ISSN: 1375-4416

2005

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

APERÇU DE LA SECURITE SOCIALE EN BELGIQUE

Editeur :
Direction générale Politique sociale, Service public fédéral Sécurité sociale

Dépôt légal : 4ème trimestre 2005

© 2005, Direction générale Politique sociale, Service public fédéral - Sécurité sociale / 853 / Bruxelles, n° 1.

Reproduction autorisée, sauf à des fins commerciales, moyennant mention de la source.

Cet ouvrage, publié par la Direction générale Politique sociale, présente l'édition 2005 de « l'Aperçu de la sécurité sociale en Belgique ». Il contient un exposé succinct mais aussi complet que possible de la législation en matière de sécurité sociale telle qu'elle se présentait au 1er janvier 2005.

Les auteurs se sont efforcés de donner une vue d'ensemble du système de protection sociale pour :

– les travailleurs salariés;
– les indépendants;
– les fonctionnaires.

Le lecteur trouvera, donc, après une première partie consacrée à une description du système (où l'on relèvera, entre autres, l'organisation administrative, le contentieux), *une synthèse branche par branche du régime de la sécurité sociale belge*.

L'ouvrage présente, donc, une analyse de : l'assurance obligatoire soins de santé, l'incapacité de travail, les pensions, le chômage, les prestations familiales, les accidents de travail et maladies professionnelles, et les vacances annuelles.

Il examine, en outre, les secteurs de l'aide sociale liés à la sécurité sociale : les allocations aux personnes handicapées, le minimum de moyen d'existence, et l'aide sociale comme telle.

Enfin, une présentation de la sécurité sociale, au plan international conclut l'ouvrage.

Ce livre n'a pas la prétention d'être exhaustif, ni d'apprendre quoi que ce soit aux spécialistes en la matière. Il se veut, simplement, une bonne source d'informations pour tous ceux qui s'intéressent, de plus près, à la sécurité sociale ou qui cherchent un renseignement général. Il s'adresse donc à un public concerné : praticiens de la protection sociale, étudiants et enseignants des établissements postsecondaires, mais aussi à tous ceux qui veulent en savoir davantage sur un régime de plus en plus au centre des préoccupations de tout un chacun.

La rédaction de cet ouvrage a impliqué l'aide active de divers collaborateurs, chacun spécialiste en sa partie. Ceci assure, à l'ouvrage, la qualité et la pertinence de l'information.

La direction générale Politique sociale désire remercier les services publics fédéraux, organismes parastataux et services du département pour leur apport. C'est elle qui s'est efforcée d'assurer la coordination et l'harmonisation de l'ensemble, dans ce cadre elle reste attentive à toutes les suggestions de la part des lecteurs.

Le lecteur désireux d'approfondir tel ou tel aspect de cette matière pourra se référer à la bibliographie donnée à chaque fois.

Qu'il n'hésite pas à nous faire part de ses remarques et suggestions éventuelles en les adressant :

■ soit par e.mail : roland.vanlaere@minsoc.fed.be
■ soit par écrit à :
Service public fédéral - Sécurité sociale
Service Publications
rue de la Vierge noire, 3 C, 1000 Bruxelles

Le texte de l'Aperçu peut se trouver sur le site du département. On y accède à l'adresse http://socialsecurity.fgov.be/apercu/index.htm

Table des matières

Partie I. Les différents régimes de sécurité sociale en Belgique 1
Titre I. Le régime des travailleurs salariés 3
I. Assujettissement 3
Section 1. Champ d'application 3
A. Généralités 3
B. Champ d'application personnel 4
C. Champ d'application territorial 4
D. Champ d'application matériel (extensions et limitations) 4
Section 2. La notion de rémunération 19
A. Introduction 19
B. Bases 20
C. Délimitation 20
Section 3. Obligations de l'employeur 23
A. Immatriculation à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) 23
B. Déclarations trimestrielles 24
C. Paiement des cotisations 24
D. Les secrétariats sociaux d'employeurs 25
E. Les sanctions 26
F. Le contentieux (relatif à la perception des cotisations de sécurité sociale) 27
Section 4. Mesures en vue de lutter contre la fraude sociale et le travail clandestin 27
II. Le financement 30
Section 1. Les cotisations sur les rémunérations 30
Section 2. Les subventions de l'Etat 32
Section 3. Réduction des cotisations pour la promotion de l'emploi 33
Section 4. Le financement alternatif 38
Section 5. Autres recettes globalisées 39
Section 6. La Gestion globale 41
III. L'organisation administrative 43
Section 1. Les organismes de perception 45
Section 2. Les organismes de gestion 45
Section 3. Les organismes de paiement 46

Section 4. Les institutions publiques de sécurité sociale 48
Section 5. Les inspections sociales 50
Section 6. La Commission de réforme du droit pénal social 52
IV. Les régimes des marins de la marine marchande et des mineurs et assimilés 53
Section 1. Le régime des marins de la marine marchande 53
A. Etat de la situation 53
B. Particularités du régime 54
Section 2. Le régime des ouvriers mineurs 55
A. Etat de la situation 55
B. Particularités du régime des ouvriers mineurs 56
V. Renseignements généraux, régimes des travailleurs salariés 57
A. Adresses utiles 57
B. Liste des publications disponibles 57
C. Traités et ouvrages de base 58
D. Ouvrages généraux sur la sécurité sociale 59
Titre II. Le régime des travailleurs indépendants 63
I. Champ d'application 63
Section 1. Personnes assujetties aux quatre secteurs 63
A. Travailleurs indépendants à titre principal 63
B. Aidants 64
C. Travailleurs indépendants à titre complémentaire 65
Section 2. Personnes assujetties au seul secteur des indemnités de l'assurance maladie-invalidité (voir ci-dessus, sous Section 1, B, 3) 66
Section 3. Personnes assujetties aux seuls secteurs des pensions et de l'assurance maladie-invalidité 66
Section 4. Personnes assujetties au seul secteur des pensions 66
II. Obligations 67
Section 1. Affiliation à une caisse d'assurances sociales 67
Section 2. Paiement des cotisations 67
A. Base des cotisations 67
B. Indexation 68
C. Montant des cotisations au 1er janvier 2005 68
III. Cas spéciaux 72
Section 1. Dans le cadre du régime de pension et du régime de l'assurance contre la maladie (soins de santé et incapacité de travail) 72
Section 2. Dans le cadre du seul régime de pension 73
Section 3. Dans le cadre de l'assurance contre la maladie (soins de santé) seulement 73
IV. Organisation administrative 75
Section 1. L'institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) 75
Section 2. Les caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants 75
Section 3. La commission des dispenses de cotisations 75
V. Le contentieux 77
Titre III. Le régime applicable au personnel des pouvoirs publics et en particulier au personnel des administrations provinciales et locales 79
I. Situation générale 79

Section 1. Introduction 80
A. Le personnel des administrations provinciales et locales 80
B. L'ONSSAPL 81
Section 2. Le régime des travailleurs des administrations provinciales et locales 82
A. Administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSSAPL. 82
B. Le personnel des administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSSAPL 84
II. La gestion globale pour l'Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales 94
Titre IV. La sécurité sociale d'Outre-Mer 97
I. Régime de la loi du 16 juin 1960 98
II. Régime de la loi du 17 juillet 1963 100
Section 1. Régime général 100
A. Vieillesse et décès 100
B. Maladie et invalidité 100
C. Assurance différée soins de santé 101
Section 2. Les assurances complémentaires 101
A. Soins de santé 101
B. Accidents du travail 101
C. Accidents de la vie privée 102
III. Rapport entre l'ONSS et l'OSSOM en matière de stage 103
Titre V. Les services communs aux différents régimes 105
Section 1. La Banque Carrefour de la sécurité sociale 105
A. Introduction 105
B. La mission et la stratégie de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 106
C. Les principes de base du traitement des informations en tant que moyen de production stratégique 106
D. Les principales réalisations 110
E. Les risques à gérer 124
F. Site Internet de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 124
G. Renseignements généraux 124
Section 2. Le contentieux en matière de sécurité sociale 125
A. L'organisation des juridictions du travail 125
B. La compétence des juridictions du travail 126
C. La procédure 127
D. Le jugement de la demande 131
E. Les voies de recours 131
F. La Cour d'arbitrage 132
Section 3. La charte de l'assuré social 134
Section 4. L'indexation des prestations sociales 135
A. Introduction 135
B. Le moment de l'indexation 135
C. L'adaptation des montants 136
Section 5. Renseignements généraux 138
A. Adresses utiles 138
B. Réglementation 138
C. Liste des publications disponibles 138

Partie II. Les différentes branches de la sécurité sociale 139
Titre I. L'assurance obligatoire soins de santé 141
I. L'organisation administrative et le financement 141
Introduction 141
Section 1. L'organisation administrative 142
A. La répartition générale des compétences dans les soins de santé au niveau institutionnel 142
B. La structure administrative 143
C. La carte d'identité sociale ou carte SIS 149
Section 2. Le financement 152
A. Le régime des travailleurs salariés 152
B. Le régime des travailleurs indépendants 153
C. La responsabilité financière des organismes assureurs 153
II. Le régime général 155
Section 1. Les bénéficiaires 155
A. Les titulaires 155
B. Les personnes à charge 156
Section 2. Les prestations 158
A. Répartition des prestations 158
B. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations 158
C. Le maximum à facturer 163
D. Le fonds spécial de solidarité 165
Section 3. Les conditions d'octroi des prestations 166
A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations 166
B. Conditions d'octroi des prestations 168
Section 4. Rapports avec les prestataires de soins, les services et les établissements de soins 169
A. Rapports avec les médecins et les dentistes 169
B. Rapports avec les autres prestataires de soins, services et établissements de soins 170
III. Le régime des travailleurs indépendants 172
Section 1. Les bénéficiaires 172
A. Les titulaires 172
B. Les personnes à charge 173
Section 2. Les prestations 173
A. Répartition des prestations 173
B. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations 174
C. Le maximum à facturer 175
D. Le fonds spécial de solidarité 176
Section 3. Les conditions d'octroi des prestations 176
A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations 176
B. Conditions d'octroi des prestations 177
Section 4. Les rapports avec les prestataires, les services et les établissements de soins 177
IV. Renseignements généraux 178
A. Adresses utiles 178
B. Réglementation 179
C. Publications 179

Titre II. Les prestations de l'assurance indemnités 181
I. Le régime des travailleurs salariés 181
Section 1. L'organisation administrative et le financement 181
A. L'organisation administrative 181
B. Le financement 182
Section 2. Les bénéficiaires 183
Section 3. Prestations 184
A. Indemnités d'incapacité de travail 184
B. Allocations pour frais funéraires 191
Section 4. Conditions d'octroi et de maintien de droit aux indemnités 192
A. Indemnités d'incapacité de travail 192
B. Allocations pour frais funéraires 195
Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail 195
A. L'obligation de déclaration 195
B. Feuille de renseignements et attestation 196
C. La décision médicale 197
D. Le contrôle 197
E. Fin de l'incapacité de travail 197
F. Etat d'invalidité 198
II. Le régime des travailleurs indépendants 199
Section 1. L'organisation administrative 199
A. Le Comité de gestion du Service des indemnités 199
B. La section spéciale du Conseil technique intermutualiste 200
Section 2. Les bénéficiaires 200
Section 3. Les prestations 200
A. Notions d'incapacité de travail 200
B. Présomptions d'incapacité de travail 201
C. Incapacité primaire 201
D. L'invalidité 202
Section 4. Conditions d'octroi et de maintien 202
A. L'affiliation 202
B. Le stage 203
C. Les cotisations 203
D. Refus des indemnités 203
E. Réduction des indemnités 203
Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail 204
A. L'obligation de déclaration 204
B. La décision médicale 204
C. Feuille de renseignements 204
D. Le contrôle 204
E. Fin de l'incapacité de travail 205
F. Etat d'invalidité 205
III. Le régime des fonctionnaires 206
Section 1. Les bénéficiaires 206
Section 2. Les prestations 206
A. Congés pour maladie 206
B. La disponibilité pour maladie 206
C. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique 207

Section 3. Procédure d'octroi des prestations 207
A. Congés pour maladie et disponibilité pour maladie 207
B. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique 207
IV. Renseignements généraux 208
A. Adresses utiles 208
B. Réglementation 209
C. Publications 209
Titre III. Les prestations de l'assurance maternité 211
I. Le régime des travailleurs salariés 211
Section 1. L'organisation administrative et le financement 211
Section 2. Les bénéficiaires 212
Section 3. Les prestations 212
A. Principe 212
B. Les périodes de protection de la maternité 212
C. L'indemnisation des périodes de protection de la maternité 214
D. Conversion du congé de maternité 216
E. Congé de paternité 216
F. Congé d'adoption 217
G. Pauses d'allaitement 218
Section 4. Les conditions d'octroi des prestations 218
II. Le régime des travailleurs indépendants 219
Section 1. L'organisation administrative et le financement 219
Section 2. Les bénéficiaires 219
Section 3. Les prestations 219
A. Principe 219
B. Démarche administrative 220
C. Le montant des indemnités de maternité 220
Section 4. Les conditions d'octroi des prestations 220
III. Le régime des fonctionnaires 221
Titre IV. Les pensions 223
I. Introduction 223
II. Pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés 227
Section 1. Développements récents et perspectives 227
Section 2. Champ d'application 228
A. Principe 228
B. Assimilations 228
C. Exclusions 228
D. Transfert du montant de la pension en faveur de fonctionnaires de l'Union européenne et d'institutions assimilées 228
Section 3. Pensions de retraite 229
A. Conditions d'octroi et de paiement 229
B. Calcul 233
Section 4. Pensions de survie 240
A. Conditions d'octroi et de paiement 240
B. Calcul 242
C. Pensions de survie temporaire 243
Section 5. Conjoints divorcés ou séparés de corps ou de fait 244
A. Conjoints divorcés 244
B. Conjoints séparés de corps ou de fait 245

Section 6. Droit minimum par année de carrière 247
Section 7. Pension minimum 247
Section 8. Autres prestations 248
A. Pécule de vacances et pécule complémentaire 248
B. Allocation de chauffage 249
Section 9. Pension des travailleurs salariés ayant été occupé à l'étranger 249
Section 10. Revalorisation des pensions 250
A. Liaison à l'augmentation du coût de la vie 250
B. Liaison à l'évolution du bien-être général 250
Section 11. Répétition de l'indu 250
Section 12. Financement 250
Section 13. Organisation administrative 251
A. Introduction d'une demande : quand et où ? 251
B. Date de prise de cours de la pension 252
C. Attribution 253
D. Paiement de la pension et retenues 253
III. Pensions de retraite et de survie des travailleurs indépendants 255
Section 1. Bénéficiaires 255
Section 2. Prestations 255
Section 3. La pension de retraite 256
A. La prise de cours 256
B. Le calcul de la pension 256
C. Pension minimum au 1er janvier 2005 260
D. Incidence des ressources 260
E. Les règles de cumul 260
Section 4. Les pensions de survie 262
A. Règles générales 262
B. Mode de calcul de la pension de survie 263
Section 5. La pension de conjoint divorcé 263
A. Conditions d'octroi 263
B. Calcul 264
C. Montant forfaitaire de base 264
Section 6. L'allocation spéciale 264
Section 7. Le supplément de pension pour les personnes qui ont élevé un enfant 265
Section 8. La pension inconditionnelle 265
Section 9. La pension libre complémentaire 265
Section 10. Répétition de l'indu 266
Section 11. Financement 266
Section 12. Organisation administrative - liquidation - contentieux 266

IV. Pensions de retraite et de survie des travailleurs du secteur public 267
Section 1. Champ d'application 267
A. Pensions de retraite à charge du Trésor public 268
B. Pensions de retraite qui ne sont pas à charge du Trésor public mais qui sont calculées comme les pensions des agents de l'Etat 268
C. Disposent de régimes propres de pension de retraite qui, en tout ou en partie, peuvent être différents du régime applicable aux agents de l'Etat : 269
Section 2. Prestations 269
A. Pensions de retraite 269
B. Pensions de survie 279
C. Autres avantages 283
Section 3. Adaptation des pensions 284
A. Indexation 284
B. Péréquation 284
Section 4. Règles de cumul 284
A. Pensions de retraite 284
B. Pensions de survie 286
Section 5. Retenues sur les pensions 287
Section 6. Récupérations 287
Section 7. Contrôle, gestion, paiement et contentieux 288
Section 8. Financement 288
A. Agents de l'Etat et des Ministères communautaires et régionaux 288
B. Agents des pouvoirs locaux - des organismes d'intérêt public - de la police intégrée 289
C. Agents des autres pouvoirs publics 290
V. Garantie de revenus aux personnes âgées 291
Section 1. Conditions générales d'octroi 291
A. Age 291
B. Nationalité 291
C. Résidence 292
Section 2. Montants de la garantie de revenus 292
A. La notion de partage de résidence 292
B. Montants 292
Section 3. Incidence des ressources et des pensions 293
A. Une immunisation totale est applicable 293
B. Une immunisation partielle est applicable 293
C. Calcul des ressources 293
D. Déduction des pensions 295
E. Immunisation générale lors de la déduction des ressources 295
Section 4. Demande - décision administrative - contestations 295
Section 5. Modalités de paiement 296
Section 6. Allocation de chauffage 296
Section 7. Dispositions transitoires 296
VI. Les pensions extra-légales 297
Section 1. L'assurance complémentaire des travailleurs salariés 297
A. Conditions générales d'attribution 297
B. Règles de calcul 299
C. Prestations acquises et portabilité 300
D. Organisation - contrôle 300

Section 2. Assurance complémentaire organisée par l'A.R. du 1 novembre 2003 301
Section 3. La pension libre complémentaire des indépendants 301
VII. Renseignements généraux 303
Section 1. Adresses utiles 303
A. Pensions des travailleurs salariés et garantie de revenus aux personnes âgées 303
B. Pensions des travailleurs indépendants 303
C. Pensions des travailleurs du secteur public 303
D. Pensions extra-légales 303
Section 2. Réglementation et coordinations de textes légaux 303
A. Pensions de travailleurs salariés 303
B. Pensions de travailleurs indépendants 304
C. Pensions des travailleurs du secteur public 304
D. Garantie de revenus aux personnes âgées 304
E. Pensions extra-légales de travailleurs salariés 304
F. Pension libre complémentaire des indépendants 304
Section 3. Publications 305
A. Pensions de travailleurs salariés et revenu garanti aux personnes âgées 305
B. Pensions de travailleurs indépendants 305
C. Pensions de travailleurs du secteur public 305
Titre V. Chômage 307
I. Réglementation en matière de chômage 307
Section 1. Champ d'application 307
Section 2. Bénéficiaires 307
Section 3. Journées de travail et journées assimilées 309
Section 4. Conditions d'octroi 310
Section 5. Allocations 313
A. Allocations de chômage 313
B. Allocation d'attente 314
C. Allocations familiales 314
Section 6. Paiement des allocations 314
Section 7. Exclusion et sanctions 314
Section 8. La prépension conventionnelle 315
Section 9. La prépension à mi-temps 317
II. Mise au travail et promotion de l'emploi 320
Section 1. Réduction des cotisations de sécurité sociale 320
A. Harmonisation des régimes de réduction de cotisations de sécurité sociale 320
B. Le Plan ACTIVA 326
C. Maribel social 329
D. Engagement d'employé de maison 330
E. Le bonus de l'emploi 330
F. Encourager le replacement en cas de restructuration 331

Section 2. Formation et intégration des demandeurs d'emploi 332
A. Convention de premier emploi (Rosetta) 332
B. Activation du comportement de recherche d'emploi 333
III. Financement 335
Section 1. Fonds de Fermeture d'Entreprises - financement du chômage temporaire 335
Section 2. Les retenues sur la prépension conventionnelle 335
Section 3. Financement du congé-éducation payé 336
IV. Organisation administrative 337
Titre VI. Les prestations familiales 339
I. Le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés 340
Section 1. Les assujettis 340
A. Champ d'application 340
B. Obligations incombant aux employeurs assujettis 341
Section 2. Les prestations offertes 342
A. Description 342
B. Conditions d'octroi 346
C. Le calcul et le paiement des allocations familiales 362
D. Ouverture, durée et fin du droit 363
E. Le mécanisme des dérogations 364
Section 3. Les règles de cumul 366
A. Ordre de dévolution des droits 366
B. Cumul avec d'autres prestations familiales belges 367
C. Cumul avec des prestations étrangères 368
Section 4. La prescription 368
Section 5. L'organisation administrative 369
A. Le financement 369
B. L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés 369
C. Les caisses spéciales de compensation 369
D. Les caisses de compensation libres 370
E. La caisse compétente 370
F. Les contestations 373
II. Le régime des allocations familiales pour travailleurs indépendants 374
Section 1. Principes 374
A. Les attributaires 374
B. Paiement des prestations 374
Section 2. Prestations 375
Section 3. Organisation administrative 375
III. Les allocations familiales pour le personnel du secteur public 376
Section 1. Champ d'application 376
Section 2. Les prestations offertes 376
A. Barème 376
B. Conditions d'octroi 377
C. Exclusions 377
D. Le paiement des allocations familiales 378

Section 3. Le personnel des administrations provinciales et locales 378
IV. Les prestations familiales garanties 379
Section 1. Champ d'application 379
Section 2. Les prestations offertes 379
A. Description 379
B. Conditions d'octroi 381
C. La demande, le paiement, les avances 383
Section 3. La prescription 385
Section 4. Le financement 385
Section 5. Sanctions et contestations 385
V. Renseignements généraux 387
A. Adresses utiles 387
B. Réglementation 387
C. Publications 387
Titre VII. Le risque professionnel 389
I. La réparation des accidents du travail dans le secteur privé 389
Section 1. Evolution et caractéristiques 389
A. Risque professionnel 390
B. Réparation forfaitaire 390
C. Loi d'ordre public 391
D. Assurance privée et contrôle de l'Etat 391
E. Réparation et prévention 392
F. Capitalisation et solidarité 393
G. Unique structure internationale d'une branche de sécurité sociale 393
Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties 394
A. Les personnes protégées 394
B. Les entreprises assujetties 394
Section 3. Les risques couverts 395
A. Accidents sur les lieux du travail 395
B. Accidents sur le chemin du travail 395
C. Présomption et preuve 396
Section 4. Les dommages réparés 396
A. Soins médicaux 396
B. Incapacité temporaire de travail 397
C. Incapacité permanente 398
D. Accident mortel 399
E. Frais de déplacement et de nuitée 401
F. Autres allocations 401
Section 5. Les règles d'indemnisation 402
A. Salaire de base 402
B. Taux d'incapacité 403
Section 6. L'organisation administrative 404
A. Assureurs 404
B. Fonds des accidents du travail (F.A.T.) 404
Section 7. Le financement 405
A. Assureurs-loi 405
B. Fonds des accidents du travail 406

Section 8. Procédure 406
A. Déclaration d'accident 406
B. Accidents douteux et refusés 407
C. Paiement des prestations 408
D. Entérinement des accords 409
E. Conciliation médicale 410
F. Chevauchement d'une réparation de droit commun et d'une réparation pour accident du travail 410
G. Prescription 411
H. Contestation et recours 411
Section 9. Renseignements généraux 412
A. Adresses utiles 412
B. Publications 412
C. Bibliographie 413
II. Les maladies professionnelles dans le secteur privé 414
Section 1. Evolution historique et caractéristiques 414
A. Evolution historique 414
B. Caractéristiques 415
Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties 415
A. Personnes protégées 415
B. Les entreprises assujetties 416
Section 3. Le risque couvert 416
A. Système de liste 416
B. Système hors liste 417
C. Présomptions et preuves 418
D. Prévention 418
Section 4. Les dommages réparés 419
Section 5. Le financement 420
Section 6. L'organisation administrative 421
A. Fonds des maladies professionnelles 421
B. Demandes et déclarations 421
C. Notification administrative et recours 422
Section 7. Renseignements généraux 422
A. Adresses utiles 422
B. Publications 422
C. Bibliographie 422
III. Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public 423
Section 1. Assujettissement 423
A. Champ d'application 423
B. Obligation des assujettis 424
C. Notion d'accident et d'accidents sur le chemin du travail 424

Section 2. Les prestations offertes 424
A. Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie 424
B. Remboursement des frais de déplacement 425
C. Incapacité temporaire 425
D. Incapacité permanente 425
Section 3. Situation particulière de l'accident mortel de travail 426
A. Indemnité pour frais funéraires 426
B. La rente 427
Section 4. Paiement en capital 427
Section 5. Intérêts 427
Section 6. Procédure administrative 427
A. La déclaration d'accident 427
B. L'examen médical 428
C. L'examen administratif 428
D. La décision administrative 428
Section 7. Procédure judiciaire 429
Section 8. Procédure de révision 429
A. Procédure administrative 429
B. Effets 430
Section 9. Prescription 430
Section 10. Responsabilité et subrogation 430
Section 11. Maladies professionnelles 430
Section 12. Renseignements généraux 431
A. Bibliographie 431
B. Adresse utile 432
Titre VIII. Vacances annuelles 433
I. Champ d'application 433
Section 1. Travailleurs salariés 433
Section 2. Travailleurs du secteur public 433
Section 3. Personnel des administrations provinciales et locales 434
II. Prestations des travailleurs salariés 435
Section 1. Dispositions communes aux ouvriers et employés 435
A. Différents types de vacances 435
B. Date des vacances - Etalement des vacances 435
C. Non-imputation de certains jours 436
D. Prescription 437
Section 2. Ouvriers et apprentis ouvriers 437
A. Durée des vacances 437
B. Pécule de vacances 441
Section 3. Employés et apprentis employés 443
A. Durée des vacances 443
B. Pécule de vacances 445
III. Prestations des fonctionnaires 447
Section 1. Personnel des administrations fédérales 447
A. Durée des vacances 447
B. Pécule de vacances 447

Section 2. Personnel des administrations provinciales et locales 448
A. Administrations provinciales 448
B. Administrations locales 449
IV. Financement 451
V. Organisation administrative 452
VI. Contrôle et Sanction 453
1. Contrôle 453
2. Sanction 453
VII. Renseignements généraux 454
Section 1. Adresses utiles 454
Section 2. Législation 454
Section 3. Publications de l'ONVA 454
Titre IX. Assurance sociale en cas de faillite 455

Partie III. Aide sociale non liée à une branche de la sécurité sociale 457
Titre I. Allocations aux handicapés 459
I. Prestations 459
Section 1. Bénéficiaires 459
Section 2. Conditions d'octroi communes 460
A. Condition de résidence 460
B. Condition de nationalité 460
Section 3. Montants et catégories 461
Section 4. L'enquête sur les revenus 462
A. L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration 462
B. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées 463
Section 5. Cumuls et avances 464
II. L'organisation administrative 465
Section 1. La demande 465
Section 2. La décision 465
Section 3. Paiement 465
Section 4. Suspensions 466
Section 5. Révisions et nouvelles demandes 466
Section 6. Recouvrement et prescription 467
Section 7. Organes d'avis 467
Section 8. Financement 467
III. Renseignements généraux 468
Section 1. Adresse utile 468
Section 2. Législation et réglementation 468
Section 3. Publications 468
Titre II. Le droit à l'intégration sociale 469
I. Introduction, nature du droit, organisation administrative 469
II. Conditions d'octroi 471
Section 1. La condition de nationalité 471
Section 2. La condition d'âge 471
Section 3. La condition de résidence en Belgique 471
Section 4. La condition d'insuffisance de ressources 471
A. Prise en compte des ressources d'autres personnes 471
B. Calcul des ressources prises en considération 472
C. Les ressources non prises en considération 475

Section 5. La condition de disposition au travail 477
Section 6. Des droits à d'autres prestations 477
III. Eléments du droit à l'intégration sociale 478
Section 1. Un emploi 478
Section 2. Un projet individualisé d'intégration sociale 479
Section 3. Un revenu d'intégration 480
IV. Recouvrement 482
Section 1. Récupération auprès de l'intéressé 482
Section 2. Récupération à charge des débiteurs d'aliments 482
Section 3. Récupération auprès des tiers responsables 483
V. Procédure et voies de recours 485
VI. Subventions 486
VII. Bibliographie 488
A. Adresses utiles 488
B. Réglementation 488
C. Publications 489
Titre III. Aide sociale 491
I. Caractéristiques générales de l'aide sociale 491
Section 1. L'aide sociale et les lois de réformes institutionnelles 491
Section 2. Définition de l'aide sociale et types d'aides spécifiques 491
Section 3. Recouvrement 492
II. Procédure et voies de recours 494
III. Subventions 495
IV. Renseignements généraux 497
A. Adresses utiles 497
B. Réglementation 497
C. Publications 498

Partie IV. La protection sociale au niveau international 499
Introduction 501
Titre I. Instruments de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale 503
I. Conventions bilatérales 505
Section 1. Principes 505
A. Egalité de traitement 505
B. Législation applicable 506
C. Protection des droits acquis 506
D. Exportation de prestations 507
Section 2. Dispositions spéciales en matière de prestations 508
A. Assurance-maladie 508
B. Invalidité 508
C. Vieillesse 509
D. Allocations familiales 509
E. Accidents du travail et maladies professionnelles 509
F. Chômage 509
II. Instruments multilatéraux 510
Section 1. Sécurité sociale des bateliers 510
A. Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans 510
B. Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure 510

Section 2. Convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux 511
Section 3. Conseil de l'Europe 511
A. Accords intérimaires 512
B. Convention européenne de sécurité sociale et accord complémentaire 513
C. Convention européenne d'assistance sociale et médicale 514
Section 4. Union européenne 514
A. Les sources du droit communautaire concernant la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale 514
B. Les Règlements (C.E.E.) n °1408/71 et 574/72 517
Titre II. Instruments normatifs 527
I. Organisation internationale du travail 528
II. Conseil de l'Europe 530
Section 1. Charte sociale européenne et ses Protocoles - Charte sociale européenne révisée 530
Section 2. Code européen de sécurité sociale 531
Section 3. Code européen de sécurité sociale (révisée) 531
III. Union européenne 532
Section 1. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs 532
Section 2. Directives 532
A. Directive 79/7 du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale 532
B. Directive 86/613 du Conseil du 11 décembre 1986 sur l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, y compris une activité agricole, ainsi que sur la protection de la maternité 533
C. Directive 92/85 du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail 533
D. Directive 86/378 du Conseil du 24 juillet 1986 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale 534
E. Directive 96/97 du Conseil du 20 décembre 1996 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale 534
F. Directive 98/49 (CE) du Conseil du 29 juin 1998 relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent a`l'intérieur de la Communauté 534
Section 3. Recommandations 535
A. Recommandation du Conseil du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale 535
B. Recommandation du Conseil du 24 juin 1992 portant sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale 535
IV. Organisation des Nations-Unies 536
Instruments internationaux – Bibliographie 537
Annexe -Traités bilatéraux 539
Liste des abréviations 543

Partie I.

Les différents régimes de sécurité sociale en Belgique

Titre I.
Le régime des travailleurs salariés

I. Assujettissement

Section 1. Champ d'application

A. Généralités

Le champ d'application du régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés est défini par la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs et par la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, ainsi que par les arrêtés d'exécution de ces lois.

Sauf disposition contraire dans une convention internationale ou dans un accord bilatéral, le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés est applicable à l'ensemble des travailleurs occupés sur le territoire belge dans les liens d'un contrat de travail au service d'un employeur établi en Belgique. Le régime belge de sécurité sociale est également applicable lorsque l'employeur est établi à l'étranger mais qu'il dispose d'un siège d'exploitation en Belgique d'où dépend le travailleur.

En principe, la sécurité sociale des travailleurs salariés s'applique à l'ensemble des travailleurs et des employeurs liés entre eux par un contrat de travail. L'existence d'un contrat de travail est primordiale. Un contrat de travail est un contrat par lequel une personne (le travailleur) s'engage à fournir des prestations de travail, en contrepartie d'une rémunération, sous l'autorité d'une autre personne (l'employeur). L'exercice de l'autorité implique le pouvoir (la possibilité et le droit) d'assurer la direction et d'exercer la surveillance; toutefois, l'employeur ne doit pas nécessairement exercer cette autorité de manière constante. Il suffit que l'employeur ait le droit de donner des ordres au travailleur au sujet de l'organisation et de l'accomplissement du travail convenu.

En d'autres termes, il y a contrat de travail dès qu'il apparaît de la situation de fait que les trois éléments (prestations, rémunération et lien de subordination) sont présents.

La sécurité sociale est toujours applicable indépendamment du sexe, de l'âge ou de la nationalité du travailleur et indépendamment de la durée journalière, hebdomadaire ou mensuelle des prestations de travail. Le mode et la forme des rémunérations sont également sans importance (salaire horaire, salaire selon prestations, montant fixe, pourboires, etc.).

La loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs est d'ordre public, ce qui signifie qu'elle l'emporte sur la volonté des parties.

B. Champ d'application personnel

Le champ d'application personnel du régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés est défini par la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs (1), ainsi que par son arrêté d'exécution, l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

Le régime général est ainsi applicable aux travailleurs occupés dans le cadre d'un contrat de travail ou présumés tels, aux personnes occupées sous statut pour certaines branches du régime, ainsi qu'à leurs employeurs. L'arrêté royal d'exécution prévoit des extensions de ce champ d'application, ainsi que des exclusions et des limitations.

C. Champ d'application territorial

Le régime général belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés est applicable, sous réserve de dérogations apportées par les conventions internationales et les accords internationaux, aux travailleurs occupés en Belgique au service d'un employeur établi en Belgique. Lorsque l'employeur est établi à l'étranger mais qu'il dispose d'un siège d'exploitation en Belgique dont dépend le travailleur, le régime belge de la sécurité sociale est également applicable.

En matière de sécurité sociale, le siège d'exploitation d'une société est le siège qui généralement paie les rémunérations au travailleur, exerce une autorité directe sur le travailleur et auprès duquel celui-ci fait rapport de ses activités.

Pratiquement toutes les conventions internationales prévoient des dispositions relatives au détachement de travailleurs salariés. Le détachement permet à l'employeur d'envoyer son travailleur à l'étranger pour une mission déterminée de courte durée (en particulier dans un Etat avec lequel la Belgique a signé une convention de sécurité sociale).
Pendant le détachement, le travailleur salarié demeure exclusivement assujetti au régime de sécurité sociale auquel il était soumis avant le détachement.

D. Champ d'application matériel (extensions et limitations)

Le principe général d'assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés est simple : il s'applique aux employeurs et aux travailleurs engagés dans les liens d'un contrat de travail. En outre, le régime de la sécurité sociale pour travailleurs salariés peut être étendu à certaines catégories de personnes. Il peut également être restreint.

(1) En théorie, ce sont les articles 1 et 2 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés qui déterminent le champ d'application du régime général. Toutefois, dans la mesure où ces dispositions ne sont toujours pas entrées en vigueur, ce sont les articles 1 à 4 de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs qui demeurent actuellement d'application.

1. Le contrat de travail

Un contrat de travail est le contrat par lequel une personne (le travailleur) s'engage contre rémunération à fournir des prestations de travail sous l'autorité d'une autre personne (l'employeur).

Les quatre éléments essentiels du contrat de travail sont les suivants :

a) le contrat;
b) le travail;
c) la rémunération;
d) l'autorité de l'employeur.

a) Le contrat

Un contrat de travail est une convention synallagmatique à titre onéreux, ce qui signifie qu'elle contient des obligations tant pour l'employeur que pour le travailleur, et que le travailleur s'engage à effectuer des prestations de travail sous l'autorité de l'employeur et l'employeur s'engage à payer une rémunération en contrepartie.

Un contrat de travail doit, pour être valable, répondre aux conditions de validité qui sont exigées pour n'importe quel contrat (1). Celles-ci sont :

- le consentement valable des parties qui s'engagent;
- un objet;
- une cause licite.

Le contrat de travail doit également mentionner la qualité des parties contractantes (qui est l'employeur et qui est le travailleur ?).

Un travailleur âgé de moins de 18 ans peut conclure et résilier un contrat de travail moyennant l'autorisation expresse ou tacite de son père, de sa mère ou de son tuteur. A défaut de cette autorisation, il peut y être suppléé par le tribunal de la jeunesse, à la requête du ministère public ou d'un membre de la famille. Le père, la mère ou le tuteur est préalablement entendu(e) ou appelé(e). A défaut d'un membre de la famille voulant intervenir, le mineur devra lui-même s'adresser à l'auditorat du travail pour obtenir qu'il saisisse le tribunal de cette demande.

b) Le travail

On ne conçoit pas un contrat de travail sans prestations, ces dernières doivent être licites, c'est-à-dire qu'elles doivent respecter la loi, les bonnes mœurs et l'ordre public (article 1133 du Code civil).

c) La rémunération

La détermination de la rémunération à payer par l'employeur constitue un élément essentiel du contrat de travail (2).

En contrepartie du travail fourni contractuellement, le droit à la rémunération naît automatiquement de l'exécution de la prestation demandée par l'employeur. Le salaire fait ainsi l'objet d'une créance périodique naissant dans le chef du travailleur au fur et à mesure de l'accomplissement du travail.

Si les prestations sont gratuites, il n'y a pas de contrat de travail. En l'absence d'accord des parties sur la détermination du montant de la rémunération, il n'y a également pas de contrat de travail (3).

(1) Voir article 1108 du Code civil.
(2) Cass., 2 octobre 1968, Arr. Cass., 1969, 132.
(3) Cass., 2 octobre 1968, Arr. Cass., 1969, 132.

d) L'autorité de l'employeur

La présence d'un contrat, d'une rémunération et de prestations de travail ne pose pas problème dans la plupart des cas. La difficulté réside toutefois dans la notion d'autorité et dans l'existence d'un lien de subordination. Précisément, ce lien de subordination distingue le contrat de travail d'autres contrats. La subordination du travailleur salarié à son employeur résulte du contrat qui les unit : l'employeur a le pouvoir de donner des ordres et le travailleur a en principe l'obligation de les exécuter, ce qui implique que le travail requiert certaines directives.

L'autorité de l'employeur ne doit pas être permanente. L'autorité doit pouvoir être exercée, sans qu'elle le soit de manière effective (1). Le lien de subordination implique qu'il existe une possibilité juridique d'exercer l'autorité en ce qui concerne l'organisation et l'accomplissement du travail, ce qui signifie que l'employeur peut donner à tout moment des instructions pendant l'accomplissement du travail concernant l'organisation et l'exécution du travail convenu (2). Rien n'empêche dès lors que le travailleur accomplisse son travail librement et en toute indépendance (3). Les représentants de commerce, entre autres, se trouvent dans cette situation.

La doctrine et la jurisprudence considèrent qu'un individu se trouve dans un état de subordination lorsqu'il reçoit des ordres et des instructions, qu'il a l'obligation de les respecter et qu'il est soumis à un contrôle.

Les indices de l'état de subordination sont les suivants :

- l'autorité et la surveillance exercées par l'employeur;
- la fixation des jours et heures de travail (à savoir la possibilité d'organiser le temps de travail ou non (horaire de travail));
- la durée des prestations (nombre minimal d'heures de travail);
- la participation à l'administration ou à la gestion;
- l'obligation pour le travailleur de faire rapport de son activité;
- l'obligation de consacrer tout son temps et toute son activité à un employeur déterminé;
- le mode de fixation de la rémunération (rémunération mensuelle, à la pièce, commission, service, …);
- le remboursement de frais;
- la délimitation territoriale du champ d'activité;
- le fait de bénéficier de congés annuels payés;
- etc.

Il importe de souligner qu'aucun des éléments énumérés ne suffit en soi à justifier ou à nier l'existence d'un contrat de travail; l'association de différents éléments donnera à chaque fois une indication dans le sens d'une subordination ou non.

Le lien de subordination, élément essentiel du contrat de travail permet de distinguer celui-ci du contrat d'entreprise, du contrat de société et du mandat.

Le contrat d'entreprise

Le contrat d'entreprise est le contrat par lequel une personne s'engage moyennant rémunération à effectuer pour autrui un travail déterminé. L'objet du contrat d'entreprise est un travail déterminé, un résultat. L'objet du contrat de travail est la mise à la disposition de l'employeur de la force de travail du travailleur.

L'entrepreneur se soumet aux directives générales du maître de l'ouvrage, mais il est en principe indépendant pour choisir les moyens à mettre en œuvre pour atteindre le résultat promis, ce qui n'est pas le cas pour le travailleur salarié.

(1) Cass., 18 mai 1981, Arr. Cass., 1980-81, 1080.
(2) Cass., 13 juin 1968, Arr. Cass., 1968, 1239.
(3) Cass., 25 février 1965, Pas., 1965, 652.

Le contrat de société

Le contrat de société est le contrat par lequel deux ou plusieurs personnes conviennent de mettre quelque chose en commun en vue de partager le bénéfice qui pourra en résulter.

Il faut au moins deux contractants. L'objet de la société est de faire des bénéfices en vue d'un partage, chacun des associés ayant le risque de perdre quelque chose. La rémunération en tant que contrepartie du travail, une des caractéristiques essentielles du contrat de travail, est inconnue dans le contrat de société (1).

Il faut néanmoins faire preuve de prudence. La convention que conclut un pêcheur avec un armateur aux termes de laquelle il effectue des prestations de travail contre le paiement d'une part dans les bénéfices n'est pas un contrat de société mais bien un contrat de travail si le pêcheur (le travailleur) s'engage à effectuer ces prestations sous l'autorité, la direction et la surveillance de l'armateur (l'employeur). En effet, il est d'usage dans ce secteur de recevoir une part des bénéfices comme rémunération et l'armateur n'a pas reçu son autorité de l'assemblée générale.

Le contrat de mandat

Le mandat est la convention entre mandant et mandataire, donnant à celui-ci le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant au nom de ce dernier.

Le critère de subordination permet de distinguer le mandataire du travailleur salarié. Ce n'est pas le fait de recevoir des instructions qui permet de distinguer le mandataire du travailleur salarié, mais l'employeur du travailleur engagé dans les liens d'un contrat de travail peut exiger de ce dernier qu'il justifie son emploi du temps, ce qui n'est pas le cas du mandant en ce qui concerne le mandataire.

La représentation commerciale comporte un mandat pour la négociation et pour la conclusion d'affaires commerciales, mais ledit mandat est accessoire à l'activité de représentant commercial et ce qui distingue notamment le mandataire du représentant commercial est le fait que l'employeur du représentant commercial peut demander à ce dernier de justifier son emploi du temps.

La personne à qui les gérants d'une société ont délégué des pouvoirs pratiquement illimités en vue de la gestion de la société a la qualité de mandataire de la société et est assujettie au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants. Un gérant peut cumuler son mandat de gérant avec un contrat de travail dans la société si les critères suivants sont remplis :

1° Le gérant doit, outre ses missions dans le cadre d'un contrat de mandat, remplir certaines tâches techniques et matérielles pour la société. Ces tâches doivent être juridiquement distinctes des tâches en tant que mandataire (2).
2° Une rémunération doit être payée en contrepartie des prestations de travail.
3° La preuve de l'existence d'une relation d'autorité entre la société et le gérant-travailleur doit être fournie (3).

Des contrats simulés, conclus dans le but de relever du régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés ou, au contraire, de s'y soustraire, doivent être vérifiés quant à leur contenu réel et quant à leur application, et requalifiés. Dans les faits, cette vérification n'est pas toujours aisée.

L'employeur ne peut se prévaloir de la nullité du contrat de travail (contrat de travail conclu en opposition avec la réglementation relative au travail) en vue de se soustraire à l'application du régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

(1) Cass., 25 septembre 1947, *R.C.J.B.*, 1948, 201.
(2) Cour du Travail Liège, 4 mars 1982, *J.T.T.*, 1983, 9.
(3) Cour du Travail Anvers, 18 avril 1982, *J.T.T.*, 1988, *Soc. Kron.*, 1992, 37.

En dernier lieu, ce seront les juridictions (tribunaux du travail et Cours du travail) qui détermineront la catégorie juridique à laquelle appartient la convention litigieuse dont elles auront à connaître.

2. Extensions et limitations du champ d'application matériel

Comme il a déjà été signalé, le régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés est en premier lieu applicable aux personnes liées par un contrat de travail. Mais le champ d'application du régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés peut être étendu ou limité par la loi ou - après avis du Conseil national du travail - par un arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres. Ainsi, le régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés est également applicable aux personnes qui, sans être liées par un contrat de travail, fournissent, contre rémunération, des prestations de travail sous l'autorité d'une autre personne (surtout les agents de l'Etat) ou exécutent un travail dans des conditions similaires à celles d'un contrat de travail. Le régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés peut être limité dans les mêmes conditions. Les limitations ont en principe uniquement trait au paiement des cotisations pour les branches des vacances annuelles, des allocations familiales, des pensions, des soins de santé et des indemnités de chômage.

LES ASSUJETTIS :	**ASSUJETTISSEMENT A :**
I. Personnes du secteur privé dont l'assujettissement est total - assimilation à des travailleurs ou à des employeurs :	
1. Les mandataires d'organisations non commerciales. Les personnes chargées de la gestion journalière ou de la direction journalière d'associations et d'organisations non industrielles ou commerciales et qui ne visent pas à procurer un avantage matériel à leurs membres. La direction journalière constitue l'activité principale de la personne concernée et le mandataire doit recevoir pour ces prestations une autre rémunération que le gîte et le couvert. Les organisations non commerciales sont entre autres les mutualités, les unions nationales, les organisations professionnelles, les sociétés coopératives, les A.S.B.L., etc. Est considéré comme l'employeur : le fonds, l'organisation, etc. (1)	Toutes les branches
2. Les intérimaires engagés pour être mis au travail chez des tiers. L'entreprise de travail intérimaire avec laquelle le travailleur intérimaire a conclu un contrat de travail est l'employeur (2).	Toutes les branches
3. Les travailleurs à domicile qui, dans un lieu choisi par eux et dans des conditions similaires à celles d'un contrat de travail, travaillent des matières premières ou des produits partiellement achevés que leur confie(nt) un ou plusieurs commerçants et qui n'ont pas plus de quatre aides en service sont, avec leurs aides, soumis au régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Le commerçant est considéré comme employeur à l'égard de ces travailleurs à domicile et de leurs aides (3).	Toutes les branches

(1) Article 3, 1° de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(2) Article 3, 3° du même arrêté.
(3) Article 3, 4° du même arrêté.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
4. Les personnes effectuant des transports de choses et l'entreprise qui a demandé ce transport, si les véhicules sont la propriété de l'entreprise ou si l'entreprise en finance l'achat ou garantit le financement (1).	Toutes les branches
5. Les personnes effectuant des transports de personnes auxquelles ce transport a été confié par une entreprise qui est propriétaire du véhicule, qui en finance l'achat ou qui garantit le financement. Il en va de même pour les personnes effectuant des transports de personnes auxquelles une entreprise fournit des services au sujet du transport demandé, à l'exception des chauffeurs de taxis visés au 6 ci-après (2).	Toutes les branches
6. Aux chauffeurs de taxi et aux entrepreneurs qui les exploitent, sauf s'il s'agit de : 1° chauffeurs de taxi qui sont titulaires d'une licence d'exploitation d'un service de taxis délivrée par l'autorité compétente et qui sont propriétaires du véhicule ou des véhicules qu'ils exploitent ou qui en ont la disposition par contrat de vente à tempérament qui n'est pas financé ou dont le financement n'est pas garanti par l'entrepreneur; 2° chauffeurs de taxi qui sont mandataires de la société qui exploite le véhicule et qui dispose de la licence d'exploitation, dans le sens de l'article 3, § 1er, alinéa 4, de l'A.R. n° 38 organisant le statut social des travailleurs indépendants (3).	Toutes les branches
7. Les personnes handicapées liées par un contrat d'apprentissage spécial pour la réadaptation et la formation professionnelles, prévu par la loi du 16 avril 1963, ainsi que les personnes et les centres avec lesquels ce contrat a été conclu. La personne ou cette institution est considérée comme étant leur employeur (4).	Toutes les branches
8. Les artistes (5).	Toutes les branches
9. Les étudiants occupés dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiants, visé au titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et les étudiants qui fournissent contre une rétribution et sous une autorité des prestations de travail sans être engagés dans les liens d'un contrat de travail, sous réserve de la mesure de dispense pour étudiants salariés (cf. point 3, c) (6).	Toutes les branches
10. Les médecins qui, dans le cadre de l'article 215, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, suivent une formation de médecin spécialiste. L'établissement de soins dans lequel la formation a lieu est l'employeur (7).	AMI (secteur des soins de santé et secteur des indemnités) et AF (sauf si l'établissement qui les emploie paie directement les AF aux membres du personnel ou est obligé de s'affilier à l'ONSSAPL) (8).
11. Les bénéficiaires d'une bourse de doctorat exonérée fiscalement et octroyée par une institution universitaire organisée par des personnes privées. Cette institution est considérée comme étant leur employeur (9).	Toutes les branches

(1) Article 3, 5° du même arrêté.
(2) Article 3, 5°bis du même arrêté.
(3) Article 3, 5°ter du même arrêté.
(4) Article 3, 6° du même arrêté.
(5) Article 1bis de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(6) Article 3, 8° de lA.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(7) Article 15bis du même arrêté.
(8) En vertu de l'article 1er de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et de l'article 2, §1er, 1° des lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, ces lois s'appliquent aux travailleurs assujettis en tout ou en partie à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. Pour le dire autrement, l'assujettissement à au moins une branche du régime général des travailleurs salariés emporte l'assujettissement aux branches « accidents du travail » et « maladies professionnelles ».
(9) Article 3bis de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
II. Personnes du secteur privé dont l'assujettissement est limité :	
1. Les sportifs rémunérés visés par la loi du 24 février 1978 relative au contrat de travail du sportif rémunéré. Cette loi entend par sportifs rémunérés les personnes qui s'engagent à se préparer ou à participer à une compétition ou à une exhibition sportive sous l'autorité d'une autre personne, moyennant une rémunération excédant un certain montant. Ce montant est fixé annuellement par arrêté royal. Les sportifs au sens de cette loi sont censés, sans possibilité de preuve contraire, être liés par un contrat de travail pour employés. Les sportifs rémunérés auxquels cette loi ne s'applique pas mais qui sont néanmoins liés par un contrat de travail sont également assujettis à la sécurité sociale des travailleurs salariés si la preuve de l'existence d'un contrat de travail peut être fournie (1).	Toutes les branches, sauf les V.A.
2. Les cyclistes professionnels (2).	Toutes les branches, sauf les V.A.
3. a) Le personnel des établissements de l'enseignement libre non universitaire et qui bénéficie d'une subvention-traitement à charge d'une Communauté ou d'une autre personne de droit public (3).	a) A.M.I., pensions, chômage. Si le bénéfice de la subvention-traitement donne droit à une pension à charge du Trésor public ou si le personnel est, en ce qui concerne la pension, traité de la même manière qu'un stagiaire dans l'enseignement communautaire, l'application de la sécurité sociale est limitée à l'A.M.I. (soins de santé).
b) Le personnel visé au point 3. a) rémunéré directement par le pouvoir organisateur (4).	b) Toutes les branches
4. a) Le personnel académique des établissements de l'enseignement libre universitaire, qui bénéficie d'une subvention-traitement à charge d'une Communauté ou d'une autre personne de droit public (5).	a) A.M.I. (soins de santé), allocations familiales si engagement à partir du 01/01/1999.
b) Tous les membres du personnel des établissements de l'enseignement libre universitaire, qui bénéficient d'une subvention-traitement à charge d'une Communauté ou d'une autre personne de droit public, à l'exception du personnel académique (6).	b) Toutes les branches
5. a) Le personnel de services privés d'orientation scolaire et professionnelle ou de centres privés psycho-médico-sociaux bénéficiant d'une subvention-traitement à charge d'une Communauté (7).	a) A.M.I., pensions, chômage

(1) Article 6 du même arrêté.
(2) Article 6bis du même arrêté.
(3) Article 7, §1er, du même arrêté.
(4) Idem
(5) Article 7, §3, du même arrêté.
(6) Idem a contrario.
(7) Article 8, alinéa 1, du même arrêté.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
b) Le personnel de services privés d'orientation scolaire et professionnelle ou de centres privés psycho-médico-sociaux bénéficiant d'une subvention-traitement à charge d'une Communauté, se créant des titres à une pension d'Etat prévue par la loi du 31 juillet 1963 (1).	b) A.M.I. (soins de santé)
6. Les travailleurs occasionnels occupés par un employeur relevant de la Commission paritaire pour les entreprises horticoles, sauf les employeurs s'occupant de la cueillette des champignons ou de l'implantation et de l'entretien de parcs et jardins Ces travailleurs ne peuvent être occupés que pendant 65 jours maximum par année civile chez un ou plusieurs employeurs (2). N.B. Cette possibilité s'applique également aux travailleurs manuels qui ressortissent à la Commission paritaire pour le travail intérimaire (3).	Toutes les branches, sauf les V.A.
7. Les travailleurs occasionnels occupés par un employeur relevant de la Commission paritaire de l'agriculture, pour autant que le travailleur soit exclusivement occupé sur les propres terres de l'employeur. Ces travailleurs ne peuvent être occupés que pendant 30 jours maximum par année civile chez un ou plusieurs employeurs (4). N.B. Cette possibilité s'applique également aux travailleurs manuels qui resortissent à la Commission paritaire pour le travail intérimaire (5).	Toutes les branches, sauf les V.A.
8. Les travailleurs domestiques internes (6).	Toutes les branches, sauf les allocations familiales.
9. Les apprentis industriels auprès des classes moyennes ou les stagiaires en formation de chef d'entreprise, ainsi que les travailleurs soumis à l'obligation scolaire à temps partiel mis au travail par une convention d'insertion socioprofessionnelle reconnue par les Communautés et les Régions dans le cadre de l'enseignement scolaire à horaire réduit jusqu'au 31 décembre de l'année civile pendant laquelle les intéressés ont atteint l'âge de 18 ans (7).	V.A. ATTENTION : à partir du 1er janvier de l'année pendant laquelle ces personnes atteignent l'âge de 19 ans, elles relèvent de "toutes les branches".
10. Les travailleurs soumis à l'obligation scolaire à temps partiel titulaires d'un contrat de travail jusqu'au 31 décembre de l'année civile pendant laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans (8).	Toutes les branches, sauf les pensions. ATTENTION : à partir du 1er janvier de l'année pendant laquelle ces personnes atteignent l'âge de 19 ans, elles relèvent de "toutes les branches".
11. Les accueillants d'enfants (9).	Toutes les branches, sauf les pensions. En matière de chômage, une réglementation spécifique a été élaborée à titre de compensation partielle de la perte de revenus dont est victime un gardien ou une gardienne d'enfants, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté en raison de l'absence temporaire d'enfants qu'il ou elle accueille habituellement (10).

(1) Article 8, alinéa 2, du même arrêté.
(2) Article 8bis, alinéas 1 et 2, du même arrêté.
(3) Article 8bis, alinéa 2, 3°, du même arrêté.
(4) Article 8bis, alinéa 3, du même arrêté.
(5) Article 8bis, alinéa 2, 3°, du même arrêté.
(6) Article 5 du même arrêté.
(7) Article 4 du même arrêté.
(8) Article 5bis du même arrêté.
(9) Article 8ter du même arrêté.
(10) Article 7, § 1er, alinéa 3, (q) de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
12. Les travailleurs occasionnels occupés chez un employeur ressortissant à la Commission paritaire de l'industrie hôtelière (ceux qu'on appelle les "extras" dans le secteur HORECA). Ces travailleurs peuvent être occupés au minimum 45 jours par année civile chez un ou plusieurs employeurs (1) et uniquement pendant les 45 jours qualifiés par l'employeur comme jours d'activité exceptionnelle, qui nécessitent de faire appel à du personnel supplémentaire. N.B. Depuis le 1er avril 2004, cette possibilité s'applique également à l'employeur qui ressortit à la Commission paritaire pour le travail intérimaire, si l'utilisateur ressortit à la Commission paritaire de l'industrie hôtelière (2).	Toutes les branches, sauf les V.A.
III. Personnel du secteur public	
1. L'Etat, les Communautés et Régions, les provinces, et les établissements subordonnés aux provinces :	
a) les agents sous statut, nommés à titre définitif ou (ré)engagés à l'armée (sauf fonctions à l'étranger, lorsque la résidence administrative y est également établie) (3).	A.M.I. (soins de santé)
b) les agents contractuels (4).	A.M.I., pensions, chômage
c) les stagiaires de l'Etat, des Communautés et des Régions (sauf préavis pour cause d'inaptitude) (5).	A.M.I. (soins de santé)
d) les personnes titulaires d'un mandat dans une fonction de management ou désignées dans une fonction d'encadrement (6).	A.M.I. (soins de santé) + pensions
2. Les communes, établissements subordonnés aux communes, et associations de communes, agglomérations de communes et les organismes publics qui en relèvent :	
a) les agents sous statut, nommés à titre définitif (7).	A.M.I. (soins de santé)
b) les agents contractuels (8).	A.M.I., pensions, chômage
3. Les organismes d'intérêt public et les entreprises publiques autonomes :	
a) les mandataires rémunérés, dont l'activité principale consiste dans la gestion ou la direction journalière (sauf s'ils bénéficient d'un régime statutaire de pension (9).	Toutes les branches

(1) Article 8 quater, § 1er de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(2) Article 8quater, § 3, du même arrêté.
(3) Article 9, § 1er, alinéa 2, du même arrêté.
(4) Article 9, § 1er alinéa 1 du même arrêté.
(5) Article 9, § 1er, alinéa 4 du même arrêté.
(6) Article 9, § 1er, alinéa 3, du même arrêté.
(7) Article 10, § 1er, alinéa 2, du même arrêté.
(8) Article 10, § 2, du même arrêté.
(9) Article 11, § 1er, du même arrêté.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
b) le personnel sous statut qui ne peut faire valoir des droits à la pension, soit en vertu de la loi du 28 avril 1958, soit en vertu d'une loi ou d'un règlement autre que la législation instituant un régime de pensions pour travailleurs salariés (1).	A.M.I., allocations familiales (sauf si ces établissements sont obligés de payer directement les allocations familiales aux membres de leur personnel ou sont obligés de s'affilier à l'O.N.S.S.A.P.L.), pensions, chômage
c) le personnel contractuel des organismes d'intérêt public (2).	A.M.I., allocations familiales (sauf si ces établissements sont obligés de payer directement les allocations familiales aux membres de leur personnel ou sont obligés de s'affilier à l'O.N.S.S.A.P.L.), pensions, chômage
d) le personnel contractuel des entreprises publiques autonomes (3).	Toutes les branches
e) le personnel contractuel du Vlaamse Vervoersmaatschappij et de la Société wallonne de Transport (4).	Toutes les branches
f) le personnel sous statut qui ne peut faire valoir des droits à la pension, soit en vertu de la loi du 28 avril 1958, soit en vertu d'une loi ou d'un règlement autre que la législation instituant un régime de pensions pour travailleurs salariés (5).	A.M.I. (soins de santé), allocations familiales (sauf si ces établissements sont obligés de payer directement les allocations familiales aux membres de leur personnel ou sont obligés de s'affilier à l'O.N.S.S.A.P.L.)
g) le personnel statutaire de la S.N.C.B., qui peut prétendre à l'intervention de ses œuvres sociales (6).	A.M.I. (soins de santé), allocations familiales si engagement à partir du 01/01/1999
4. Les Communautés, les provinces, les établissements subordonnés aux provinces, les communes, les établissements subordonnés aux communes, les associations de communes, les agglomérations et les organismes d'intérêt public :	
a) le personnel académique et le personnel scientifique de l'enseignement universitaire (7).	A.M.I., pensions, chômage
b) le personnel enseignant et le personnel administratif de l'enseignement non universitaire (8).	A.M.I., pensions, chômage

(1) Article 11, § 2, alinéa 1er, du même arrêté.
(2) Article 11, § 3, du même arrêté.
(3) Idem. Sont visées les entreprises suivantes : La Poste, Belgacom, Belgocontrol, la S.N.C.B. et B.I.A.C. (Brussels International Airport Company).
(4) Article 11, § 3, du même arrêté.
(5) Article 11, § 2, alinéa 2, du même arrêté.
(6) Article 11, § 2, alinéa 3, du même arrêté.
(7) Article 12, § 1er, alinéa 1, du même arrêté.
(8) Idem.

LES ASSUJETTIS :	ASSUJETTISSEMENT A :
c) les membres du personnel académique et scientifique de l'enseignement universitaire, et du personnel enseignant et administratif de l'enseignement non universitaire qui : - soit se créent des titres à une pension à charge du Trésor en vertu d'une loi ou d'un régime autre que la législation instituant un régime de pensions pour travailleurs salariés; - soit stagiaires dans l'enseignement d'une Communauté; - soit sont mis, en matière de pensions, sur le même pied que ces stagiaires (1).	A.M.I. (soins de santé)
d) le personnel académique autonome nommé à titre définitif et pour le personnel administratif et technique nommé à titre définitif de l'Universitaire Instelling Antwerpen (U.I.A.) du Limburgs Universitair Centrum (L.U.C.), l'Universiteit Gent et l'Universitair Centrum Antwerpen (2).	A.M.I. (soins de santé)
e) les ministres des cultes, les délégués du Conseil central laïque et les aumôniers de prison qui reçoivent un traitement à charge des pouvoirs publics (sauf fonction à l'étranger sur ordre de l'organe représentatif compétent) (3).	A.M.I. (soins de santé)
(5) Les wateringues et polders : les receveurs-greffiers, les gardes et les éclusiers (4).	Toutes les branches
6. Certains bénéficiaires d'une bourse (5).	
a) de l'institut pour l'encouragement des recherches scientifiques dans l'industrie et l'agriculture;	Toutes les branches
b) du Fonds national de la recherche scientifique (y compris les aspirants);	Toutes les branches
c) du collège interuniversitaire d'études doctorales dans les sciences du management.	Toutes les branches
d) d'un mandat de recherche octroyé par l'Institut flamand pour la promotion de la recherche scientifique-technologique dans l'industrie;	Toutes les branches
e) d'une bourse de doctorat ou d'une bourse de post doctorat faisant l'objet d'une exonération fiscale et attribuée par l'un des organismes fédéraux cités à l'art. 2 de l'A.R. du 5 juillet 1996 (M.B. du 29 août 1996) ou par une institution universitaire d'une Communauté. Ces institutions sont considérées comme étant leur employeur.	Toutes les branches
7. Les bénéficiaires de certaines des bourses précitées qui ne bénéficient ni de l'application du Règlement 1408/71 du Conseil de l'Union Européenne du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, ni de l'application d'un traité bi- ou multilatéral relatif à la sécurité sociale conclu par le Royaume de Belgique (6). Ces institutions sont considérées comme étant leur employeur.	A.M.I., allocations familiales, les V.A.
8. a) Les bourgmestres et échevins (7), ainsi que les présidents de C.P.A.S. (8), exerçant une activité de salarié ou d'indépendant mais qui ne sont pas couverts en matière de soins de santé en vertu de leur activité de salarié ou d'indépendant (9).	A.M.I., chômage et AF
b) Les bourgmestres et échevins (10), ainsi que les présidents de C.P.A.S. (11), n'exerçant pas une activité salariée ni une activité à titre indépendant.	A.M.I., chômage et AF

(1) Article 12, § 1er, alinéa 2, du même arrêté.
(2) Article 12, § 3, du même arrêté.
(3) Article 13 du même arrêté.
(4) Article 14 du même arrêté.
(5) Article 15, § 1, du même arrêté.
(6) Article 15, § 2, du même arrêté.
(7) Article 19, § 4, alinéa 1er, a contrario, de la Nouvelle loi communale du 24 juin 1988.
(8) Article 37quater, alinéa 1er, a contrario, de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés.
(9) Les bourgmestres, échevins et présidents de C.P.A.S. qui exercent une activité d'indépendant sont assujettis au statut social de travailleurs indépendants.
(10) Article 19, § 4, alinéa 2 de la Nouvelle loi communale précitée.
(11) Article 37quater, alinéa 2, de la loi précitée du 29 juin 1981.

3. Exclusions du champ d'application matériel

Les marins de la marine marchande ne font pas partie du champ d'application matériel de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Un régime distinct de sécurité sociale est prévu pour cette catégorie (1). Autrefois, une loi distincte réglait également la sécurité sociale des ouvriers mineurs (2). Il est à remarquer que, depuis le 1er janvier 2003, le régime des ouvriers mineurs est complètement intégré au régime général (3).

Cela étant, sont exclus du champ d'application matériel de la loi :

a) Le travail occasionnel (4)

Le travail occasionnel est le travail effectué pour les besoins du ménage de l'employeur ou de sa famille, pour autant que ce travail ne dépasse pas 8 heures par semaine chez un ou plusieurs employeurs. Si la limite maximale de 8 heures par semaine est dépassée, l'intéressé est obligatoirement assujetti à la sécurité sociale des travailleurs salariés.

On parle souvent à ce sujet d'"autres gens de maisons que les domestiques". Les deux catégories suivantes de travailleurs correspondent à la notion d'"autres gens de maisons que les domestiques" :

- les personnes qui fournissent des prestations de nature intellectuelle pour le ménage (exemple: baby-sitter, infirmiers et infirmières privé(e)s, dame de compagnie);
- les personnes qui fournissent des prestations manuelles qui ne peuvent être considérées comme des prestations manuelles ménagères (exemples : chauffeur privé, homme à tout faire, jardinier).

b) Les travailleurs liés par un contrat ALE (agence locale pour l'emploi) (5)

Les travailleurs qui fournissent des prestations de travail dans le cadre d'un contrat ALE et leurs employeurs ne relèvent pas de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

c) Le travail d'étudiant (6)

En principe, l'étudiant est assujetti à la sécurité sociale des travailleurs.

L'étudiant échappe cependant à l'assujettissement s'il remplit toutes les conditions suivantes :

- ne pas travailler plus de 23 journées de travail pendant les vacances scolaires (juillet, août, septembre);
- ne pas avoir été assujetti à la sécurité sociale des travailleurs en raison d'une activité exercée chez l'employeur qui l'occupe pendant cette période, au cours de l'année scolaire ou académique qui précède les vacances d'été (l'étudiant n'est pas considéré comme assujetti s'il a été occupé chez le même employeur pendant les périodes de présence non obligatoire dans les établissements d'enseignement dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiants);
- travailler dans les liens d'un contrat d'occupation d'étudiants (voir point 1.3).

---

(1) L'arrêté-loi du 7 février 1945 concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande.
(2) L'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.
(3) L'article 2, § 3, de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés dispose que « le régime général de la sécurité sociale des travailleurs et le régime particulier des ouvriers mineurs sont fusionnés de manière à former un régime unique ». En vertu de cet article, le Roi peut fusionner le régime des marins de la marine marchande et le Règlement général pour les travailleurs salariés en un seul régime pour l'ensemble des travailleurs.
(4) Article 16 de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(5) Article 16bis du même arrêté.
(6) Article 17bis du même arrêté.

Un exemplaire de ce contrat de travail ne doit plus être transmis dans les sept jours après l'entrée en service à l'Inspection des lois sociales du Service public fédéral (S.P.F.) Emploi, Travail et Conciliation sociale [ex-Ministère fédéral de l'Emploi et du Travail]. C'est une conséquence de l'introduction de la déclaration immédiate de l'emploi (DIMONA) pour les étudiants par laquelle un certain nombre de données supplémentaires doit être communiqué à l'Office national de sécurité sociale.

Bien que l'étudiant salarié ne soit pas assujetti à la sécurité sociale, la cotisation de solidarité sur le travail d'étudiant est due depuis 1997. Elle s'élève à 7,5% de la rémunération brute de l'étudiant salarié. L'employeur paie 5%, l'étudiant salarié 2,5%. L'employeur doit retenir la part de la cotisation de solidarité à charge de l'étudiant lors du paiement de la rémunération. Il la verse en même temps que sa propre part à l'O.N.S.S. dans les mêmes délais et conditions que les cotisations ordinaires de sécurité sociale.

Une occupation dans le secteur socioculturel et lors de manifestations sportives (cf. infra) dans les conditions exposées ci-après n'empêche pas la dispense d'assujettissement.

d) Les domestiques qui ne sont pas logés chez leur employeur (1)

Les domestiques accomplissent principalement des tâches ménagères telles que la lessive, le repassage, le nettoyage, la vaisselle, … pour le ménage de leur employeur ou sa famille. L'employeur doit être une personne physique.

Les domestiques qui ne sont pas logés chez leur employeur ne sont pas assujettis à la sécurité sociale des travailleurs lorsque :

- le domestique ne travaille jamais 4 heures par jour ou plus chez le même employeur;
- le domestique fournit des prestations journalières de 4 heures ou plus chez plusieurs employeurs ensemble, mais que la somme de ces prestations journalières n'atteint pas au total 24 heures.

Les domestiques qui sont logés chez leur employeur sont toujours assujettis à la sécurité sociale des travailleurs.

e) Les 25 journées de travail par année civile (2)

Cet article a trait à deux catégories de travailleurs : les travailleurs occupés au repiquage des plants de houblon, à la cueillette du houblon et du tabac et au nettoyage et au triage des ypréaux et qui effectuent un travail manuel et occasionnel et les travailleurs occupés chez un employeur qui relève de la Commission paritaire pour les entreprises horticoles et ce dans le cadre d'une période d'intense activité saisonnière ou occasionnelle qui ne peut dépasser 25 jours par an.

1. Conditions pour le non-assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés en ce qui concerne les travailleurs occupés au repiquage des plants de houblon, à la cueillette du houblon et du tabac et au nettoyage et au triage des ypréaux et qui effectuent un travail manuel et occasionnel :

1° L'occupation ne peut dépasser 25 journées de travail par année civile.
2° Ces travailleurs ne peuvent être assujettis dans le courant de la même année civile en raison d'une activité exercée dans les mêmes secteurs.
3° Les périodes pendant lesquelles l'occupation peut avoir lieu sans assujettissement à la loi sont fixées pour chacun des secteurs concernés :

- repiquage et cueillette du houblon : respectivement du 1er avril au 1er juin et du 25 août au 10 octobre, pour autant que cette occupation ne dépasse pas huit jours de travail dans le courant de la première période;

(1) Article 18 du même arrêté.
(2) Article 17ter du même arrêté.

- cueillette du tabac : du 10 juillet au 10 septembre;
- nettoyage et triage des ypréaux : du 1er janvier au 28 février et du 5 novembre au 31 décembre.

2. Conditions pour le non-assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés en ce qui concerne les travailleurs occupés auprès d'un employeur qui relève de la Commission paritaire pour les entreprises horticoles :

1° Il s'agit uniquement du personnel saisonnier ou occasionnel qui n'est pas occupé comme travailleur régulier dans le secteur agricole ou horticole.
2° L'occupation auprès d'un ou de plusieurs employeurs qui relèvent de la Commission paritaire pour les entreprises horticoles ne peut dépasser 25 journées de travail par année civile.
3° L'employeur doit mentionner ces travailleurs dans le document social unique du secteur de l'horticulture, visé dans l'A.R. du 30 décembre 1991 instituant un document social unique dans le secteur de l'horticulture.
Sur simple demande adressée par l'Office national de sécurité sociale à l'employeur, les données énoncées dans le document social unique doivent lui être communiquées, le cas échéant par écrit.
L'employeur qui ne tient pas ou tient de façon incomplète le document social unique pour les travailleurs qu'il occupe dans le cadre de cet article, perd le bénéfice de la dispense.

f) les 25 journées de travail pour le secteur socioculturel et sportif (1)

Les occupations ci-dessous ne donnent pas lieu à l'assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés, pour autant que l'occupation au cours d'une année civile (c.-à-d. du 01/01 au 31/12) ne dépasse pas 25 journées de travail chez un ou plusieurs employeurs et pour autant que l'employeur déclare chaque occupation au préalable à l'Inspection sociale du Service public fédéral (S.P.F.) Sécurité sociale [ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement].

1° L'Etat, les Communautés, les Régions et les administrations provinciales et locales affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (O.N.S.S.-A.P.L.), pour les personnes qu'ils occupent dans un emploi qui entraîne des prestations de travail, exercées :

- en tant que chef responsable, intendant, économe, moniteur ou moniteur adjoint dans les cycles de vacances sportives pendant les vacances scolaires, les journées ou les parties de journées libres dans l'enseignement;
- en tant qu'animateur d'activités socioculturelles et sportives pendant les journées ou les parties de journées libres dans l'enseignement;
- à titre de démonstration, d'initiation ou de conférence qui ont lieu après 16 h 30 ou pendant les journées ou les parties de journées libres dans l'enseignement.

2° La Radio-Télévision belge de la Communauté culturelle française (RTBF), la Vlaamse Radio en Televisie (VRT), et la Belgische Rundfunk-und Fernsehzentrum (BRF), pour les personnes reprises à leur cadre organique du personnel qui, par ailleurs, sont occupées en qualité d'artiste;

3° L'Etat, les Communautés, les Régions, les administrations provinciales et locales de même que les employeurs organisés en tant qu'association sans but lucratif ou en société à finalité sociale dont les statuts stipulent que les associés ne recherchent aucun bénéfice patrimonial, qui organisent des colonies de vacances, plaines de jeux et campements de sport pour les personnes qu'ils occupent en qualité d'intendant, d'économe, de moniteur ou de surveillant exclusivement pendant les vacances scolaires;

(1) Article 17 du même arrêté.

4° Les organisations de formation socioculturelle et/ou d'initiation sportive reconnues par un Ministère de l'Education ou un Ministère des Communautés pour les personnes que ces organisations occupent en tant qu'animateur, chef ou moniteur, soit en dehors des heures normales de travail ou scolaires ou pendant les vacances, soit pendant 25 jours au maximum par an;

5° Les pouvoirs organisateurs des écoles subsidiées par une Communauté et les personnes qu'elles occupent comme animateur d'activités socioculturelles et sportives pendant les journées ou parties des journées libres dans l'enseignement;

Pour la sécurité sociale, les journées de travail sont les journées pendant lesquelles des prestations de travail sont effectivement fournies, et ce indépendamment de leur durée. En d'autres termes, dès qu'il y a une heure de travail, il s'agit d'une journée de travail. Il est à remarquer que pour le calcul de cette limite de 25 jours au cours de la même année civile, non seulement les journées de travail comme "moniteur" sont prises en considération, mais également les journées de travail lors de manifestations sportives.

6° Les personnes occupées par les organisateurs de manifestations sportives exclusivement le jour de la manifestation sportive. En ce qui concerne les organisateurs de manifestations sportives, la déclaration se fait sur un registre constitué à cet effet. Cette disposition n'est pas d'application aux sportifs rémunérés.

g) Le régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés n'est également pas applicable aux établissements de soins du secteur privé et du secteur public, aux services d'orientation scolaire et professionnelle, aux centres psycho-médico-sociaux et aux services de contrôle médical scolaire, en ce qui concerne les médecins qu'ils occupent, si les deux conditions suivantes sont remplies simultanément (1) :

1° les médecins exercent en dehors de ces institutions une activité indépendante comme activité principale, de sorte qu'ils relèvent du statut social des travailleurs indépendants et qu'ils paient les cotisations complètes dans ce régime;
2° les médecins de ces institutions reçoivent pour l'activité professionnelle dans ces institutions une rémunération totalement ou partiellement variable (c.-à-d. dépendante de la répartition des honoraires).

Il faut cependant signaler que les médecins qui, dans le cadre de la procédure d'agrément comme stipulé dans la loi relative à l'assurance maladie-invalidité, suivent une formation de médecin spécialiste dans des établissements de soins, relèvent de l'application de la sécurité sociale des travailleurs salariés mais uniquement pour l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité (soins de santé et indemnités), les allocations familiales, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ils doivent également payer des cotisations pour le congé-éducation payé.

h) Les pompiers volontaires (2)

Les pompiers volontaires qui font partie d'un service d'incendie ou d'une association intercommunale d'incendie constitués en vertu de la loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile et la commune ou l'association intercommunale qui les occupe ne sont pas assujettis à la sécurité sociale des travailleurs salariés à condition que la rémunération qu'ils reçoivent pour leurs activités comme pompiers volontaires ne dépasse pas le montant de 785,95 EUR (indexés) par trimestre. A partir du quatrième trimestre de 2004, le montant limite s'élève à 867,77 EUR bruts par trimestre.

(1) Article 1er, §3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(2) Article 17quater de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

i) Les bénévoles (1)

Un bénévole qui effectue gratuitement, d'une manière désintéressée, dans un rapport plus ou moins organisé (c.à.d. pour le compte d'un club, d'une fédération, d'une association, d'une institution, d'une instance publique ou de toute autre organisation qui ne poursuit pas un but lucratif), des activités dans l'intérêt d'autrui et dans l'intérêt de la collectivité.

Depuis le 1er janvier 2005, ces personnes peuvent toucher une indemnité forfaitaire de 27,37 EUR maximum par jour, et de 1.094,79 EUR maximum par an. Ces indemnités sont considérées comme étant la compensation forfaitaire de frais réels pour :

- les déplacements (au moyen de transport privé ou commun, au départ de et vers l'organisation de bénévoles, ainsi que les déplacements nécessaires à l'exercice du bénévolat, par exemple, un déplacement au départ de et vers une maison de retraite);
- les frais de séjour (boissons et repas);
- tous les autres frais pour lesquels il n'est pas courant de produire des pièces justificatives en raison de la somme modique (téléphone, fax, utilisation d'un PC, internet, correspondance, documentation, petit matériel, etc.).

Les bénévoles et les organisations qui font appel aux bénévoles ne doivent pas payer de cotisations sociales sur ces indemnités forfaitaires touchées lorsque les conditions cumulées de l'arrêté royal sont réunies. En d'autres termes, il doit s'agir :

- des activités exercées pour le compte d'un club, d'une fédération, d'une association, d'une institution, d'une instance publique ou de toute autre organisation qui ne poursuit pas un but lucratif;
- des activités exercées dans l'intérêt d'autrui et dans l'intérêt de la collectivité;
- le bénévole perçoit maximum 27,37 EUR par jour et 1.094,79 EUR par année civile.

Dès qu'une de ces conditions n'est pas réunie, les compensations accordées perdent immédiatement leur statut d'indemnités de frais. Cette perte aboutit automatiquement à des cotisations sociales dues sur le total des indemnités touchées. Les montants maximaux sont personnels, c.-à-d. qu'il s'agit de maxima dépendant du bénévole. Les indemnités ne pourront pas dépasser les maxima pour toutes les activités volontaires du bénévole auprès de différentes organisations.

Section 2. La notion de rémunération

A. Introduction

La notion de rémunération dans le régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés constitue la base pour le calcul, d'une part, des cotisations de sécurité sociale et, d'autre part, des prestations de sécurité sociale en guise de revenu de remplacement. Ce dernier aspect sera traité dans les différents chapitres. Cette section vise à exposer sur quels avantages des cotisations de sécurité sociale sont dues.

L'application de la notion de rémunération fait toujours l'objet de grandes polémiques, entre autres étant donnée la flexibilité en matière de composition de la rémunération. Nous pensons ici aux participations aux bénéfices, aux primes d'ancienneté, aux chèques-repas, aux compléments aux prestations de sécurité sociale, aux primes de départ, etc.

(1) Article 17quinquies du même arrêté.

Dans le cadre de cette section, il est impossible d'aborder chacune des problématiques. L'objectif principal est de procurer un aperçu de cette matière compliquée, en faisant des références à certains arrêts prononcés en la matière par la Cour de cassation.

B. Bases

La définition ci-dessous de la notion de rémunération en fonction de laquelle sont calculées les cotisations de sécurité sociale est basée, d'une part, sur les dispositions de la loi du 12 avril 1965 sur la protection de la rémunération des travailleurs, appelée également loi de protection de la rémunération (1).
D'autre part, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, élargir ou limiter la notion de rémunération (2). Cette possibilité a déjà été utilisée à plusieurs reprises (voir plus loin au point C.2).

C. Délimitation

1. Principe

1.1. Définition

L'article 2 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs, dispose que par 'rémunération', il faut entendre :

« 1° le salaire en espèces auquel le travailleur a droit à charge de l'employeur en raison de son engagement;
2° le pourboire ou service auquel le travailleur a droit en raison de son engagement ou en vertu de l'usage;
3° les avantages évaluables en argent auxquels le travailleur a droit à charge de l'employeur en raison de son engagement ».

Cette définition de la notion de rémunération comporte quatre conditions qui doivent être remplies simultanément (3) :

- avantage en espèces ou évaluable en argent;
- droit du travailleur aux avantages;
- en raison de son engagement;
- à charge de l'employeur;

- Avantage en espèces ou évaluable en argent

Cet aspect concerne l'octroi d'une somme d'argent ou l'octroi d'un avantage non pécuniaire qui est évaluable en espèces.

- Droit du travailleur aux avantages

La notion de rémunération implique l'idée d'un droit du travailleur à charge de l'employeur.

---

(1) Art. 23 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, M.B., 2 juillet 1981.
(2) Art. 19 et 19bis de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
(3) Van Steenberge, J., en Yorens, Y., Het loonbegrip, Brugge, die Keure, 1995.

Les sources de droit dont il puise ce pouvoir, sont multiples : la loi, une convention ou un règlement conclu au sein de l'entreprise, une convention collective de travail rendue obligatoire ou non, le contrat de louage de travail individuel, soit par écrit, soit verbal, l'usage, un engagement unilatéral ou un statut (pour ceux qui travaillent dans le secteur public).
En principe, toutes les prestations payées aux travailleurs en raison de leur contrat de travail sont assimilées à une rémunération. Concrètement, les cotisations de sécurité sociale ne seront donc pas uniquement dues sur la rémunération brute proprement dite, mais également sur de nombreux autres avantages.

Certains avantages sont de véritables gratifications sans être la contrepartie du travail fourni et ne constituent pas une rémunération pour cette raison s'il n'existe pas d'autre fondement juridique. Il doit cependant s'agir d'avantages que l'employeur accorde spontanément à l'occasion d'un événement particulier dans l'entreprise (par exemple le 50ème anniversaire de l'entreprise) ou dans la vie personnelle du travailleur (par exemple d'importants dégâts causés par un incendie à la maison du travailleur), pour autant qu'il n'existe pas de tradition dans l'entreprise pour octroyer ces avantages et qu'aucun droit ne puisse être exercé par le travailleur, et qu'il n'y ait pas de lien direct avec l'occupation (1) (2).

- En raison de son engagement

Cette condition doit être interprétée de façon très large. Par rémunération, il faut non seulement entendre les avantages dûs au travailleur en contrepartie pour le travail effectué, mais aussi tous les avantages auxquels il a droit et qui ont un lien quelconque avec l'occupation.

- A charge de l'employeur

La notion de rémunération peut contenir toutes sortes d'avantages, indépendamment du fait qu'ils soient ou non octroyés par l'employeur lui-même, pour autant qu'ils soient à sa charge. Autrement dit : des avantages payés par des tiers (par exemple des fonds de sécurité d'existence) ne seront donc pas nécessairement exclus de la notion de rémunération.

1.2. Dans la pratique

Les exemples ci-dessous indiquent quels sont les avantages qui, compte tenu des principes énoncés, appartiennent à la rémunération sur laquelle sont calculées les cotisations, sans pour autant exclure d'autres cas. Il est clair qu'il s'agit d'une liste indicative et non pas exhaustive :

- les rémunérations et les traitements proprement dits;
- le montant équivalant aux avantages en nature;
- les commissions;
- les pourboires et le service prévus dans le cadre de l'occupation ou imposés par l'usage;
- les avantages dont l'octroi ne résulte pas d'un contrat, d'un règlement, d'un usage ou d'un statut mais octroyés en contrepartie du travail fourni, sans devoir rechercher un autre fondement juridique pour l'octroi de ces avantages;
- les gratifications, les primes, les rétributions de toute nature, les participations aux bénéfices ainsi que tout autre avantage octroyé en contrepartie d'un travail ou en vertu d'une convention, d'un règlement, d'un usage, d'un engagement unilatéral ou d'un statut (3);

(1) Lenaerts, H., Conclusions Cass., 20 avril 1977, R.W., 1977-1978, 1871.
(2) Cass., 26 novembre 1979, J.T.T., 1980, 8, avec remarque Van Langendonck, J.
(3) Cass., 11 septembre 1995, Arr. Cass., 1995, 767.

- la rémunération pour les jours fériés légaux et pour les jours qui remplacent un jour férié officiel tombant un dimanche ou pour les jours où il n'est habituellement pas travaillé;
- la rémunération journalière, hebdomadaire ou mensuelle garantie, due en vertu de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, ainsi qu'en vertu des lois relatives aux contrats de travail pour les bateliers et les marins pêcheurs, en cas de suspension du contrat de travail suite à un accident ou une maladie;
- la rémunération due aux ouvriers en vertu de la loi, lorsque l'employeur a suspendu totalement l'exécution du contrat ou a instauré un régime de travail partiel sans respecter les dispositions légales concernant les formalités de publicité ou les dispositions limitant le délai de la suspension totale ou du régime de travail partiel;
- la rémunération due pour les jours d'absence auxquels a droit le travailleur en préavis pour chercher un nouvel emploi;
- la rémunération que les employeurs ou un tiers à leur charge paient directement pour les jours supplémentaires des vacances annuelles;
- la rémunération due pour les jours de petit chômage (événements familiaux, obligations civiques ou missions civiles), le congé politique (loi du 19 juillet 1976) et le congé-éducation payé;
- les avantages que l'employeur octroie au travailleur au terme du contrat de louage de travail, lorsque ce contrat connaît une fin normale;
- la part des sommes constituant un remboursement des coûts qui sont à charge de l'employeur, et qui dépasse le montant des coûts réels (1).

2. Exclusions en ce qui concerne la notion de rémunération

Un certain nombre d'avantages sont explicitement exclus de la notion de rémunération. Ces exclusions sont énumérées aux articles 19, §2 et 19bis de l'A.R.du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs. Il s'agit, *entre autres*, des avantages suivants, dont la liste ci-après n'est pas exhaustive :

- certaines indemnités dues par l'employeur en raison de la cessation du contrat de travail ; les indemnités d'éviction du représentant de commerce, les indemnités dues par l'employeur lorsque celui-ci ne respecte pas ses obligations légales, contractuelles ou statutaires.
- Attention : par exception à cette règle, sont considérées comme de la rémunération : les indemnités dues pour rupture soit de l'engagement à durée indéterminée par défaut du respect du délai de préavis ou de la partie de ce délai restant à courir, soit de l'engagement à durée déterminée ou pour un travail nettement défini par rupture avant l'expiration du terme ou l'achèvement du travail ; les indemnités prévues aux articles 16 à 18 de la loi du 19 mars 1991 portant un régime de licenciement particulier pour les délégués du personnel au conseil d'entreprise et aux comités de sécurité, d'hygiène et d'embellissement des lieux de travail ainsi que pour les candidats-délégués du personnel, de l'indemnité visée à l'article 20 de la convention collective de travail conclue le 24 mai 1971, concernant le statut des délégations syndicales du personnel des entreprises et de l'indemnité payée par l'employeur au cas où ce dernier et le travailleur mettent fin de commun accord au contrat de travail.
- Les sommes qui constituent le remboursement des frais que le travailleur a exposés pour se rendre de son domicile au lieu de son travail, ainsi que des frais dont la charge incombe à l'employeur, et ce, aux conditions énumérées à l'article 19, §2, 4°, de l'arrêté précité du 28 novembre 1969. Une nouvelle cotisation de solidarité est toutefois due par tout employeur qui met à la disposition de son travailleur, de manière directe ou indirecte, un véhicule destiné à un usage autre que strictement professionnel et ce quelle que soit la contribution financière de l'employé dans le financement et/ou l'utilisation de ce véhicule. Cette cotisation est calculée en fonction du taux de CO2 émis par le véhicule et du type de carburant utilisé.
  Le déplacement domicile-lieu de travail est considéré comme étant un trajet à titre privé pour lequel la cotisation de solidarité est due.

(1) Cass., 9 octobre 1989, Arr. Cass., 1989-1990, 183.

- L'indemnité que l'employeur doit payer aux chômeurs temporaires pour les jours fériés pendant la période de suspension du contrat de travail.
- L'indemnité légale d'éviction redevable aux représentants de commerce licenciés.
- Les cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de bons de paiement, dénommés chèques-cadeaux, si leur montant annuel total ne dépasse pas 35 EUR par travailleur et 35 EUR par enfant à charge du travailleur et s'ils sont distribués à l'occasion des fêtes de la Saint-Nicolas, de Noël ou du Nouvel-An.
  Les cadeaux en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux, remis à un travailleur lorsqu'il reçoit une distinction honorifique, si leur montant annuel total ne dépasse pas 105 EUR par travailleur.
  Les cadeaux en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux, remis à un travailleur à l'occasion de sa mise à la retraite, si leur montant ne dépasse pas 35 EUR par année de service complète que le travailleur a effectuée chez l'employeur et si leur montant total est d'au moins 105 EUR et de maximum 875 EUR.
  Les chèques-cadeaux visés aux alinéas précédents ne peuvent être échangés qu'auprès des entreprises qui ont conclu préalablement un accord avec les émetteurs de ces bons de paiement, ils doivent avoir une validité limitée dans le temps et ne peuvent être payés en espèces au bénéficiaire.
- Les chèques-repas qui ne sont pas accordés en guise de remplacement ou de conversion de rémunération, de primes, d'avantages en nature, ou de tout autre avantage, si, en même temps, les six conditions de l'alinéa 2 de l'article 19bis sont remplies.
- L'indemnité spéciale forfaitaire fixée par convention collective du travail et destinée aux travailleurs des établissements et services ressortissant à la Commission paritaire des maisons d'éducation et d'hébergement (Commission paritaire 318), pour autant qu'ils soient agréés et subsidiés par la Communauté ou la Région dont ils relèvent, constituée de la prime de camps pour les séjours de vacances qui sont organisés par lesdits établissements et services. Cette prime est octroyée pour trente jours au maximum par an aux membres du personnel accompagnant, à titre de compensation de leurs charges ou frais réels supplémentaires. Elle s'élève au maximum à 28,48 EUR par jour.
- Les indemnités payées pour des prestations supplémentaires au personnel enseignant ou autre pour la surveillance dans l'enseignement maternel et primaire ou pour l'accompagnement d'élèves dans le cadre du transport d'élèves.
- L'avantage retiré des options sur actions, tel que défini à l'article 42 de la loi du 26 mars 1999 relative au plan d'action belge pour l'emploi 1998 et portant des dispositions diverses. Si le prix d'exercice de l'option est inférieur à la valeur, au moment de l'offre, des actions sur lesquelles porte l'option, cette différence est néanmoins considérée comme une rémunération. Lorsque l'option est assortie, au moment de l'offre ou jusqu'à l'échéance de la période d'exercice de l'option, de clauses qui ont pour effet d'octroyer un avantage certain au bénéficiaire de l'option, cet avantage doit être considéré comme étant une rémunération (article 43, § 8, de la loi du 26 mars 1999 précitée).
- Les réductions, à charge de l'employeur, sur le prix normal des produits fabriqués ou vendus ou des services fournis par l'employeur, aux conditions énumérées à l'article 19, §2, 19°, de l'arrêté précité du 28 novembre 1969.

Section 3. Obligations de l'employeur.

A. Immatriculation à l'Office national de sécurité sociale (ONSS)

L'employeur qui engage pour la première fois du personnel assujetti doit demander son immatriculation à l'ONSS.

Cette même obligation incombe à l'employeur qui n'était plus immatriculé pendant une certaine période, suite au fait qu'il n'occupait plus de personnel assujetti, lorsqu'il engage à nouveau des travailleurs assujettis.

L'employeur qui n'occupe pas de personnel pendant tout un trimestre doit en aviser l'O.N.S.S. au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre en vue de la radiation de son immatriculation. A défaut de déclaration endéans ce délai, l'employeur est redevable d'une indemnité forfaitaire de 495,79 EUR à titre de sanction.

A partir du 1er janvier 2003, la déclaration immédiate à l'emploi (Dimona) s'impose à tous les employeurs, tant du secteur public que du secteur privé, pour tous leurs travailleurs (à quelques exceptions près). Cela a pour conséquence qu'à partir de cette date, ils sont obligés de communiquer immédiatement à l'O.N.S.S. chaque engagement et chaque fin de contrat de travailleurs.
Cette déclaration doit se faire par avis électronique.
La déclaration Dimona va de pair avec un certain nombre de simplifications administratives relatives à la tenue de certains documents sociaux. Les employeurs ont par ailleurs accès à certaines données recueillies par différentes administrations.
Des renseignements complémentaires relatifs à la déclaration Dimona peuvent être obtenus auprès du centre de contact Eranova, téléphone 02 511 51 51, e-mail : centredecontact@eranova.fgov.be.

La déclaration immédiate d'emploi (DIMONA) pour un premier employé met automatiquement la procédure d'immatriculation en tant qu'employeur en marche. Par conséquent, il n'est plus nécessaire qu'un nouvel employeur faisant une déclaration DIMONA se présente en vue de l'obtention de son numéro d'immatriculation.

Depuis le 1er janvier 2005, chaque entreprise doit être identifiée à la Banque Carrefour des Entreprises (BCE) et posséder un numéro unique d'entreprise.
Ce numéro d'entreprise permet à l'ONSS de prévenir la BCE en cas d'acquisition ou de perte de la qualité d'employeur ou de tout autre changement subi par l'employeur.
Chaque entreprise peut si elle le désire être identifiable uniquement par son numéro unique d'entreprise.
A terme, le numéro d'entreprise sera le seul identifiant d'une entreprise et remplacera le numéro d'immatriculation ONSS.

B. Déclarations trimestrielles

L'employeur doit, dans le mois qui suit chaque trimestre, faire parvenir une déclaration à l'ONSS. Cette déclaration est établie sur le formulaire fourni par l'ONSS.

Ce formulaire comprend un cadre comptable ainsi que des relevés nominatifs du personnel. La déclaration pour le deuxième trimestre comprend également des cadres statistiques.

L'employeur renvoie ce formulaire à l'ONSS au plus tard le dernier jour du mois qui suit chaque trimestre civil qui concerne la déclaration. Les secrétariats sociaux d'employeurs reconnus disposent, à ce sujet, d'un délai supplémentaire de vingt jours après cette date.

L'employeur pourra également renvoyer des parties de déclaration par la voie électronique. Pour ce faire, il devra obtenir l'autorisation préalable et formelle de la Direction Informatique de l'ONSS.

Lorsque l'employeur ne transmet pas la déclaration et ses annexes ou s'il la transmet de façon incomplète ou erronée, l'ONSS établit d'office le montant de la cotisation due, à l'aide des éléments dont il dispose déjà ou après avoir reçu tous les renseignements utiles chez l'employeur même. A titre de sanction civile pour avoir omis de remettre, dans les délais, les documents et annexes, une indemnisation est imposée à l'employeur concerné.

C. Paiement des cotisations

A chaque paiement de salaire, l'employeur doit retenir le montant des cotisations incombant aux travailleurs (la cotisation du travailleur). Il y ajoute la part des cotisations qui lui incombent (la cotisation patronale). Pour certaines catégories de travailleurs, les cotisations sont calculées sur un montant forfaitaire au lieu de l'être sur la rémunération brute (par exemple pour les marins pêcheurs, les sportifs, certains tra-

vailleurs rémunérés totalement ou partiellement au pourboire). Ce montant forfaitaire varie selon les professions exercées. L'employeur ne peut récupérer à charge du travailleur le montant de la cotisation qu'il aurait omis de retenir en temps utile.

Le montant total ainsi obtenu doit, comme on l'a déjà exposé, être transféré à l'Office national de sécurité sociale, sous la responsabilité de l'employeur.

L'employeur paye les cotisations trimestriellement. Celles-ci doivent parvenir à l'O.N.S.S. au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre, à savoir :

1er trimestre	2ème trimestre	3ème trimestre	4ème trimestre
30 avril	31 juillet	31 octobre	31 janvier

L'employeur qui, au cours d'un trimestre déterminé, a déclaré des cotisations dont le montant dépasse 6.197,34 EUR est tenu de verser, pour le trimestre suivant, au plus tard le 5 de chaque mois qui suit chacun des mois de ce dernier trimestre, une provision égale à 30% du montant des cotisations dues pour l'avant-dernier trimestre échu. Cette règle subit une exception lorsque les provisions à payer sont relatives au quatrième trimestre, soit pour les 5 novembre, 5 décembre et 5 janvier au plus tard, les provisions s'élèvent respectivement à 35 %, 35 % et 20 % du montant des cotisations du deuxième trimestre de la même année. Au cas où l'employeur concerné n'était pas redevable de cotisations pour l'avant-dernier trimestre échu, il doit payer dans les délais précités, à titre de provision sur les cotisations du trimestre, une somme de 421,42 EUR par mois par travailleur occupé (cette somme n'est pas due pour les ouvriers pour lesquels, pour la même période, l'employeur a effectivement payé la provision de 619,73 EUR prévue à l'article 34bis de l'A.R. du 28 novembre 1969 pris en éxécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, lorsqu'ils relèvent du champ d'application de la Commission paritaire de la construction). Lorsque le montant de ces 30% excède le montant de 30% des cotisations probables du trimestre en cours, l'employeur est autorisé à réduire la provision à ce dernier montant sans préjudice de l'application d'une majoration en cas d'insuffisance des provisions ainsi payées.

La différence entre la somme des provisions mensuelles et le montant de l'ensemble des cotisations à payer pour le trimestre doit être transférée à l'ONSS au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre.

Les secrétariats sociaux agréés disposent de délais supplémentaires pour transmettre les cotisations de leurs membres affiliés à l'ONSS.

D. Les secrétariats sociaux d'employeurs

Il convient de remarquer que de nombreux employeurs sont affiliés auprès d'un secrétariat social agréé. Ce dernier accomplit, en leurs lieu et place, les diverses formalités relatives aux déclarations trimestrielles et il se charge du paiement des cotisations.

Pour être agréé par le Ministre des Affaires sociales, le secrétariat social doit :

- être constitué en A.S.B.L. conformément à la loi du 27 juin 1921 et avoir pour but exclusif d'accomplir, au nom et pour le compte des membres et des affiliés, les formalités auxquelles ils sont astreints en leur qualité d'employeur;
- compter parmi ses membres fondateurs une organisation représentative d'employeurs qui poursuit un but non lucratif. Cette organisation représentative d'employeurs doit comporter au moins deux représentants au conseil d'administration du secrétariat social;

- grouper soit au moins 300 employeurs affiliés soit au moins 100 employeurs affiliés occupant ensemble au moins 5.000 travailleurs. Cet agrément peut être retiré par le Ministre des Affaires sociales.

E. Les sanctions

1. Les sanctions civiles

Lorsque les cotisations ne sont pas payées au moment déterminé, une majoration de cotisations est appliquée à titre de sanction. Elle se monte à 10% du montant non payé.

Lorsque les provisions ne sont pas payées au moment déterminé, une majoration de cotisations est appliquée à titre de sanction. Elle est égale à une indemnité forfaitaire qui est fonction de la "tranche" de cotisations déclarées pour le trimestre concerné. Elle oscille entre 123,95 EUR et 12.394,68 EUR et se cumule avec la sanction prévue à l'alinéa précédent.

En outre, un intérêt de retard de 7% l'an est dû si les paiements ne sont pas effectués dans les délais prévus. Il court à partir de l'échéance de ces délais jusqu'au jour où le paiement est effectué.

Le défaut de remise à l'Office National de Sécurité sociale de la déclaration trimestrielle et des annexes requises donne lieu à paiement de la part de l'employeur d'une indemnité forfaitaire de 495,79 EUR augmentée de 247,89 EUR par tranche de 24.789,35 EUR de cotisation au-delà de 49.578,70 EUR.

L'employeur qui n'occupe pas de personnel pendant tout un trimestre et qui omet d'en informer l'O.N.S.S. au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre se verra appliquer comme sanction une indemnité forfaitaire de 495,79 EUR.

Ces sanctions peuvent, cependant, être tempérées car le Comité de gestion de l'ONSS est compétent pour accorder, sous certaines conditions, une exonération totale ou partielle de ces majorations et intérêts.

2. Les sanctions pénales

Outre les sanctions existantes, les personnes redevables de cotisations à l'ONSS et qui refusent de les payer, peuvent être condamnées soit à une amende de 26 EUR à 500 EUR. Cette amende est appliquée autant de fois qu'il y a de travailleurs au sujet desquels une infraction a été commise, avec un maximum de 2.478,94 EUR et/ou à une peine de prison de 8 jours à 3 mois, soit à l'une de ces deux peines seulement. L'employeur est d'office condamné au paiement des arriérés de cotisations, aux majorations de cotisations et aux intérêts de retard.

En cas de manœuvres frauduleuses, le juge condamne d'office l'employeur au paiement à l'ONSS d'une indemnité égale au triple des cotisations éludées.

Le délai de prescription de l'action publique est de 5 ans à compter du fait qui a donné naissance à l'action.

F. Le contentieux (relatif à la perception des cotisations de sécurité sociale)

1. La citation devant le tribunal du travail

Le moyen le plus usité par l'ONSS est la citation devant le tribunal du travail, du débiteur qui ne remplit pas son obligation de cotiser.

L'action de l'ONSS contre le débiteur ou de l'employeur contre l'ONSS en ce qui concerne le remboursement de cotisations indues est prescrite après cinq ans. Depuis la loi du 25 janvier 1999 une lettre recommandée suffit à interrompre la prescription.

2. La poursuite devant le tribunal correctionnel

Dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire lorsque l'employeur assujetti est de mauvaise foi, l'auditorat du travail intentera, à la demande de l'ONSS, une action pénale, dans laquelle l'Office se constituera partie civile au procès pour réclamer les arriérés. Cette action pénale est prescrite cinq ans après le fait se trouvant à la base de l'action.

3. La contrainte

La loi du 27 juin 1969 (art. 40) avait introduit une innovation permettant à l'ONSS de se constituer un titre exécutoire et de s'adresser directement au débiteur pour obtenir paiement de la dette. Ce moyen ne pouvait cependant être mis en œuvre que dans les conditions prévues par la loi.

Cette disposition a été remplacée par la loi du 4 août 1978 qui, tout en permettant toujours à l'ONSS de procéder par voie de contrainte, a laissé au Roi le soin de régler les conditions et modalités de cette procédure.
L'A.R. du 5 août 1991 entré en vigueur le 1er octobre 1991 (M.B. du 10 septembre 1991) a organisé le recouvrement par voie de contrainte de certaines sommes dues à l'ONSS.
Signalons enfin que l'ONSS dispose, d'un privilège général sur les biens meubles de son débiteur qui prend rang sous l'article 19, 4ter, de la loi du 16 décembre 1851 sur les privilèges et hypothèques. Ce privilège peut être exercé pendant 5 ans, à compter du jour où les cotisations sont exigibles ou à compter du jour où le montant dû est notifié à l'employeur par lettre recommandée à la poste, si l'ONSS établit la déclaration d'office.

Section 4. Mesures en vue de lutter contre la fraude sociale et le travail clandestin

Lors de l'élaboration de la politique de lutte contre les pratiques frauduleuses des pourvoyeurs de main-d'œuvre, qui consistent dans l'occupation de personnel non déclaré et dans le défaut de paiement des cotisations de sécurité sociale, un régime de responsabilité solidaire a été élaboré. Ce régime repose sur les principes de la responsabilité solidaire du contractant et de la responsabilité en chaîne des contractants mais il tient également compte du devoir de retenue et du principe de l'exonération de responsabilité lorsque le cocontractant est enregistré et qu'il n'est pas débiteur de cotisations de sécurité sociale. Ce régime de responsabilité solidaire ne s'applique pas au commettant personne physique dans la mesure où il fait exécuter des travaux de construction à des fins strictement privées.

Le commettant ou l'entrepreneur qui fait appel à un entrepreneur ou à un sous-traitant non enregistré est solidairement responsable des dettes sociales de celui-ci, à concurrence de 50 p.c. du prix total des travaux confiés à l'entrepreneur ou au sous-traitant non enregistré.

Lorsque des travaux déterminés sont donnés en sous-traitance, chaque entrepreneur ou sous-traitant à qui des travaux sont confiés est également solidairement responsable de la dette sociale de chaque sous-traitant non enregistré intervenant après lui dans l'exécution de ces travaux. Cette responsabilité solidaire est aussi limitée à 50 p.c. du prix total des travaux confiés à l'entrepreneur non enregistré.

Dans la mise en œuvre de la responsabilité, l'ordre de la cascade est respecté. Il s'ensuit que l'entrepreneur qui a fait appel au sous-traitant non enregistré sera sollicité avant que l'on ne remonte la cascade.

Les dettes sociales comportent :

1° le paiement à l'ONSS des sommes dues en application de la législation et de la réglementation en matière de sécurité sociale des travailleurs salariés, relatives aux trimestres au cours desquels les travaux concernés ont été exécutés ainsi qu'aux trimestres précédents;
2° le paiement des cotisations dues à un Fonds de sécurité d'existence relatives aux trimestres au cours desquels les travaux concernés ont été exécutés ainsi qu'aux trimestres précédents.

Outre la responsabilité solidaire du commettant qui a fait appel à un entrepreneur non enregistré, il incombe également au commettant, lors de chaque paiement à un entrepreneur non enregistré, de retenir et de verser à l'ONSS, 15 p.c. du montant dont il est redevable.

Outre la responsabilité solidaire de l'entrepreneur qui fait appel à un sous-traitant, il incombe également à l'entrepreneur lors de chaque paiement à un sous-traitant de retenir et de verser à l'ONSS 35 p.c. du montant dont il est redevable.

Lorsque la retenue de 15 p.c. ou de 35 p.c. n'a pas été versée à l'ONSS, par le commettant ou par l'entrepreneur, ces derniers sont redevables à l'ONSS d'une majoration de cotisations égale au montant de la retenue.

L'entrepreneur qui n'a pas effectué le versement de la retenue de 35 p.c. lorsque le sous-traitant n'était pas enregistré au moment de la conclusion de la convention est responsable des dettes sociales du sous-traitant.

L'entrepreneur qui paie une facture à un sous-traitant qui est enregistré au moment du paiement, est dispensé de l'obligation de retenue si le sous-traitant n'est pas débiteur au moment du paiement. A cette fin, l'Office National de Sécurité sociale crée une banque de données accessibles au public, qui a force probante.

Tout entrepreneur principal est tenu, avant de commencer un chantier, de fournir préalablement à l'ONSS toutes les informations requises pour estimer l'importance du chantier et, le cas échéant, d'en identifier les sous-traitants.

Cette obligation ne vaut pas pour les entrepreneurs principaux qui ne font pas appel à un sous-traitant, pour des chantiers dont le montant total des travaux qui leur ont été confiés, non compris la taxe sur la valeur ajoutée, est inférieur à 24.789,35 EUR (1).

(1) Art. 69, § 1er, de la loi du 4 août 1978 de réorientation économique (M.B. 17 août 1978).

En outre, chaque sous-traitant était obligé de transmettre quotidiennement à l'entrepreneur principal une liste des travailleurs qu'il occupe sur le chantier. L'entrepreneur principal, lui, était obligé de tenir un livre journal pour chacun des chantiers.

A partir du 1er juillet 1994, les dispositions concernant la liste quotidienne et le livre journal ont été remplacées par un système obligeant tout travailleur occupé sur un chantier à être en possession d'une carte d'identité sociale (CIS) valable ou d'une demande pour obtenir une telle carte. Le nouveau régime porte instauration d'une déclaration préalable avant toute occupation. Il convient de souligner le contrôle sur ceux qui utilisent des travailleurs occupés en Belgique et qui restent soumis à un régime de sécurité sociale étranger dans l'Union européenne.

Chaque personne chez laquelle ou pour laquelle sont employés ces travailleurs, est tenue de communiquer par écrit, le premier jour de la présence des travailleurs, au service de l'Inspection sociale du SPF-Sécurité sociale [ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement], les noms des personnes ne pouvant pas présenter la preuve de leur détachement. Les personnes exonérées de cette obligation de déclaration ont été désignées par le Roi (1).

Finalement, pour être complet, il faut signaler que différents délais de prescription ont été prolongés de 3 à 5 ans, entre autres pour l'action publique en cas d'infraction à la loi du 27 juin 1969 (2).

(1) A.R. du 6 décembre 1978 désignant les personnes dispensées de l'obligation imposée par l'article 69, § 1er, de la loi du 4 août 1978 de réorientation économique (M.B. 2 février 1979).
(2) Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales (M.B. 30 avril 1996).

II. Le financement

L'article 22 de la loi du 29 juin 1981, établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, dispose que celle-ci est financée par :

- la solidarité des travailleurs et des employeurs sous forme de cotisations de sécurité sociale;
- la solidarité nationale sous forme de subventions de l'Etat;
- des recettes à déterminer par la loi;
- des legs, des emprunts et des intérêts de capitaux.

Jusqu'en 1994, ces recettes, hormis celles qui étaient affectées au Fonds pour l'équilibre financier de la sécurité sociale, étaient définies séparément pour chaque branche. Mais depuis le 1er janvier 1995, une gestion financière globale a été mise en place au sein de l'ONSS et les différentes branches sont, depuis lors, financées en fonction de leurs besoins. Ceux-ci correspondent à la différence entre leurs dépenses totales et les recettes propres qu'elles perçoivent encore.

Section 1. Les cotisations sur les rémunérations

Au regard de leur nature juridique, les cotisations sont généralement considérées comme de la "parafiscalité". De fait, les cotisations présentent certaines analogies avec les ressources fiscales. D'une part, les unes et les autres sont des contributions obligatoires affectées au fonctionnement d'un service public; d'autre part, les règles relatives à la perception et au recouvrement des cotisations sont inspirées, dans une certaine mesure, des principes du droit fiscal (procédure de la contrainte par exemple). Il n'est cependant pas possible d'identifier entièrement les cotisations aux impôts de l'Etat (d'où le terme de parafiscalité) : les cotisations de sécurité sociale ne sont pas régies par les règles constitutionnelles de l'annualité et de l'universalité de l'impôt.

Les cotisations perçues par l'ONSS sont calculées par trimestre, en pourcentage du montant brut non plafonné de la rémunération due aux travailleurs assujettis (même si la rémunération n'a pas été effectivement payée), avant déduction du précompte professionnel. Une partie des cotisations est à charge de l'employeur et une autre partie est à charge du travailleur.

Le tableau ci-après donne un aperçu des taux de cotisation qui s'appliquent aux travailleurs en fonction des secteurs auxquels ils sont soumis et qui étaient en vigueur au 1er janvier 2005.

Les cotisations sociales pour le premier trimestre 2004						
Régimes	Ouvriers			Employés		
	En % de la rémunération brute à 108 %			En % de la rémunération brute		
	Travail-leur	Em-ployeur	Total	Travail-leur	Em-ployeur	Total
Cotisation globale (1)						
Pensions	7,50	8,86	16,36	7,50	8,86	16,36
Maladie-invalidité						
Soins de santé	3,55	3,80	7,35	3,55	3,80	7,35
Indemnités	1,15	2,35	3,50	1,15	2,35	3,50
Chômage	0,87	1,46	2,33	0,87	1,46	2,33
Allocations familiales		7,00	7,00		7,00	7,00
Accidents du travail		0,30	0,30		0,30	0,30
Maladies professionnelles		1,02	1,02		1,02	1,02
	13,07	**24,79**	**37,86**	**13,07**	**24,79**	**37,86**
Autres cotisations générales						
Vacances annuelles (2)		6,00	6,00			
Congé-éducation payé		0,04	0,04		0,04	0,04
Plan d'accompagnement des jeunes qui suivent un parcours d'insertion professionnelle		0,05	0,05		0,05	0,05
Accueil des enfants		0,05	0,05		0,05	0,05
Groupe à risque		0,10	0,10		0,10	0,10
Modération salariale		7,48	7,48		7,48	7,48
Cotisation chômage						
(10 travailleurs ou plus)		1,60	1,60		1,60	1,60
modération salariale		0,09	0,09		0,09	0,09
Fermeture d'entreprise						
Missions classiques 1 à 19 travailleurs		0,25	0,25		0,25	0,25
modération salariale		0,01	0,01		0,01	0,01
20 travailleurs ou plus		0,29	0,29		0,29	0,29
modération salariale		0,02	0,02		0,02	0,02
Chômage temporaire		0,22	0,22		0,22	0,22
Modération salariale		0,01	0,01		0,01	0,01
Total général						
1 à 9 travailleurs	13,07	39,00	52,07	13,07	33,00	46,07
10 à 19 travailleurs	13,07	40,69	53,76	13,07	34,69	47,76
20 travailleurs ou plus	13,07	40,74	53,81	13,07	34,74	47,81

(1) Pour les employeurs et les travailleurs soumis à tous les secteurs de la sécurité sociale, les cotisations par secteur ont été remplacées par une cotisation globale.
(2) Non compris la cotisation de 10,27% calculée sur les rémunérations brutes de l'année précédente à 108%, à payer au plus tard le 30 avril.

Exemple :

Pour un salaire mensuel brut de 1.487,36 EUR, un employé, travaillant dans une entreprise de moins de 10 travailleurs, est redevable de 13,07% de cotisations sociales, soit 194,40 EUR. Pour l'employeur**,** les cotisations sont de 33,00%**,** soit 490,83 EUR (moins une éventuelle réduction des cotisations de sécurité sociale). L'employeur versera chaque mois 1.292,96 EUR sur le compte de l'employé, moins bien entendu le précompte professionnel versé au fisc, et il versera chaque trimestre la somme de 2.055,69 EUR (moins une éventuelle réduction de cotisations) à l'O.N.S.S. (3x (194,40 + 490,83). Pour l'employeur, le coût salarial mensuel est de 1.978,19 EUR (moins une éventuelle réduction de cotisations).

Les cotisations du tableau supérieur ci-dessus sont rassemblées en une cotisation globale en fonction des branches auxquelles le travailleur est assujetti. Ainsi pour le travailleur assujetti à l'ensemble des branches de la sécurité sociale des travailleurs salariés, la cotisation globale est de 37,86%, dont 13,07% sont supportés par le travailleur et 24,79% par l'employeur. Cette cotisation globale est répartie entre les secteurs en fonction de leurs besoins financiers respectifs et non en fonction des taux indiqués dans le tableau (cf. E. La gestion globale).

En plus des cotisations mentionnées ci-dessus, les employeurs doivent verser des cotisations spéciales à l'ONSS. Ces cotisations spéciales sont régulièrement instaurées pour les raisons les plus diverses. Les cotisations spéciales ont peu de choses en commun, si ce n'est que l'employeur (ou un autre débiteur) doit les verser via l'ONSS. Ainsi, il existe la cotisation spéciale pour le congé-éducation, la cotisation de modération salariale, la cotisation spéciale pour la sécurité sociale, la cotisation spéciale pour le Fonds de fermeture des entreprises, la cotisation sociale pour les fonds de sécurité d'existence, la cotisation spéciale pour l'accueil d'enfants destinée au Fonds des équipements et services collectifs, la cotisation spéciale pour la mise au travail de groupes à risques destinée au Fonds pour l'emploi, etc. Le Fonds pour l'emploi et le Fonds de fermeture des entreprises servent au financement de la branche chômage. Enfin, il existe aussi des cotisations patronales sur les pensions complémentaires, les prépensions et le temps partiel dont il sera question plus loin.

La notion de rémunération, les modalités de perception et de recouvrement, les sanctions et le contentieux sont exposés dans la section 3.

Section 2. Les subventions de l'Etat

La loi du 26 juillet 1996, portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions, fixe le montant de la subvention destinée à la gestion globale à 4.665,4 millions d'EUR, indexés chaque année. A partir de 2002, ce montant de base est réduit de 28,6 millions d'EUR en compensation de certaines mesures concernant les cotisations de sécurité sociale prises dans le cadre de la réforme des polices. Par ailleurs, les subventions en faveur de la pension d'invalidité du régime des ouvriers mineurs et des assurances maladie-invalidité et chômage du régime des marins de la marine marchande, déterminées par la différence entre les dépenses et les recettes propres de ces régimes, sont aussi versées à la gestion globale.

Section 3. Réduction des cotisations pour la promotion de l'emploi

Un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires ont été prises aux fins de promouvoir l'emploi et de réduire les cotisations patronales de sécurité sociale. Ces réductions sont soit forfaitaires, soit calculées en pourcentage des rémunérations. Elles peuvent prendre également la forme d'une exonération. Pour les références à ces textes, nous conseillons aux lecteurs de consulter les instructions générales à l'usage des employeurs qui sont rédigées par l'ONSS.

1. La réduction structurelle des cotisations de sécurité sociale

Deux systèmes de réductions de cotisations patronales ont été supprimés au 1er avril 1999 : la réduction Maribel (une réduction forfaitaire de cotisations pour l'occupation de travailleurs manuels) et la réduction pour les bas salaires (cette mesure visait à favoriser le travail peu qualifié). Ces deux systèmes ont été remplacés par la réduction structurelle des cotisations patronales de sécurité sociale qui a pour objectif de ramener les cotisations patronales à la moyenne de nos pays voisins dans un délai de 6 ans.

Le système de réduction structurelle s'applique aux travailleurs qui sont assujettis à l'ensemble des branches du régime de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

La réduction des cotisations est fixée en fonction de l'importance de la rémunération (la réduction est inversement proportionnelle à l'importance de la rémunération) de la durée de l'occupation, de la catégorie à laquelle appartient un travailleur.

On distingue trois catégories de travailleurs.

– catégorie 1 : les travailleurs qui n'appartiennent pas à une des deux catégories suivantes;

– catégorie 2 : les travailleurs qui entrent en considération pour le Maribel social à l'exception des travailleurs qui relèvent de la Commission paritaire pour les services d'aides familiales et d'aides seniors et des travailleurs occupés dans une entreprise de travail adapté;

– catégorie 3 : les travailleurs occupés dans une entreprise de travail adapté.

La réduction structurelle des cotisations de sécurité sociale peut être cumulée avec la réduction groupe-cible et avec le Maribel social du secteur non marchand.

Le montant maximum de la réduction est fonction de la catégorie de travailleur à laquelle on appartient et de la tranche salariale dans laquelle on se situe.

Les entreprises de travail adapté bénéficient d'un système de réduction spécifique.

2. Les réductions groupe-cible

Outre la réduction structurelle, l'employeur peut bénéficier d'une des six réductions groupe-cible.

2.1. Travailleurs âgés

Cette réduction groupe-cible s'élève à un montant forfaitaire par trimestre pour les travailleurs à partir de l'âge de 57 ans. Cette réduction était auparavant incorporée dans la réduction structurelle.

2.2. Demandeurs d'emploi de longue durée

Cette réduction groupe-cible est principalement destinée aux demandeurs d'emploi depuis une période dont la durée est déterminée notamment en fonction de l'âge. Si l'intéressé est également chômeur indemnisé, son allocation peut être activée. Cette activation est également possible pour les personnes qui bénéficient d'une prestation d'un CPAS.
Outre la réduction groupe-cible 'Demandeurs d'emploi de longue durée', des systèmes particuliers sont prévus pour les travailleurs dans le cadre d'un programme de transition professionnelle et pour l'économie sociale d'insertion.
Cette réduction groupe-cible succède au plan Activa, aux réductions pour les programmes de transition professionnelle et à l'Economie sociale d'insertion.

2.3. Premiers engagements

Cette réduction groupe-cible permet à l'employeur de bénéficier pendant les cinq premières années après l'engagement d'un premier travailleur d'une réduction pendant 20 trimestres pour un travailleur par trimestre. Un deuxième et un troisième travailleur entrent également en considération pour la réduction de cotisations mais pour une durée plus limitée.

La réduction groupe-cible premiers engagements succède aux Plans Plus, mais sous une forme beaucoup plus souple. Ainsi, la personne engagée ne doit remplir aucune condition en matière de chômage ou de revenu d'intégration.

Lorsque l'employeur s'affilie à un secrétariat social agréé, il peut également bénéficier, pendant les trimestres au cours desquels il demande la réduction premier travailleur, d'une intervention trimestrielle de 36,45 euros dans les frais de secrétariat.

2.4. Jeunes Travailleurs

La quatrième réduction groupe-cible a trait aux jeunes travailleurs peu qualifiés, engagés dans le cadre d'une convention de premier emploi.
Cette réduction groupe-cible succède aux réductions dans le cadre du système Rosetta et intègre en outre l'A.R. n° 495 (système de conventions travail-formation et réductions pour jeunes soumis à l'obligation scolaire à temps partiel et pour apprentis).

2.5. Réduction collective de la durée du travail et semaine de quatre jours

Cette réduction groupe-cible prévoit une réduction forfaitaire lorsque l'employeur instaure, pour une catégorie de personnel, une réduction de la durée du travail d'au moins 1 heure et ce pour une durée indéterminée. La réduction est octroyée pendant 8, 12 ou 16 trimestres lorsque la durée de travail diminue respectivement à 37, 36 ou 35 heures semaine, une réduction groupe-cible de 4 trimestres est octroyée lorsque la semaine de quatre jours est instaurée.

2.6. Restructurations

A partir du 1er juillet 2004 l'A.R. du 16 juillet 2004 a instauré cette nouvelle réduction groupe-cible. Il s'agit d'une réduction forfaitaire des cotisations patronales pendant 3 trimestres au maximum pour le travailleur qui a été engagé après qu'il ait été licencié par une entreprise en restructuration.

3. Les réductions de cotisations spécifiques

3.1. Réduction des cotisations patronales de sécurité sociale lors de l'engagement de gens de maison

L'exonération n'est valable que pour l'engagement d'un seul travailleur qui remplit certaines conditions (chômeur, bénéficiaire du minimex). Ladite exonération porte sur la plupart des branches de la sécurité sociale, à savoir :

- l'assurance maladie-invalidité (soins de santé et indemnités);
- le chômage;
- les pensions de retraite et de survie;
- les prestations familiales;
- les maladies professionnelles;
- les accidents du travail;
- la cotisation de modération salariale.

Les cotisations relatives aux vacances annuelles et au congé-éducation payé restent dues.

3.2. L'exonération des cotisations de sécurité sociale pour certains jeunes défavorisés

Il s'agit de jeunes qui sont en dehors du circuit du travail et qui ne bénéficient pas d'indemnités de chômage ni d'allocations d'attente, il ne peuvent non plus entrer en considération pour une formation professionnelle dans le cadre de dispositions relatives à l'emploi et au chômage. Au moment de leur engagement par une A.S.B.L. qui doit avoir exclusivement pour but de promouvoir l'accès à l'emploi des jeunes, ils doivent avoir entre 18 et 30 ans.

L'application du régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés est limitée pour ces jeunes, aux branches allocations familiales, assurance maladie-invalidité.

Les A.S.B.L. reconnues sont exonérées du paiement des cotisations pour les branches assurance maladie-invalidité et allocations familiales. Restent dues les cotisations destinées aux secteurs des accidents du travail, des maladies professionnelles et du congé-éducation payé.

3.3. L'exonération pour les contractuels subventionnés

Les pouvoirs publics qui occupent des contractuels subventionnés pour lesquels ils reçoivent éventuellement une prime bénéficient, pour toute la durée de l'occupation de ces travailleurs, d'une exonération des cotisations patronales concernant les secteurs suivants :

- les pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés;
- l'assurance contre la maladie et l'invalidité (secteur des soins de santé et secteur des indemnités);
- le chômage, tant la cotisation due par tous les employeurs que la cotisation spéciale de 1,60 % lorsque l'employeur a occupé au moins 10 travailleurs au 30 juin de l'année précédente;
- les allocations familiales;
- les maladies professionnelles;
- les accidents du travail;

3.4. Le secteur non marchand

Une intervention financière sous forme de réduction de cotisations est octroyée aux employeurs du secteur non marchand qui s'engagent à stimuler effectivement la mise au travail de groupes à risques. Les institutions concernées doivent respecter une convention collective de travail conclue pour toutes les institutions qui relèvent de la même Commission paritaire. L'intervention s'élève à 2% de la masse salariale des travailleurs de chaque année pendant laquelle la convention collective de travail est appliquée, majorée des cotisations patronales si certaines conditions sont remplies.

3.5. La redistribution du travail dans le secteur public

Les services publics engageant des travailleurs contractuels en remplacement des 4/5èmes temps bénéficient de la dispense pour certaines cotisations.

Du 1er juillet 1995 au 31 décembre 2005, les entreprises publiques autonomes peuvent bénéficier d'une réduction des cotisations de sécurité sociale dues dans le chef des travailleurs qui sont engagés dans le cadre d'un plan d'entreprise qui a un effet positif sur l'emploi.

Les branches de la sécurité sociale qui sont concernées sont les mêmes qu'au point 3.1.

3.6. La promotion de l'emploi dans le secteur non marchand (Maribel social)

Les employeurs du secteur non marchand ont droit à une réduction de cotisations de sécurité sociale pour chaque travailleur dont les prestations atteignent au moins 50% du nombre d'heures ou de journées de travail prévues dans le secteur pour un emploi à temps plein pour les entreprises de travail adapté, ces prestations doivent atteindre au minimum 33%. Le produit de la réduction maribel social est versé aux Fonds Maribel social (qui financent les emplois supplémentaires) et doit se traduire par la création d'emplois supplémentaires et par l'augmentation du volume de travail.

3.7. La recherche scientifique

Les universités et les établissements y assimilés, les institutions scientifiques gérées, agréées ou subventionnées par l'Etat fédéral, les Communautés ou les Régions ou, en ce qui concerne la Région de Bruxelles-capitale, la Commission communautaire commune, ont droit à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale, relative aux branches pensions de retraite et de survie, assurance maladie-invalidité, chômage, allocations familiales, maladies professionnelles, accidents du travail et à la cotisation de modération salariale, pour tout engagement net supplémentaire dans des activités de recherche scientifique dans le cadre d'une convention conclue entre le Ministre ayant la politique scientifique dans ses attributions et le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions.

3.8. Bonus à l'emploi

Il s'agit d'un système de réduction des cotisations à charge du travailleur. Ce système a pour but de garantir un salaire net plus élevé aux travailleurs dont le salaire est bas, sans augmentation du salaire brut.

3.9. La réduction personnelle des cotisations de sécurité sociale pour les travailleurs licenciés dans le cadre de restructurations

A partir du 1er juillet 2004 l'A.R. du 16 juillet 2004 a instauré cette nouvelle réduction groupe-cible. Elle a pour but de stimuler financièrement les travailleurs licenciés suite à une restructuration en leur garantissant, pendant une période de 3 trimestres au maximum, une rémunération nette supérieure lorsqu'ils retrouvent du travail et cela sans augmentation de leur rémunération brute.

3.10. Les gardiens et les gardiennes d'enfants

La loi-programme du 24 décembre 2002 instaure une réduction des cotisations patronales de sécurité sociale pour les gardiens et les gardiennes d'enfants. Les employeurs sont les services d'accueil agrées auprès desquels les gardiens et les gardiennes d'enfants sont affiliés.

3.11. La réduction des cotisations patronales de sécurité sociale en faveur des artistes.

L'A.R. du 23 juin 2003 instaure une réduction des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'occupation d'artistes.

3.12. Les réductions de cotisations en faveur de la Marine marchande, des entreprises de dragage et de remorquage

Un système de réduction des cotisations patronales de sécurité sociale est applicable aux armateurs du secteur de la Marine marchande, aux entreprises de dragage et aux entreprises de remorquage, en fait il s'agit d'une dispense de la plupart de cotisations patronales, de plus, les employeurs précités ne doivent pas verser à l'organisme de perception des cotisations de sécurité sociale la partie des cotisations à charge du travailleur se rapportant à la partie du salaire qui dépasse le plafond applicable pour le calcul de la pension de retraite.

3.13. La redistribution des charges sociales entre employeurs

L'A.R. du 24 décembre 1980, entré en vigueur le 1er janvier 1981, a introduit des modifications importantes dans l'A.R. du 18 juin 1976 qui avait pour but d'alléger les charges de sécurité sociale qui pesaient sur les petites et moyennes entreprises et d'assurer, en même temps, des ressources équivalentes à l'Office national de Sécurité sociale, par la perception d'une cotisation de compensation à charge de certains employeurs. L'A.R. n° 466 du 1er octobre 1986, l'A.R. n° 531 du 31 mars 1987 et l'A.R. du 19 mai 1992 ont modifié l'A.R. du 18 juin 1976. Ainsi, la formule de redistribution des cotisations de sécurité sociale a été adaptée et présente les caractéristiques exposées ci-dessous.

Le champ d'application est le suivant :

a) les employeurs du secteur privé, qui exercent une activité économique et qui sont visés par au moins une des trois lois relatives à la fermeture d'entreprises (lois des 28 juin 1966, 30 juin 1967 et 12 mai 1975) ;

b) les titulaires d'une profession libérale ainsi que les sociétés qui sont fondées dans le cadre de l'exercice de ces professions.

Remise des cotisations

Au 1er juillet de chaque année, il est accordé aux employeurs une remise de 11,50% du montant des cotisations dues trimestriellement (tant patronales que des travailleurs) pour chacun des quatre trimestres de l'année civile écoulée. La réduction ne s'opère cependant pas sur la cotisation annuelle de 10,27% destinée au régime des

vacances annuelles des travailleurs manuels, sur la cotisation destinée au régime des accidents du travail, sur la cotisation de modération salariale et sur les cotisations spéciales.

Le montant du crédit est limité à 359,45 EUR par trimestre lorsque le montant des cotisations prises en considération est compris entre 5.453,66 EUR et 26.028,82 EUR; à 272,68 EUR par trimestre lorsque le montant des cotisations prises en considération pour ce trimestre dépasse 26.028,82 EUR.

En contrepartie de la cotisation précitée, l'Office national de Sécurité sociale perçoit chaque année une cotisation de compensation à charge des employeurs redevables d'un montant de cotisations supérieur à 26.028,82 EUR pour un ou plusieurs trimestres de l'année écoulée.

La cotisation précitée s'élève à 1,55% de la partie des cotisations qui par trimestre dépasse 26.028,82 EUR.

Le montant du crédit est affecté à l'apurement des cotisations dues pour le deuxième trimestre de l'année en cours, à l'exclusion des cotisations dues pour un quelconque autre trimestre. Si aucune cotisation de sécurité sociale n'est due pour le deuxième trimestre de l'année en cours, le montant du crédit susmentionné est donc perdu pour l'intéressé.

Section 4. Le financement alternatif

Le financement alternatif a pour but de compenser à la fois la limitation des subventions de l'Etat à la sécurité sociale et le coût des réductions de cotisations personnelles et patronales en augmentation croissante depuis 1995. Le financement alternatif repose sur une autre base de calcul que les rémunérations et permet ainsi de limiter les charges pesant sur le facteur travail et qui entravent la compétitivité des entreprises.

Il est constitué d'un pourcentage des recettes de la T.V.A. fixé annuellement par le Roi. En 2001 et 2002, ce pourcentage a été fixé à 23,514% par la loi du 2.1.2001 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, avec un seuil minimum indexé fixé par la même loi. Un partage a lieu entre le régime des travailleurs salariés (95,77%) et celui des indépendants (4,23%), après déduction de certains montants destinés à l'ONSSAPL et à l'ONEM.

En 2001, suite à la reprise de la dette de la sécurité sociale par l'Etat fédéral, le financement alternatif a été réduit de 844.033 milliers d'EUR pour le régime des travailleurs salariés. Pour le régime des travailleurs indépendants, il a été réduit 44.621 milliers d'EUR en 2002, de 66.931 milliers d'EUR en 2003 et de 49.124 milliers d'EUR en 2004. Il sera réduit de 70.988,8 milliers d'EUR pour les années 2005 à 2009.

A partir de 2001, le montant total du produit de l'imposition des avantages liés à l'octroi d'options sur actions visés aux articles 42 §1 et 43§8 de la loi du 26 mars 1999 est attribué au régime des travailleurs salariés et au régime des travailleurs indépendants, selon les mêmes pourcentages que ceux fixés pour la répartition de la T.V.A.

Section 5. Autres recettes globalisées

1. La cotisation spéciale pour la sécurité sociale

La loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales, instaure une cotisation spéciale pour la sécurité sociale. Cette cotisation trouve son origine dans le Plan global pour l'emploi, la compétitivité et la sauvegarde de la sécurité sociale imaginée par le Gouvernement fin 1993 et qui prévoyait une diminution sélective des allocations familiales. Vu les difficultés rencontrées pour mettre en pratique cette mesure, le Gouvernement décida de la remplacer par une cotisation spéciale. Il s'agit d'une cotisation annuelle calculée en fonction du revenu des ménages qui s'applique à toutes les personnes soumises en totalité ou en partie à un régime de sécurité sociale (salariés du secteur privé, agents du secteur public, ouvriers mineurs, marins) ainsi qu'aux bénéficiaires de prestations sociales. Elle s'élève à :

- 9% sur la partie du revenu du ménage comprise entre 18.592,02 EUR et 21.070,96 EUR;
- 223,10 EUR augmentés de 1,3 % sur la partie du revenu du ménage comprise entre 21.070,96 EUR et 60.161,85 EUR;
- 731,28 EUR si le revenu du ménage est supérieur à 60.161,85 EUR.

En attendant que l'Administration des contributions directes ait fixé annuellement le montant dû, une retenue est effectuée par l'employeur sur la rémunération du travailleur prise en compte pour le calcul des cotisations de sécurité sociale et est versée à l'ONSS. Le montant de cette retenue varie en fonction du montant déclaré trimestriellement à l'organisme de perception compétent. Cependant, si le travailleur a un conjoint bénéficiant également de revenus professionnels, la retenue sera limitée. Dans ce cas, elle peut atteindre au maximum 51,64 EUR par mois. Dans les autres cas, elle peut atteindre au maximum 60,94 EUR par mois.

L'Administration des contributions directes calcule annuellement le montant de la cotisation spéciale et en déduit les retenues opérées par l'employeur. Elle perçoit le solde éventuel et en verse le produit à l'ONSS. Par contre, lorsque les retenues opérées excèdent le montant de la cotisation spéciale, l'Administration des contributions directes déduit cet excédent de l'impôt dû mais l'ONSS devra rembourser cet excédent à l'Administration des contributions directes.

2. La retenue sur le double pécule de vacances

Depuis 1982, une retenue est opérée sur la partie du pécule de vacances qui ne correspond pas à la rémunération normale des jours de vacances (le double pécule). Le taux de cette retenue est égal au total des taux de cotisation du travailleur, c'est-à-dire actuellement 13,07%.

3. Les transferts des réserves des accidents du travail, relatives aux petites incapacités

Pour les accidents de travail survenus à partir du 1er janvier 1988 et dont le taux d'incapacité de travail permanente de moins de 10% est fixé soit par l'entérinement d'un accord par le Fonds des accidents du travail à partir du 1er janvier 1994, soit par une

décision judiciaire coulée en force de chose jugée le 1er janvier 1994, la valeur de l'allocation annuelle et de la rente est versée en capital au Fonds des accidents du travail. Après paiement des allocations annuelles et des rentes par le FAT, celui-ci doit transférer le solde des capitaux reçus à l'ONSS.

Depuis le 1er décembre 2003, il est tenu compte d'un taux d'incapacité de travail permanente de 19 % inclus.

4. La cotisation sur les voitures de société

L'A.R. du 20 décembre 1996 instaure à partir du 1er janvier 1997 une cotisation de solidarité pour l'utilisation personnelle d'un véhicule mis à disposition par l'employeur. Cette composante de la rémunération est par ailleurs expressément exclue de la rémunération cotisable pour les cotisations ordinaires de sécurité sociale (voir plus loin B. La notion de rémunération), de sorte que des cotisations ordinaires ne sont plus redevables.

A partir du 1er janvier 2005, la cotisation de solidarité pour l'usage d'un véhicule de société à des fins privées ou pour le déplacement domicile-lieu de travail n'est plus calculée à hauteur de 33 % de l'avantage réel du travailleur. Cette cotisation consiste désormais en un montant mensuel forfaitaire par travailleur pour lequel l'employeur met à disposition un véhicule de société pour son usage privé de manière directe ou indirecte.

Cette cotisation mensuelle, qui ne peut pas être inférieure à 20,83 EUR, dépend du taux d'émission de CO_2 et du type de carburant.

5. Cotisations diverses

L'A.R. du 8 août 1997 intègre dans la gestion globale diverses cotisations patronales qui auparavant étaient affectées à certaines branches (pensions et chômage) :

- la cotisation de 8,86% sur les versements effectués par les employeurs en vue d'allouer des avantages extra-légaux en matière de retraite ou de décès prématuré, visée à l'article 38, §3ter de la loi du 29 juin 1981;
- la cotisation spéciale visée à l'article 2 de l'A.R. du 27 novembre 1996 destinée à financer le chômage temporaire et le complément d'ancienneté aux chômeurs âgés;
- la cotisation spéciale sur les prépensions conventionnelles visée à l'article 141 de la loi du 29 décembre 1990;
- la cotisation "compensatoire" pour certains prépensionnés âgés entre 55 et 58 ans, visée à l'article 11 de la loi du 3 avril 1995.

A ces anciennes cotisations affectées, il y a lieu d'ajouter la cotisation de solidarité pour l'occupation d'étudiants non assujettis à la sécurité sociale.

Notons que les retenues sur les prépensions conventionnelles visées par l'A.R.n° 33 du 30 mars 1982 et la loi du 30 mars 1994 (art 50) restent perçues directement par l'O.N.P. (3,5%) et par l'ONEM (3%). De même, la cotisation capitative par prépensionné visée à l'article 268 de la loi du 22 décembre 1989 reste perçue directement par l'O.N.P.

Section 6. La Gestion globale

Jusqu'en 1994, les branches faisaient l'objet d'un financement séparé. Outre ses propres ressources financières, chaque branche recevait le produit des cotisations qui lui étaient spécialement destinées. La plupart des branches recevaient également une subvention de l'Etat. En cas de déficit, des montants du Fonds pour l'équilibre financier étaient transférés aux différentes branches. Un surplus dans une branche donnée pouvait également être partiellement transféré, par un arrêté royal, à une branche ayant un déficit. De plus, certaines institutions avaient la possibilité de contracter des emprunts ou de faire appel à leurs réserves et depuis 1987, l'ONSS disposait d'une ligne de crédit utilisée pour aider à financer les prestations de chômage.

La loi du 30 mars 1994 a permis de passer du financement sectoriel de la sécurité sociale à un financement global. L'instauration de la gestion financière globale avait pour but d'assurer une meilleure gestion (garantie de transparence, efficacité du financement et rendement optimal de la gestion des flux financiers).
Dans ce système, l'ONSS est responsable de la mise en œuvre de la gestion financière globale, sous la supervision du Comité de gestion de la sécurité sociale. A cette fin, l'ONSS doit entre autres veiller, selon l'article 5, 2° de la loi du 27 juin 1969, modifié par l'art. 3 de l'A. R. du 8 août 1997, à :

a) effectuer la répartition des recettes globalisées sur base des besoins de trésorerie à financer;
b) soumettre au Gouvernement, en vue de l'élaboration du budget et du contrôle budgétaire, un rapport sur l'évolution des dépenses et des recettes dans une perspective pluriannuelle, sur les options politiques prioritaires et sur la façon dont un équilibre financier durable de l'ensemble des régimes peut être assuré;
c) suivre l'évolution de l'ensemble des recettes et dépenses sur base des données transmises par les institutions de sécurité sociale concernées;
d) mettre en œuvre une gestion de trésorerie commune et gérer les avoirs disponibles qui appartiennent à la gestion globale.

Par "ONSS-Gestion globale", on vise, dans ce qui suit, l'ONSS dans l'exercice de ses tâches relatives à la gestion financière globale.

1. Les branches soumises à la gestion financière globale

La gestion financière globale s'applique aux branches classiques du régime général des travailleurs salariés et, depuis le 1er juillet 1997, également au régime des ouvriers mineurs et au régime des marins de la marine marchande :

- l'assurance maladie-invalidité (secteurs soins de santé et indemnités);
- les pensions de retraite et de survie (à l'exclusion du régime de capitalisation);
- les allocations familiales (hormis pour le personnel des administrations provinciales et locales);
- les accidents du travail (à l'exclusion du régime de capitalisation);
- les maladies professionnelles (hormis pour le personnel des administrations provinciales et locales);
- le chômage (en ce compris les prépensions et, depuis le 1er janvier 1997, l'interruption de carrière);
- la pension d'invalidité des ouvriers mineurs (depuis le 1er juillet 1997).

La branche des vacances annuelles est exclue de la gestion globale.

2. Les ressources de la gestion financière globale

Les ressources de "l'ONSS-Gestion globale" proviennent :

- du produit des cotisations de sécurité sociale globalisées;
- du produit de la cotisation de modération salariale;
- du produit de la cotisation chômage due par les entreprises de 10 travailleurs et plus ;
- des subventions de l'Etat versées à la gestion globale;
- du produit du financement alternatif;
- du produit de cotisations spécifiques;
- du produit de versements effectués à "l'ONSS-Gestion globale" sur base de dispositions légales et réglementaires;
- du produit des placements de "l'ONSS-Gestion globale";
- du produit d'emprunts contractés par "l'ONSS-Gestion globale";
- du produit de dons et de legs faits à "l'ONSS-Gestion globale".

A côté de ces ressources, chaque branche conserve certaines recettes qui lui sont propres et qui viennent en déduction des besoins à financer par "l'ONSS-Gestion globale".

3. Répartition des ressources de "l'ONSS-Gestion globale"

Les moyens financiers de "l'ONSS-Gestion globale" sont répartis par l'ONSS, après prélèvement des sommes nécessaires à couvrir ses frais d'administration et ses charges d'emprunts éventuelles, entre les branches appartenant à la gestion globale, sur la base des besoins apparaissant dans la trésorerie des organismes gestionnaires de ces branches. Concrètement, il est tenu compte de la différence entre les dépenses et les recettes journalières, à l'exception des opérations de placement.

III. L'organisation administrative

Le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés relève actuellement (1) de la compétence de trois ministres fédéraux : le Ministre des Affaires sociales, la Ministre de l'Emploi et le Ministre des Pensions.

Le Service public fédéral [S.P.F.] Sécurité sociale (ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement) et le S.P.F. Emploi, Travail & Concertation sociale (ex-Ministère de l'Emploi et du Travail) sont responsables de la bonne application de la réglementation par les différentes institutions publiques de sécurité sociale et assurent la tutelle de celles-ci.

Comme indiqué dans l'introduction, le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés se compose de sept branches énumérées dans la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le tableau I représente de manière concise et générale, l'organigramme de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Verticalement, on retrouve les différents niveaux d'action depuis l'assujettissement, à savoir :

- l'*entrée* dans le système, qui concerne à la fois les travailleurs et les employeurs;
- en passant par la *perception* des cotisations et la *répartition* des moyens financiers de la sécurité sociale;
- ensuite le *paiement* qui se fait soit directement par l'organisme de gestion de la branche (ex : l'ONP qui assure le paiement des pensions), soit par des organismes primaires de paiement (ex : paiement des indemnités de chômage par les syndicats et la CAPAC);
- et enfin les *bénéficiaires* des prestations selon les différentes branches.

Horizontalement, on retrouve les sept branches de la sécurité sociale, toutefois, le risque professionnel est subdivisé dans la mesure où les accidents du travail et les maladies professionnelles sont gérés par deux institutions publiques distinctes.

Il convient de préciser que la branche des vacances annuelles fait partie du régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés en ce qui concerne le volet « pécule de vacances » (le volet « jours de congé » relevant quant à lui du droit du travail). Toutefois, la branche des vacances annuelles n'apparaît pas dans le tableau n° 1 ci-après dans la mesure où cette branche ne fait pas partie de la gestion globale.

(1) La présente législature porte le n° 51 et va de 2003 à 2007.

Tableau 1: La sécurité sociale des travailleurs salariés

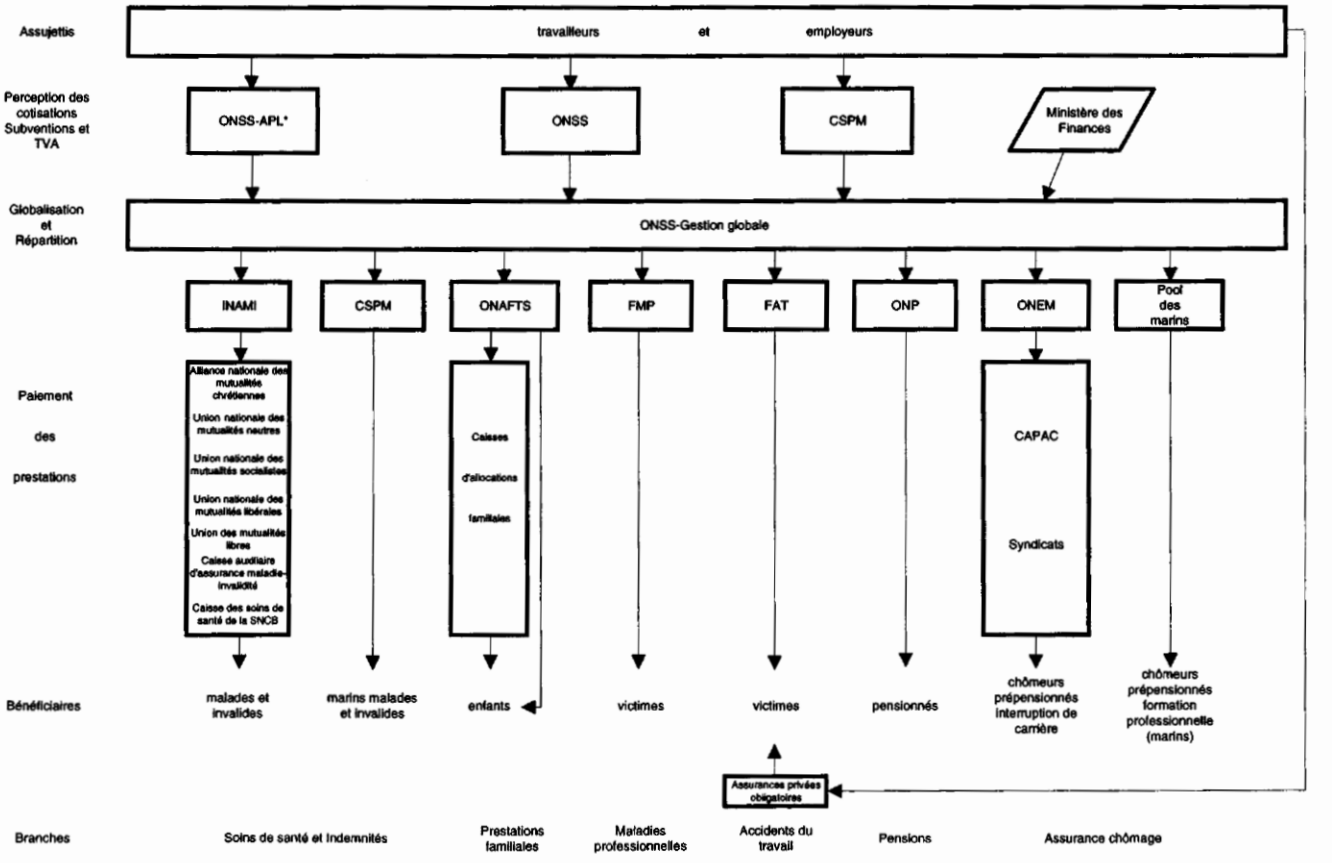

Tableau 1: La sécurité sociale des travailleurs salariés

Parmi les organismes qui interviennent dans l'organisation du système de la sécurité sociale, on distingue :

Section 1. Les organismes de perception

Ce sont les organismes qui ont pour mission essentielle de percevoir l'ensemble des cotisations de sécurité sociale des employeurs et des travailleurs et de les répartir entre les divers organismes chargés de la gestion des différentes branches, à savoir :

1. L'Office national de Sécurité sociale (ONSS) a pour mission la perception des cotisations de sécurité sociale du régime des travailleurs salariés. Il prend également soin de la répartition de ces cotisations entre les différentes branches de la sécurité sociale. En outre, depuis l'introduction de la gestion financière globale (voir Chapitre II. Financement), il est chargé de la répartition de l'ensemble des moyens financiers de la sécurité sociale entre les organismes gestionnaires des différentes branches de la gestion globale. Autrement dit, depuis le 1er janvier 1995, la subvention de l'Etat affectée à la sécurité sociale est également répartie entre toutes les branches à travers l'ONSS. L'ONSS perçoit également les cotisations pour le personnel statutaire des autorités publiques (supérieures, càd non locales) en matière du remboursement des soins de santé, et ceci pour le compte de la gestion financière globale de la sécurité sociale.

Enfin, il convient de noter que c'est également l'ONSS qui procède à la perception des cotisations spéciales sectorielles pour le compte des fonds de sécurité d'existence concernés.

2. L'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSS-APL) perçoit les cotisations des agents contractuels assujettis au régime général des travailleurs salariés occupés dans les administrations provinciales et locales. Ces cotisations sont reversées à l'ONSS dans le cadre de la gestion globale à l'exception des cotisations pour la branche allocations familiales et les maladies professionnelles. Les allocations familiales sont payées par l'ONSS-APL qui joue alors le rôle d'organisme de gestion et de paiement pour cette branche. Les cotisations pour les maladies professionnelles sont versées directement par l'ONSS-APL au FMP. L'ONSS-APL perçoit également les cotisations pour le personnel statutaire des administrations provinciales et locales pour la branche maladie-invalidité et verse ces cotisations à l'ONSS-gestion globale.

3. La Caisse de secours et de prévoyance des marins (CSPM) perçoit les cotisations des marins et les verse à l'ONSS-gestion globale. La CSPM agit comme organisme de gestion pour les soins de santé et les indemnités (voir description du régime des marins de la marine marchande titre II, ch. IV, section 1).

4. L'Office de sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM) perçoit les cotisations pour la sécurité sociale des personnes belges ou étrangères qui exercent une activité professionnelle dans un pays ne faisant pas partie de l'Espace économique européen. Il gère le régime de sécurité sociale d'outre-mer et assure le paiement des prestations aux bénéficiaires.

Section 2. Les organismes de gestion

Ce sont les organismes qui gèrent les différentes branches de la sécurité sociale et qui exercent une mission de surveillance à l'égard des organismes de paiement. Il arrive qu'ils soient aussi eux-mêmes organismes de paiement.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) assume la direction générale et le contrôle de l'assurance maladie-invalidité (soins de santé, indemnités) (1). Il répartit les ressources de l'assurance maladie-invalidité entre les organismes chargés du paiement (voir IIe Partie, titres I, II et III).

L'Office national des Pensions (ONP) est compétent pour l'attribution et le paiement des pensions des salariés (voir IIe Partie, titre IV).

L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) assure la gestion du régime des prestations familiales. Il agit comme organisme de paiement pour certains employeurs. Il répartit les ressources de la branche entre les organismes de paiement et contrôle ceux-ci (voir IIe Partie, titre VI).

Le Fonds des maladies professionnelles (FMP) a le monopole de l'assurance contre les maladies professionnelles. Il traite les demandes, accorde les indemnités et les paie (voir IIe Partie, titre VII).

En ce qui concerne les accidents du travail, les employeurs assujettis doivent contracter une assurance contre les accidents du travail auprès d'une compagnie d'assurances à primes fixes agréée ou auprès d'une caisse commune d'assurance agréée.

Le Fonds des accidents du travail (FAT) assure entre autres la réparation des dommages quand l'employeur n'a pas souscrit d'assurance ou quand l'assureur fait défaut. Il pourvoit à l'entretien et au renouvellement des appareils de prothèses et d'orthopédie pour les accidents survenus avant 1988. Il exerce un contrôle technique, médical et financier de l'exécution par les assureurs agréés de la législation. Il entérine l'accord entre les parties concernant le règlement de l'accident du travail (voir IIe Partie, titre VII).

L'Office national de l'Emploi (ONEM) gère l'exécution de la réglementation en matière de chômage et d'emploi en ce compris la branche prépension. Il répartit les ressources de ces branches entre les organismes de paiement et assure le contrôle de ceux-ci (voir IIe Partie, titre V).

L'Office national des vacances annuelles (ONVA) gère le régime des vacances annuelles relatif aux ouvriers, aux apprentis et aux personnes assujetties à la sécurité sociale des salariés en raison des prestations artistiques qu'elles fournissent et/ou des œuvres artistiques qu'elles produisent, et il contrôle les caisses spéciales de vacances. Il agit comme organisme de paiement dans certains cas.

Section 3. Les organismes de paiement

Le régime se caractérise, quant aux institutions de paiement, par un pluralisme institutionnel (sauf en matière de pensions et maladies professionnelles). Celui-ci trouve, en partie, son origine dans le désir de maintenir l'existence de certaines institutions créées avant la seconde guerre mondiale, sur l'initiative des organisations de travailleurs ou d'employeurs. Dans les secteurs maladie-invalidité, chômage et allocations familiales, on a créé un organisme auxiliaire de paiement, sous la forme d'un établissement public qui s'adresse aux personnes qui soit s'y affilient expressément, soit n'ont pas fait le choix d'un organisme privé de paiement.

(1) A noter que le contrôle des mutualités est également exercé par l'Office de contrôle des mutualités (Voir Partie I, Titre I).

Dans chaque secteur, les organismes de paiement sont supervisés par un service public. Celui-ci exerce un contrôle sur les organismes de paiement et répartit les moyens financiers de la branche entre eux.

Pour les branches soins de santé et indemnités, ce sont les organismes assureurs (1) qui assurent le paiement des prestations aux bénéficiaires. La liste des organismes assureurs est reprise dans le tableau I.

Parmi ces organismes assureurs, il faut distinguer les organismes publics - la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et la Caisse des soins de santé de la SNCB - des organismes privés. Tous sont soumis au contrôle de l'Office de contrôle des mutualités.

Pour la branche des allocations familiales, outre l'ONAFTS qui joue le rôle d'organisme de paiement pour certains employeurs, ce sont les différentes caisses de compensation qui assurent le paiement des prestations. On distingue, parmi les caisses de compensation, deux caisses spéciales d'allocations familiales (2) qui sont des organismes publics. Les autres caisses sont des organismes privés constitués en associations sans but lucratif.

Pour la branche chômage, les organismes de paiement ont pour mission :

- de fournir aux chômeurs les formulaires prescrits par l'ONEM;
- ainsi que tous les renseignements nécessaires;
- d'introduire auprès du bureau du chômage de l'ONEM les demandes d'allocations;
- et de payer les allocations aux chômeurs.

Les trois syndicats constituent les organismes privés de paiement. A savoir : la Centrale générale des Syndicats libéraux de Belgique (CGSLB), la Confédération des syndicats Chrétiens (CSC) et la Fédération Générale des travailleurs de Belgique (FGTB). Ils ont développé une décentralisation régionale.

A côté de ces organismes privés, il existe également un organisme public de paiement, la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC).

Pour la branche vacances annuelles, outre l'ONVA, ce sont des caisses privées appelées caisses spéciales de vacances qui assurent le paiement du pécule de vacances aux travailleurs concernés.

Pour la branche des accidents du travail, le FAT joue dans certains cas le rôle d'organisme de paiement. Ce sont les assureurs privés qui paient généralement les prestations dues.

L'ONP et le FMP sont également des organismes de paiement, respectivement pour les pensions légales (1er pilier) (3) et les maladies professionnelles.

---

(1) Par organisme assureur, on entend une Union nationale, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité (CAAMI), et la Caisse de soins de santé de la SNCB. L'Union nationale est une association autorisée en tant qu'organisme assureur à contribuer à l'exécution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

(2) A savoir : la Caisse spéciale de compensation pour allocations familiales des travailleurs occupés par les entreprises de batellerie et la Caisse spéciale de compensation pour allocations familiales des régions maritimes ; la Caisse spéciale de compensation pour allocations familiales en faveur des travailleurs de l'industrie diamantaire a été supprimée en 1998.

(3) Les pensions complémentaires des 2ème (assurances-groupes) et 3ème piliers (assurances individuelles) sont versées par des compagnies privées d'assurances.

Section 4. Les institutions publiques de sécurité sociale

Comme mentionné ci-dessus, il convient de distinguer les institutions publiques et les organismes privés de sécurité sociale.

1. Gestion paritaire

La gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale est réglementée par une loi générale (1) qui instaure la gestion paritaire en principe général et décrit les organes de gestion à mettre en place.

Le Comité de gestion est l'organe de décision des organismes concernés. Il est composé d'un Président et d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs qui ont seuls voix délibérative.

Dans certains cas, les organes de gestion comprennent en outre des représentants d'organisations qui s'intéressent à la branche concernée ou participent de manière directe ou indirecte à son exécution. C'est le cas des organisations familiales représentées au Comité de gestion de l'ONAFTS ou par exemple des organisations professionnelles médicales au sein de l'INAMI (2).

Pour que la gestion paritaire devienne vraiment effective, le règlement d'ordre intérieur de chaque comité de gestion doit contenir des dispositions prescrivant la présence de la moitié au moins des représentants des organisations des employeurs et des travailleurs salariés et, le cas échéant, des représentants d'autres organisations, cette présence étant requise pour pouvoir délibérer de manière valable.

En outre, il convient de rétablir la parité lorsque les membres représentant respectivement les organisations des employeurs et des travailleurs ne sont pas en nombres égaux au moment du vote; dans ce cas, le ou les plus jeunes membres de la partie en surnombre s'abstiendront.

Dans de nombreux grands organismes, le comité de gestion est assisté de comités techniques créés par le Roi, sur avis du comité de gestion; ceux-ci donnent des informations ou des avis sur des problèmes spéciaux.

Ces comités sont composés de personnes proposées par les organisations associées à l'application des lois et arrêtés dont l'organisme assure l'exécution ou de personnes choisies en raison de leur compétence particulière.

La gestion journalière des organismes est exercée sous la direction et la surveillance du comité de gestion et est assurée par un fonctionnaire dirigeant, assisté d'un adjoint, l'un et l'autre étant nommés par le Roi.

---

(1) Loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

(2) Pour une description des organes de gestion de l'INAMI voir IIe Partie, titre Ier.

2. La gestion paritaire évolue dans des domaines particulièrement sensibles vers une gestion tripartite où l'Etat prend la place de troisième gestionnaire de la sécurité sociale aux côtés des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs

C'est le cas au Conseil général de l'INAMI (1) et au Comité de gestion de la sécurité sociale. Le Comité de gestion de la sécurité sociale chargé de gérer la gestion financière globale de la sécurité sociale (2) se compose d'un Président, d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des travailleurs et des employeurs qui ont voix délibérative, de cinq représentants des pouvoirs publics qui ont voix délibérative et de deux représentants du Collège national intermutualiste qui ont voix consultative.

Ce comité de gestion de la sécurité sociale est assisté d'un comité consultatif, sorte de comité technique, composé notamment des fonctionnaires dirigeants des institutions publiques de sécurité sociale.

3. Le contrôle des institutions publiques de sécurité sociale

3.1. Le budget (3) et les comptes

Depuis 1997, les organismes publics de sécurité sociale – devenus institutions publiques de sécurité sociale – obtiennent une autonomie de gestion plus étendue.

Cet accroissement de l'autonomie résulte de la conclusion d'un contrat d'administration entre l'Etat et l'institution concernée – et dans lequel les missions et tâches de l'institution sont décrites – et s'inscrit dans la politique de responsabilisation de ces institutions.

Le contrôle administratif et budgétaire est principalement axé sur le respect des objectifs fixés par le contrat d'administration. L'institution ayant plus de latitude pour organiser son travail en fonction de l'objectif à atteindre.

En matière budgétaire et de comptabilité, c'est l'A.R. du 22 juin 2001 qui fixe les nouvelles règles (4), étant entendu que les dispositions de cet arrêté n'entrent en vigueur que le 1er janvier de l'année qui suit la conclusion du contrat d'administration par l'institution publique de sécurité sociale concernée.

3.2. Les Commissaires du Gouvernement

Dans chaque institution publique de sécurité sociale, le contrôle de tutelle est exercé par deux Commissaires de gouvernement, l'un nommé par le Ministre ayant le Budget dans ses attributions, l'autre par le Ministre de tutelle de l'institution concernée, qui siègent tous deux aux réunions des organes de gestion avec voix consultative.

Le rôle des Commissaires de gouvernement est de s'assurer que toute décision prise par les organes de gestion soit conforme à la loi, aux statuts, au contrat d'administration et à l'intérêt général, étant entendu que tout Commissaire du gouvernement dispose d'un délai de quatre jours francs pour prendre son recours, ce recours étant suspensif (5).

---

(1) Voir IIe Partie, titre Ier.
(2) Pour la description des missions du Comité de gestion de la sécurité sociale, voir section 2.
(3) A.R.. du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.
(4) A.R. du 22 juin 2001 fixant les règles en matière de budget, de comptabilité et de comptes des institutions publiques de sécurité sociale soumises à l'A.R. du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurtité sociale.
(5) Article 23 de l'A.R. précité du 3 avril 1997.

3.3. La situation administrative et pécuniaire du personnel des institutions publiques de sécurité sociale est soumise à l'approbation du Ministre dont il relève, c'est-à-dire du Ministre du Budget et du Ministre de la Fonction publique

Section 5. Les inspections sociales

1. L'Inspection sociale du S.P.F. – Sécurité sociale [ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement]

La mission de l'Inspection sociale du S.P.F. – Sécurité sociale a pour objet le contrôle de l'application des diverses lois en matière de sécurité sociale des travailleurs salariés. La lutte contre la fraude sociale et le travail au noir est une de ses missions principales.

A cet effet, les Inspecteurs sociaux et les experts techniques (anciennement contrôleurs sociaux) de ce service effectuent non seulement des contrôles chez les employeurs et sur les lieux de travail, sur tout le territoire belge, mais ils sont également amenés à enquêter auprès des travailleurs et des bénéficiaires de prestations sociales, auprès de divers organismes comme les institutions publiques de sécurité sociale (ONSS, O.N.A.F.T.S., O.N.V.A., etc.), des institutions coopérantes de sécurité sociale (organismes de droit privé, agréés pour collaborer à l'application de la législation relative à la sécurité sociale, ex : caisses privées d'allocations familiales, mutuelles,...) et auprès des secrétariats sociaux agréés.

Le service Inspection sociale du S.P.F. – Sécurité sociale est donc compétent pour tout ce qui concerne le régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés (immatriculation à l'organisme chargé de la perception des cotisations de sécurité sociale, c'est-à-dire l'ONSS, et déclaration des rémunérations qui doivent être assujetties aux organismes précités), les allocations familiales, les accidents du travail, l'assurance maladie-invalidité, les vacances annuelles, la tenue des documents sociaux, la déclaration immédiate de l'emploi, le contrôle des mesures de publicité des horaires des travailleurs à temps partiel, la surveillance de la réglementation en matière d'occupation illégale de travailleurs étrangers et aussi le contrôle de la réglementation relative aux activités professionnelles indépendantes des étrangers. L'Inspection sociale est encore compétente en matière d'enregistrement et de radiation de l'enregistrement des entrepreneurs, de la responsabilité solidaire des cocontractants vis-à-vis des dettes sociales de l'entrepreneur non enregistré et des obligations des entrepreneurs principaux et de leur responsabilité solidaire pour les dettes sociales et salariales de leurs sous-traitants.

Outre les enquêtes habituelles, l'Inspection sociale a reçu pour mission d'effectuer des contrôles spécifiques en vue de renforcer la lutte contre la traite des êtres humains, de combattre l'ingénierie sociale dans les grandes entreprises et de mettre fin aux pratiques des entreprises étrangères qui enfreignent les législations sur le détachement des travailleurs.

Ces missions peuvent avoir un caractère répressif (droit de donner des avertissements, de fixer au contrevenant un délai pour se mettre en règle, pouvoir de dresser des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire) mais elles peuvent également être des missions d'information des employeurs, des travailleurs, des allocataires sociaux, concernant l'application de la législation sociale.

2. L'Inspection de l'Office national de sécurité sociale

Le service d'Inspection de l'Office national de sécurité sociale est compétent en ce qui concerne la perception des cotisations de sécurité sociale, l'immatriculation des employeurs, la responsabilité solidaire des employeurs qui ne sont pas enregistrés, la lutte contre le travail au noir, etc.

L'Inspection de l'Office national de sécurité sociale est compétente pour toutes les infractions liées directement ou indirectement à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, et à ses arrêtés d'exécution, mais aussi en matière de tenue des documents sociaux, de déclaration immédiate de l'emploi et d'occupation illégale de travailleurs étrangers.

3. Collaboration entre les services d'inspection

Un Protocole de collaboration existait depuis 1993 entre les services d'Inspection du S.P.F. – Sécurité sociale, du S.P.F. – Emploi, Travail & Concertation sociale, de l'ONSS, de l'ONEM et aussi d'autres services tels que le service inspection du S.P.F. – Finances, les inspections dépendant des Régions. Le but de ce Protocole était d'organiser une collaboration structurée entre services de contrôle afin de renforcer la lutte contre la fraude sociale.
Cette collaboration a été ensuite véritablement institutionnalisée par la loi du 3 mai 2003 (M.B. 10 juin 2003) qui a créé de nouveaux organes : le Conseil fédéral de lutte contre le travail illégal et la fraude sociale, le Comité fédéral de coordination et les Cellules d'arrondissement.
Actuellement, depuis le second semestre de l'année 2004, la mise en œuvre de cette loi remplace ainsi dans les faits, le protocole de 1993 précité.

Le Conseil fédéral est composé principalement d'un président, de fonctionnaires dirigeants des 4 services d'inspection sociale (Contrôle des lois sociales, Inspection sociale du SPF Sécurité sociale, inspection de l'ONSS et inspection de l'ONEM) et du Coordinateur général à la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale.
Le Conseil est chargé principalement de la mise en œuvre de la politique définie par le Conseil des ministres en cette matière. Il doit principalement assurer la coordination des actions menées par les différentes administrations compétentes dans la lutte contre le travail illégal et la fraude sociale, et sensibiliser les différents services et administrations.

Pour accomplir sa mission, le Conseil est assisté d'un Comité fédéral de coordination, composé de neuf membres, issus des Services publics fédéraux ou organismes d'intérêt public intéressés par la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal. Les membres principaux du Comité sont : le coordinateur général, un magistrat de l'auditorat du travail ou de l'auditorat général, et quatre membres des Services publics fédéraux.
Le Comité fédéral a pour mission principale de veiller à la mise en œuvre des orientations données par le Conseil fédéral.

Les cellules d'arrondissement constituent la branche opérationnelle locale : une cellule d'arrondissement est instituée par arrondissement judiciaire, le cas échéant, une cellule peut couvrir plusieurs arrondissements judiciaires. Elle est présidée par l'auditeur du travail et est composée d'un représentant des services suivants : le Contrôle

des lois sociales, l'Inspection sociale, le service d'inspection de l'O.N.S.S., le service d'inspection de l'O.N.EM, l'inspection fiscale du SPF Finances, le Parquet du Procureur du Roi et la police fédérale.
Les cellules ont pour mission principale d'organiser et coordonner les contrôles du respect des différentes législations sociales en rapport avec le travail illégal.

Section 6. La Commission de Réforme du Droit pénal social

L'A.R. du 19 juillet 2001 a institué, initialement auprès du S.P.F. – Emploi, Travail & Concertation sociale, (et par la suite auprès du SPF Justice), une "Commission de Réforme du Droit pénal social". Cette Commission a pour mission, notamment, d'étudier la diversification et le renforcement des actions préventives dans le domaine du contrôle des normes de droit social, ainsi que l'étude d'une coordination des incriminations et des sanctions, aussi bien sur le plan pénal que sur le plan des sanctions administratives. L'examen du développement des mesures alternatives fait également partie des missions décrites à l'article 2 de l'A.R. du 19 juillet 2001 précité. Cet arrêté produit ses effets au 1er janvier 2001.

IV. Les régimes des marins de la marine marchande et des mineurs assimilés

Section 1. Le régime des marins de la marine marchande

A. Etat de la situation

La création d'un régime distinct pour les marins s'explique tant par des raisons historiques que des circonstances particulières de l'exercice de la profession de marin.

La loi du 21 juillet 1844, sur base de laquelle fut créée la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (C.S.P.M.) naviguant sous pavillon belge, par l'A.R. du 19 septembre 1845, est la loi de sécurité sociale la plus ancienne dans l'histoire belge.

Toujours en vigueur, l'arrêté-loi du 7 février 1945 concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande confirme l'existence d'un régime distinct pour les marins de la marine marchande, avec une propre structure administrative et financière. En fait, les missions de perception et de redistribution des cotisations de sécurité sociale ont d'emblée été confiées à la Caisse de secours et de prévoyance, qui assure également le paiement des prestations de l'assurance maladie-invalidité des marins. En 1945, fut créé le Pool des marins comme organisme spécial d'emploi et de chômage pour les marins occupés dans la marine marchande.

Pour être occupé à bord de navires de la marine marchande, il faut être inscrit au Pool des marins, et c'est d'ailleurs cette institution qui décide si oui ou non une allocation d'attente peut être payée aux marins sans emploi.

Tant la Caisse de secours et de prévoyance que le Pool des marins sont gérés de façon paritaire.

Etant donné le coût salarial trop élevé des marins inscrits au Pool des marins, en comparaison avec le coût salarial des marins engagés au marché mondial, le nombre de marins inscrits au Pool des marins a connu une forte baisse.

En contrepartie de l'exonération du paiement des cotisations de sécurité sociale à charge de l'armateur, et du plafonnement du salaire en vue du calcul des cotisations à charge du marin, le projet de restructuration actuel du secteur de la marine marchande prévoit une garantie d'emploi par les armateurs de 102 subalternes et shoregangers (1) et de 435 officiers.

(1) Un 'shoreganger' n'appartient pas au personnel navigant, mais travaille à bord des navires durant leur présence dans un port belge.

Vu le nombre plutôt restreint de personnes employées dans ce régime, la description ci-dessous des particularités du régime des marins de la marine marchande sera limitée.

B. Particularités du régime

1. Champ d'application

Sont en principe assujettis au régime spécial de la sécurité sociale des marins de la marine marchande : les armateurs et les marins liés par un contrat de travail, occupés à bord d'un navire naviguant sous pavillon belge.

Suite à l'accord belgo-luxembourgeois du 25 mars 1991, les marins inscrits au Pool des marins de la marine marchande qui sont occupés à bord d'un navire enregistré au Luxembourg et naviguant sous pavillon luxembourgeois préservent leurs droits au régime de sécurité sociale belge.

De plus, des marins inscrits au Pool des marins de la marine marchande qui sont occupés par un armateur belge à bord de navires contrôlés par un armateur belge et naviguant sous pavillon non-CE, peuvent demander leur assujettissement au régime belge.

2. Paiement des cotisations

Suite à l'objectif susmentionné, l'armateur ne devra verser que les seules cotisations du marin (14,52%) limitées au plafond salarial pris en compte pour le calcul des pensions de travailleurs salariés (41.564,11 pour l'année 2004) à condition qu'il respecte les garanties d'emploi. Par salaire du marin, il faut entendre le salaire réel, c.-à.-d. les gages standards majorés de toutes les indemnités, y compris les heures supplémentaires. L'armateur retient cependant les cotisations personnelles du marin sur la rémunération de ce dernier non plafonnée.

3. Particularités en matière des prestations

En ce qui concerne les *soins de santé*, les mêmes indemnités sont octroyées que celles accordées dans le régime général des travailleurs salariés, avec des extensions à quelques soins médicaux supplémentaires relatifs aux risques spéciaux de la profession de marin.

En ce qui concerne la *maladie-invalidité*, il s'agit d'indemnités pour incapacité de travail primaire, d'allocations d'invalidité, d'allocations de maternité et d'indemnités pour frais d'enterrement.

La notion d'incapacité de travail et celle de calcul des prestations sur la base des rémunérations journalières uniformes fixées par arrêté royal, constituent des éléments particuliers de ce régime.

Comme les marins sont obligatoirement inscrits au Pool des marins de la marine marchande, ils disposent, en matière de *chômag*e, d'un régime spécial qui leur accorde une large stabilité d'emploi. Dans la pratique, les marins qui n'ont pas été engagés (à l'exception des officiers statutaires) bénéficient entre deux voyages en mer des allocations d'attente (1), qui sont également octroyées lorsqu'ils suivent des formations ou des cours de recyclage.

En ce qui concerne les *vacances annuelles*, les officiers navigants sont considérés comme des employés qui reçoivent le pécule de vacances directement des armateurs. D'autre part, pour les hommes de bord et les shoregangers, le régime appliqué est celui des travailleurs manuels, et la cotisation due par les armateurs s'élève à 15,72% (ici, l'exonération de cotisations patronales ne vaut pas). Les paiements se font par le biais de l'a.s.b.l. ''Kompensatiedienst voor betaald verlof der zeelieden".

En ce qui concerne les *accidents du travail*, les marins sont soumis à la loi concernant la réparation des accidents du travail, mais les primes, les indemnités et les rentes sont calculées sur base de salaires forfaitaires en fonction du degré et de la catégorie du marin.

Section 2. Le régime des ouvriers mineurs

A. Etat de la situation

Le caractère périlleux et pénible du travail au charbonnage a abouti très rapidement à toute une série de mesures spéciales de protection : ainsi, un décret impérial de 1813 fonda à Liège une caisse financée par des cotisations des travailleurs et des cotisations patronales, et chargée du paiement des rentes d'invalidité et de survie. A partir de 1839, les propriétaires des mines créèrent six caisses de prévoyance, dont les statuts étaient approuvés par arrêté royal.

L'existence d'un régime distinct en faveur des ouvriers mineurs fut confirmée par l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés. L'arrêté-loi est abrogé au 1 janvier 2003. Le Fonds national de retraite des ouvriers mineurs était une institution à gestion paritaire, chargée de la perception des cotisations des travailleurs et des employeurs versées mensuellement par l'employeur, de leur gestion et de leur répartition.

Etant donné le nombre restreint d'ouvriers mineurs toujours actifs, la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales (art.131 a`139) prévoit la suppression par arrêté royal du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs. Par l'A.R. royal du 8 décembre 1998, le FNROM est supprimé à partir du 1er janvier 1999. Les missions du Fonds national de retraite concernant la perception et la répartition des cotisations sont confiées à l'Office national de sécurité sociale, alors que la gestion du régime des vacances annuelles est confiée à l'Office national des vacances annuelles, et que l'application des dispositions relatives à la pension d'invalidité est une matière qui est transférée à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

(1) Par convention collective de travail, conclue le 17 novembre 2000, déposée le 23 novembre 2000 et enregistrée le 22 janvier 2001, il a été décidé d'octroyer, aux travailleurs occupés dans les entreprises telles que visées à l'article 3bis de la loi du 25 février 1964 organisant un Pool des Marins de la marine marchande, une allocation complémentaire en sus des indemnités d'attente pour jours d'inactivité. Cette CCT a été conclue pour une durée indéterminée à partir du 1er octobre 2000.

La loi-programme du 24 décembre 2002, titre II, section II chapitre 8, a abrogé le système spécifique de la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés en intégrant ces travailleurs dans le système général de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Si en 1945 il y avait sans aucun doute un sens d'instaurer une sécurité sociale spécifique pour les mineurs, la situation a depuis lors tellement évoluée , surtout suite à la disparition totale des mines de charbonnages , que ce système séparé n'a plus de sens à l'heure actuelle. En ce moment, environ 60 travailleurs sont encore déclarés dans ce régime spécial et leur nombre diminue d'année en année. Cependant, il n'atteindra jamais zéro, les mines souterraines et de marbre n'étant pas prêtes à disparaître à court ou à moyen terme.

Abroger le système séparé des mineurs et intégrer ces derniers, avec maintien de tous les droits existants dans le régime général, constitue une simplification administrative importante.

B. Particularités du régime des ouvriers mineurs

Outre le calcul plus avantageux en ce qui concerne les pensions de retraite et de survie (voir Partie II,titre IV), le régime des ouvriers mineurs connaît également un autre régime particulier.

La pension d'invalidité

L'ouvrier mineur qui a effectivement arrêté son travail dans les mines, à cause d'une maladie qui a provoqué son incapacité de travailler normalement au fond ou à la surface des mines, reçoit une pension d'invalidité à charge de l'Etat à condition qu'il puisse prouver un nombre minimum d'années de service dans les mines.

Cette pension d'invalidité comporte un montant annuel forfaitaire, qui peut varier selon que l'ouvrier mineur est considéré ou non comme un bénéficiaire ayant des personnes à charge, et en fonction de sa qualité de travailleur au fond ou à la surface.

Tout comme les pensions de survie et de retraite, la pension d'invalidité donne droit à un pécule de vacances et à une allocation de chauffage, et pour le calcul et le paiement de ceux-ci, il y a des limites quant au travail autorisé de l'ouvrier mineur.

V. Renseignements généraux, régimes des travailleurs salariés

A. Adresses utiles

Service Public Fédéral (S.P.F.) Sécurité sociale
[ex-Ministère des Affaires sociales
de la Santé publique et de l'Environnement]
Direction générale Politique sociale (02) 528 63 00
Place Victor Horta, 40 boîte 20
1060 Bruxelles
http://dg-soc@minsoc.fed.be (adresse service)
www.socialsecurity.fgov.be (site thématique)
www.socialsecurity.be (nouveau site portail)
www.minsoc.fgov.be (ancien site portail)

Office national de sécurité sociale (O.N.S.S.) (02) 509 31 11
Place Victor Horta, 11
1060 Bruxelles
www.onssrszlss.fgov.be

Office national de sécurité sociale
des Administrations provinciales et locales (O.N.S.S.-A.P.L.) (02) 234 32 11
Rue Joseph II, 47
1000 Bruxelles
www.onssapl.fgov.be

Office de sécurité sociale d'Outre-mer (O.S.S.O.M.) (02) 642 05 11
Avenue Louise, 194
1050 Bruxelles
www.ossom.be

B. Liste des publications disponibles

1. Au S.P.F. Sécurité sociale – Service des publications (02) 509 80 22

- Vade-Mecum Budget de la sécurité sociale (paraît deux fois par an, budgets initiaux et contrôle budgétaire);
- Annuaire statistique de la sécurité sociale (dernière édition 2000/1998);
- Revue belge de sécurité sociale (trimestrielle);
- Brochure du Point d'Appui Sécurité sociale "Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la Sécurité sociale".

2. A l'ONSS

- Instructions générales à l'usage des employeurs;
- L'ONSS, son organisation, ses missions et sa place dans la sécurité sociale;
- Rapport annuel;
- Effectif des employeurs et des travailleurs assujettis à la sécurité sociale au 30 juin de l'année de référence (statistique décentralisée);
- Effectif des employeurs et des travailleurs du secteur privé assujettis à la sécurité sociale au 30 juin de l'année de référence (statistique centralisée);
- Statistiques par commune. Classe d'activité NACE et importance (disponible uniquement sur disquette sur demande);
- Estimations rapides de l'emploi salarié (trimestrielle).

Rémunérations et journées déclarées pour l'année de référence;
Journées assimilées des travailleurs assujettis à la sécurité sociale pour les 4 trimestres de l'année de référence;
Réductions des cotisations de sécurité sociale demandées pour le trimestre de référence : nombre de travailleurs concernés et impact budgétaire;
Le travail des étudiants pendant le 3ème trimestre de l'année de référence.

3. Au S.P.F. Emploi, Travail et Concertation sociale [ex-Ministère de l'Emploi et du Travail]

- Information générale;
- Information pratique relative à la réglementation du travail et aux mesures d'emploi;
- Information pratique relative à la concertation sociale;
- Information pratique relative au bien être au travail;
  www.meta.fgov.be
- Rapports, études et statistiques.

4. A l'ONSSAPL

Les ouvrages suivants sont publiés annuellement :

- Rapport annuel;
- Aperçu des Communications;
- Instructions générales à l'usage des administrations locales et provinciales.

C. Traités et ouvrages de base

Deleeck H.
*Zeven lessen over sociale zekerhei*d,
Leuven, Acco, 1991, 192 p. (Solidariteit, sociale veranderingen, veroudering, werkgelegenheid, (on) doelmatigheid, sociaal Europa, Matteüseffect).

Denis P.
Droit de la sécurité sociale : Tomes 1 et 2,
Bruxelles, Larcier, T.1: 1993, 350 p., T.2 :1994, 384 p. (Précis de la Faculté de Droit de l'U.C.L.).

Dillemans R. (éd.)
Bouwstenen voor een nieuwe sociale zekerheid,
Leuven, Universitaire Pers, 1993.

Dillemans R. (éd.)
Wetboek Sociale Zekerheidsrecht, 8 tomes,
Gent – Leuven, Story – Scientia, à feuilles mobiles

Codes Larcier, D. IV. Droit social,
Bruxelles, Larcier, s.d. + compléments.

Lenaerts H.
Inleiding tot het sociaal recht,
Diegem, Kluwer Rechtswetenschappen België, 1995.

Mergits B., Vandermeulen G., Simoens D., Van Steenberge J., Van Eeckhoutte W.
Codex Sociale Zekerheid,
Brugge, die Keure, annuel.

Van Den Avyle G.
Guide Social Permanent, Tome II. Code droit de la sécurité sociale,
Diegem, Kluwer Editions Juridiques Belgique, à feuilles mobiles.

Van Eeckhoutte W.
Memento social 2004-1 – 2,
Mechelen, Kluwer, 2004, 587 p.

Van Eeckhoutte W.
Sociaal compendium 2004 : Sociaalzekerheidsrecht 2004-2005, met fiscale notities (2 tomes)
Mechelen, Kluwer, 2004, 672 p.

Van Langendonck J.
Handboek Sociale Zekerheid,
Diegem, Ced. Samson, 1997.

D. Ouvrages généraux sur la sécurité sociale

Administrative Commissie van de Europese Gemeenschappen voor de sociale zekerheid van migrerende werknemers, België
Uw sociale zekerheid wanneer U zich verplaatst in de Europese Unie : een praktische gids
Bruxelles, Europese Gemeenschappen voor Kolen en Staal, 2004, 172 p.

Commission européenne.
MISSOC - La protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne. Situation au 1er juillet 1999 et évolution, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2004, 393 p.

D'Alcantara G., Wardenier R.
De socio-professionele statuten uit de Sociale Zekerheid in België. Scenario's 1975-2050 per leeftijd en geslacht, Leuven, Garant, 2004, 393 p.

Decoster A., Schokkaert E., Van Parijs Ph. et al.
Fédéraliser la sécurité sociale : enjeux eth(n)iques,
Bruxelles, La Revue Nouvelle, n°11 – novembre 1993.

Deleeck H., Besseling P.J. (éds).
Sociale zekerheid en de Euro,
Den Haag, ten Hagen Stam, 1998, 126 p.

Denis P., Dispersyn M., Janvier R. et al.
Casebook : Sociale zekerheidrecht – Droit de la sécurité sociale,
Brugge, Die Keure, 1991, 500 p.

Dillemans R., Schutyser K., Huys J. et al.
Sociale zekerheid: verdere ideeën,
Leuven, Universitaire Pers Leuven, 1994, 151 p.

Dupeyroux J.-J.
Droit de la sécurité sociale (12ème édition),
Paris, Dalloz, 1993, 938 p. + annexes.

Janvier R. (éd.) et al.
Toepassingsgebied van de R.S.Z – Wet,
Brugge, Die Keure, 1999.

Janvier R. (éd.) et al.
Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht,
Brugge, Die Keure, 1999.

Lahaye D. (éd.)
Sociale zekerheid in beweging,
Antwerpen-Apeldoorn, Maklu, 1993, 448 p., (Menselijke schade, nr. 24).

Luyten D., Vanthemsche G. (éds.) et al.
Het Sociaal Pact van 1944: Oorsprong, betekenis en gevolgen,
Bruxelles, V.U.B. Press, 1995, 368 p. (Acta van het historisch luik van het Colloquium « 50 Jaar Sociaal Pact », V.U.B. 8-9 december 1994).

Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement
Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la Sécurité sociale,
Bruxelles, Ministère fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 2001, 64 p.

Pieters D.
Federalisme voor onze sociale zekerheid (Beleidsconclusies van de voorzitter van de Vlaamse Onderzoeksgroep Sociale Zekerheid 2002),
Leuven, Acco, 1994, 92 p.

Put J.
Administratieve sancties in het sociaalzekerheidsrecht: preventieve rechtsbescherming bij en rechterlijke controle op het opleggen van administratieve sancties in de sociale zekerheid,
Brugge, Die Keure, 1999.

Put J. (éd.), Deltour J., Herman J., Leus K. et al.
Het handvest van de sociaal verzekerde en bestuurlijke vernieuwing in de sociale zekerheid,
Brugge, Die Keure, 2004, 435 p.

Put J. (éd.), Derieuw S., Gesquiere G., Gieselink A. et al.
Praktijkboek sociale zekerheid 2004, voor de onderneming en de sociaal adviseur
Mechelen, Kluwer, 2004, 1022 p.

Rauws W.
Sociale zekerheidsbevoegdheden van de Gemeenschappen en Gewesten: defederaliseren of federaliseren? in Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht, onder redactie van Van Steenberge J. en Van Regenmortel A.,
Brugge, Die Keure, 1995.

RSZ
Administratieve instructies. Multifunctionele aangifte
RSZ, 2004, 304 p.

Simoens D. et Put J. (éds), Janssens F., Paeme L., Persyn Ch. et al
Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 1996-2001, Wetgeving - Rechtspraak
Brugge, Die Keure, 2001, 1202 p.

Vandenbroucke Fr.
Op zoek naar een redelijke utopie. De actieve welvaartsstaat in perspectief,
Leuven – Apeldoorn, Garant, 2000, 168 p.

Van der Vorst P. (sous la direction de) et al.
100 ans de droit social belge,
Bruxelles, Bruylant, 1986, 925 p.

Van der Vorst P. (sous la direction de) et al.
La gestion financière globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés, dans RBSS, n° 2/97, Bruxelles, Ministère fédéral des Affaires sociales, 1997, 458 p.

Van der Vorst P.
Le paysage informatique de la sécurité sociale comme métaphore ?, Bruxelles, Bruylant, 2002, 60p.

Van Eeckhoutte W.
De grote arresten van het Hof van Cassatie in sociale zaken: Gewezen op conclusie van em. Procureur-generaal H. Lenaerts,
Antwerpen, Maklu, 1996, 957 p.

Van Limbergen G. en Verheyden E.
Ambtenaar, werknemer of zelfstandige in het sociaal zekerheidsrecht, vergelijkende studie van de socialeverzekeringssystemen voor ambtenaren, werknemers en zelfstandigen
Brugge, Die Keure, 2005, 469 p.

Van Steenberge J., Van Regenmortel A. (éd.)
Actuele problemen van het sociale zekerheidsrecht,
Brugge, Die Keure, 2004, 332 p.

Vanthemsche G.
La Sécurité Sociale. Les origines du système belge. Le présent face à son passé,
Bruxelles, De Boeck, 1994, 200 p.

Vlaamse Onderzoeksgroep - Sociale Zekerheid 2002.
Juridisch onderzoek naar de financiële transfers in de sociale zekerheid (3 tomes)
Leuven, Acco, 1994.

Wantiez C.
Introduction au droit social,
Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2003, 209 p.

L'année sociale 2003,
Bruxelles, Institut de Sociologie – U.L.B., 2004, 452 p.

La sécurité sociale : la comprendre pour mieux la défendre après la modernisation,
Bruxelles, FEC, 1997.

50 de sécurité sociale …Et après ?
Bruxelles, Bruylant, 1995, 10 brochures éditées à l'occasion de 50 ans de sécurité sociale par le Ministère de la Prévoyance sociale, Bruxelles.

Sociaal Commentaarboekje 1999/2000.
Publié par Ced-Samson,
Diegem, Ced-Samson, 1999, 527 p.

Titre II. Le régime des travailleurs indépendants

I. Champ d'application

Dans ce domaine (1), il y a lieu de faire la distinction entre les personnes qui sont assujetties aux quatre secteurs, celles qui ne sont assujetties qu'au secteur des indemnités du régime de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, celles qui ne sont assujetties qu'au secteur des pensions, et celles qui ne sont assujetties qu'aux secteurs pensions et assurance maladie-invalidité.

Section 1. Personnes assujetties aux quatre secteurs

Le statut social est d'application aux travailleurs indépendants et aux aidants.

A. Travailleurs indépendants à titre principal

1. Définition

Par travailleur indépendant, on entend : toute personne physique qui exerce en Belgique une activité professionnelle en raison de laquelle elle n'est pas engagée dans les liens d'un contrat de louage de travail ou d'un statut.

Est présumée, jusqu'à preuve du contraire, se trouver dans les conditions d'assujettissement, toute personne qui exerce en Belgique une activité professionnelle susceptible de produire soit des bénéfices, soit des profits, soit des rémunérations d'entrepreneurs (2).

(1) Articles 2 à 9, A.R. n° 38 du 27 juillet 1967, M.B. 29 juillet 1967 ainsi que les articles 2 à 5, A.R. du 19 décembre 1967, M.B. 28 décembre 1967.
(2) Ces revenus sont visés à l'article 23, §ler, 1° et 2° ainsi qu'à l'article 30, 2° du Code des impôts.

L'exercice d'un mandat dans une association ou dans une société assujettie à l'impôt belge des sociétés ou à l'impôt belge des non résidents est, de manière irréfragable, présumé constituer l'exercice d'une activité entraînant l'assujettissement au statut social des travailleurs indépendants.

2. Exceptions

a) Les journalistes, les correspondants de presse et les personnes qui bénéficient de droits d'auteur ne sont pas assujettis s'ils bénéficient déjà d'un statut social au moins équivalent;

b) Ne sont pas de ce chef assujetties, les personnes chargées d'un mandat dans un organisme public ou privé,
- soit en raison des fonctions qu'elles exercent auprès d'une administration de l'Etat, d'une province, d'une commune ou d'un établissement public;
- soit en qualité de représentant d'une organisation de travailleurs, d'employeurs ou de travailleurs indépendants;
- soit en qualité de représentant de l'Etat, d'une province ou d'une commune.

B. Aidants

1. Définition

Par aidant, on entend : toute personne qui, en Belgique, assiste ou supplée un travailleur indépendant dans l'exercice de sa profession, sans être engagée envers lui par un contrat de louage de travail.

2. Exceptions

Ne sont pas assujettis :

a) Le conjoint d'un travailleur indépendant, sauf si ce conjoint est assujetti : (2) en tant que conjoint aidant (cf. voir catégorie spéciale : conjoint aidant);

b) Les aidants et les aidantes avant le 1er janvier de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 20 ans. Toutefois, l'aidant(e) marié(e) est assujetti(e) à partir du trimestre civil au cours duquel il (elle) s'est marié(e), même si ce trimestre se situe avant le 1er janvier de l'année de son 20èmc anniversaire;

c) Les aidants et les aidantes dont l'activité n'a pas un caractère régulier et ne s'est pas étendue sur 90 jours au moins par an;

d) Les aidants et les aidantes qui sont étudiants bénéficiaires d'allocations familiales.

3. Catégorie spéciale : les conjoints aidants

Une nouvelle réglementation est entrée en vigueur au 1er janvier 2003 en ce qui concerne le statut social (et fiscal) des conjoints aidants. Est présumé être un conjoint aidant, celui qui :

- est marié à un travailleur indépendant;
- n'ouvre pas de droits propres en matière de sécurité sociale, au moins égaux à ceux des travailleurs indépendants;
- est le partenaire (d'un indépendant) et aide effectivement et de manière régulière dans l'entreprise.

La nouvelle réglementation a été introduite en deux étapes :

- à partir de janvier 2003

Les conjoints aidants sont obligatoirement assujettis à l'assurance contre l'incapacité de travail des indépendants (le « mini-statut »). Les conjoints aidants ont en outre la possibilité de s'affilier au statut social complet des travailleurs indépendants à l'exclusion de l'assurance en cas de faillite (le « maxi-statut »).

- à partir du 1er juillet 2005

Les conjoints aidants sont en principe assujettis au statut social complet des travailleurs indépendants. Les conjoints aidants nés avant le 1er janvier 1956 peuvent encore rester après le 1er juillet 2005 assujettis uniquement au « mini-statut ».

Remarques

- Le statut social s'applique également au partenaire d'un travailleur indépendant qui est lié à celui-ci par une déclaration de cohabitation légale;
- Le conjoint aidant d'un dirigeant d'entreprise est exclu du champ d'application du statut social des conjoints aidants.

Celui qui est présumé être un conjoint aidant, peut renverser la présomption par le dépôt d'une déclaration sur l'honneur par laquelle il signale qu'il n'aide pas effectivement dans l'entreprise. Il faut aussi compléter une déclaration sur l'honneur si l'aide est fournie de manière tout à fait occasionnelle.

C. Travailleurs indépendants à titre complémentaire

1. Définitions

Est censé exercer une activité complémentaire de travailleur indépendant celui qui, parallèlement à cette profession, exerce habituellement et en ordre principal une autre activité professionnelle dont l'horaire mensuel correspond à au moins la moitié du nombre d'heures d'une occupation identique à temps plein (1).

Une activité de travailleur indépendant est exercée à titre complémentaire si elle va de pair avec :

a) une activité professionnelle comme travailleur salarié dans un régime de travail dont le nombre d'heures de travail mensuel est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail mensuel prestées par un travailleur qui est occupé à temps plein dans la même entreprise (cfr. convention collective de travail) ou, à défaut, dans la même branche d'activité (cfr. commission paritaire);

b) une activité sous statut (régime particulier SNCB inclus mais non le régime des enseignants) qui s'étend sur au moins huit mois ou 200 jours par an et dont le nombre d'heures de travail mensuel est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail mensuel d'une occupation à temps plein;

c) des prestations dans l'enseignement du jour ou du soir, et si l'horaire de travail correspond à 6/10 au moins de l'horaire complet;

d) une occupation au service d'un organisme international ou supranational, dont la Belgique fait partie, qui répond à la notion d'occupation habituelle et en ordre principal comme travailleur salarié (cfr a).

2. Assimilation aux indépendants à titre complémentaire (2)

Les travailleurs indépendants pouvant prétendre à des droits au moins équivalents à ceux que garantit le statut social (3) des travailleurs indépendants, de même que les étudiants (4) et certains mandataires politiques, jouissant tous de revenus plutôt modestes en qualité de travailleur indépendant, peuvent demander à la Caisse d'assurances sociales d'être assimilés, pour ce qui est de l'obligation de cotiser, à la catégorie des titulaires à titre complémentaire.

(1) A.R. du 19 décembre 1967, op. cit., art. 35, M.B. 28 décembre 1967.
(2) A.R. du 19 décembre 1967, op. cit., art.37, §ler, a, b et c.
(3) Dans les régimes de pension et d'allocations familiales et dans le secteur des soins de santé.
(4) II faut entendre par étudiant, l'assujetti âgé de moins de 25 ans qui suit des cours ou effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge publique ou qui prépare un mémoire de fin d'études supérieures, au sens de la législation relative aux prestations familiales des travailleurs indépendants.

Section 2. Personnes assujetties au seul secteur des indemnités de l'assurance maladie-invalidité (voir ci-dessus, sous Section 1, B, 3 : "Mini-statut")

Section 3. Personnes assujetties aux seuls secteurs des pensions et de l'assurance maladie-invalidité

Ainsi, bien que n'exerçant plus aucune activité indépendante, les anciens colons et les personnes admises au bénéfice de l'assurance continuée cotisent pour ces deux secteurs.

Ces catégories tout à fait spécifiques seront traitées infra dans la partie consacrée aux "cas spéciaux" (1).

Remarque concernant les personnes autorisées à faire de l'assurance continuée : il est possible de sauvegarder ses droits dans le régime pension en ne versant que la cotisation pension, mais pour sauvegarder ses droits dans le régime de l'assurance contre la maladie, il faut verser et la cotisation pension et la cotisation A.M.I.

Section 4. Personnes assujetties au seul secteur des pensions

Ce système, entièrement revu par l'A.R. du 20 septembre 1984, permet à l'indépendant qui en fait la demande et qui paie la cotisation prévue de valider pour sa pension les périodes d'études et d'apprentissage (2).

(1) Pour plus d'informations sur ces catégories, voyez l'A.R. du 29 décembre 1997 ainsi que les articles 5, 38 et suivants de l'A.R. du 22 décembre 1967.
(2) Pour plus d'informations sur ce système, voyez les articles 28, 33 et ss. de l'A.R. du 22 décembre 1967.

II. Obligations

Les personnes assujetties au statut social ont une double obligation : d'une part, elles doivent se faire connaître dans le régime par l'affiliation à une Caisse d'assurances sociales et, d'autre part, elles sont tenues de verser, à cette Caisse, les cotisations dont elles sont redevables (1).

Section 1. Affiliation à une caisse d'assurances sociales

Le travailleur indépendant est tenu de faire choix d'une Caisse d'assurances sociales dans les 90 jours qui suivent le début de son activité. S'il néglige d'effectuer ce choix, il est mis en demeure de le faire par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

Si, dans les trente jours qui suivent la date de l'envoi, par la poste, de la mise en demeure, le travailleur indépendant ne s'affilie pas volontairement à une Caisse d'assurances sociales, il est affilié d'office à la Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

La déclaration d'affiliation à une Caisse d'assurances sociales peut être souscrite au plus tôt six mois avant le début de l'activité qui donnera lieu à l'assujettissement. Le travailleur indépendant qui est resté affilié à la même Caisse d'assurances sociales pendant quatre ans au moins peut, le 1er janvier de chaque année, quitter cette Caisse et s'affilier auprès d'une autre Caisse d'assurances sociales.

A partir du 1er janvier 1994, l'autorisation de mutation vers une autre caisse ne peut être accordée si la cotisation relative au dernier trimestre précédant la mutation ainsi que les éventuels arriérés de cotisations n'ont pas été payés avant le 1er janvier de l'année concernée.

Une réglementation spécifique s'applique aux conjoints aidants. L'INASTI a affilié d'office à la Caisse d'assurances sociales du conjoint indépendant, tous les conjoints de travailleurs indépendants qui, selon les données de sécurité sociale connues, remplissent la présomption. Cette affiliation est annulée si l'intéressé renverse la présomption par une déclaration sur l'honneur ou si l'intéressé démontre que le conjoint est un dirigeant d'entreprise.

Section 2. Paiement des cotisations

Les personnes assujetties au statut social doivent payer à la Caisse d'assurances sociales une cotisation trimestrielle destinée aux quatre secteurs : allocations familiales, pension, assurance contre la maladie et assurance contre l'incapacité de travail.

A. Base des cotisations

Les cotisations sont exprimées par un pourcentage des revenus professionnels acquis en qualité de travailleur indépendant au cours de la troisième année précédant immédiatement celle au cours de laquelle les cotisations sont dues.

(1) Articles 10 à 17, A.R. n° 38 du 27 juillet 1967, op. cit. ainsi que les articles 6 à 53, A.R. du 19 décembre 1967, op. cit.

Ainsi, les cotisations pour 2005 sont calculées sur la base des revenus professionnels de l'année 2002 et celles de 2006 le seront sur la base des revenus professionnels de l'année 2003.

Par revenus professionnels, on entend les revenus professionnels bruts, diminués des frais professionnels et, le cas échéant, des pertes professionnelles, fixés conformément à la législation relative à l'impôt sur les revenus, dont l'assujetti a bénéficié en qualité de travailleur indépendant durant la période au cours de laquelle il était assujetti au statut social des indépendants.

En cas de début ou de reprise d'activité, étant donné l'absence d'une année de référence, les cotisations sont d'abord perçues sur une base provisoire et elles font ensuite l'objet d'une régularisation. Les cotisations provisoires afférentes à la première année civile qui comprend quatre trimestres d'assujettissement et celles afférentes aux trimestres qui, le cas échéant, la précèdent, sont régularisées sur base des revenus professionnels de cette première année civile d'assujettissement. Les cotisations provisoires afférentes aux deux années civiles suivantes sont régularisées, respectivement, sur base des revenus professionnels de la deuxième et troisième année civile d'assujettissement.

Pour les travailleurs indépendants qui débutent dans leur carrière principale, une réglementation spécifique est applicable depuis le 1er janvier 1998. Il s'agit d'une réduction des cotisations de sécurité sociale lors du premier établissement comme travailleur indépendant pour les quatre trimestres qui suivent la troisième année civile complète d'assujettissement. Concrètement, les cotisations sociales sont réduites de 15 % pour les quatre trimestres suivant la troisième année d'assujettissement total. Le montant de la réduction ne peut dépasser 125 EUR.

B. Indexation

Les cotisations ne sont pas indexées comme telles, mais les revenus professionnels sur base desquels elles sont calculées sont adaptés aux fluctuations du coût de la vie. La revalorisation des revenus se fait en les multipliant par une fraction ayant pour :

- dénominateur : la moyenne des indices des prix à la consommation de l'année au cours de laquelle les revenus qui servent de base au calcul des cotisations ont été acquis;
- numérateur : la moyenne des indices des prix à la consommation présumés pour l'année pour laquelle les cotisations sont dues.

C. Montant des cotisations au 1er janvier 2005

1. Personnes assujetties aux quatre secteurs

Les cotisations annuelles sont fixées comme suit :

a) Premier cas

Les intéressés n'ont pas atteint l'âge de la pension ou bien ils ne bénéficient pas d'une pension de retraite anticipée en qualité de travailleur indépendant ou de travailleur salarié.

Groupe général

Les conjoints aidants qui ont opté pour le « maxi-statut » appartiennent également à cette catégorie.

Ce groupe est redevable de cotisations d'un montant annuel établi comme suit :

- 19,65 % sur la tranche de revenus qui n'excède pas 45.664,62 EUR.

Ces cotisations sont dues sur un revenu minimum de 9.349,59 EUR (plancher).
- 14,16 % sur la tranche des revenus compris entre 45.664,62 EUR et 67.300,54 EUR. La cotisation trimestrielle minimum est de 459,30 EUR et la cotisation maximum s'élève à 3.009,19 EUR.

En ce qui concerne les veuves ne bénéficiant pas d'une pension de retraite et n'ayant pas atteint l'âge normal de la retraite, mais bénéficiant d'une pension de survie, la règle est la suivante :

- revenus professionnels nets de 2002 inférieurs à 5.574,44 EUR : régime normal ou régime de l'activité complémentaire à leur demande;
- revenus professionnels nets de 2002 égaux ou supérieurs à 5.574,44 EUR : un régime normal, mais la cotisation est établie sur le plancher de 9.349,59 EUR même si le revenu de référence lui est inférieur.

Début d'activité.

La cotisation provisoire est calculée :

- sur un revenu de 9.349,59 EUR pour la première année civile comportant 4 trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents, soit une cotisation trimestrielle de 459,30 EUR;
- sur un revenu de 10.858,26 EUR pour les trimestres de la deuxième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 533,41 EUR;
- sur un revenu de 12.299,21 EUR pour les trimestres de la troisième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 604,20 EUR.
- sur un revenu de 4.674,80 EUR pour les trois premières années civiles comportant quatre trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents si le conjoint aidant a opté pour le « maxi-statut ».

Groupe des assujettis exerçant une activité complémentaire en qualité de travailleur indépendant

- Si les revenus professionnels nets de 2002 sont inférieurs à 1.177,31 EUR, il n'y a aucune cotisation due.
- Pour les revenus professionnels nets de 2002 supérieurs à 1.177,31 EUR : voir les cotisations dues par les assujettis à titre principal. La cotisation trimestrielle minimale est de 57,84 EUR, la cotisation maximale se monte à 3.009,19 EUR.

Début d'activité.

La cotisation provisoire réclamée aux assujettis ayant une activité complémentaire est calculée sur la base d'un revenu réévalué de 1.177,31 EUR, soit une cotisation trimestrielle de 57,84 EUR.

b) Deuxième cas

Les intéressés ont atteint l'âge de la retraite ou bénéficient d'une pension de retraite anticipée en qualité de travailleur indépendant ou de travailleur salarié.

Groupe des bénéficiaires d'une pension de retraite, de survie ou d'un avantage en tenant lieu, dont le paiement complet requiert la cessation de toute activité autre qu'un travail autorisé

La pension est entièrement liquidée si les revenus acquis en 2005 en qualité de travailleur indépendant ne dépassent pas 10.845,34 EUR (sans enfant à charge), 13.813,97 EUR (avec un enfant à charge) ou si les revenus professionnels de l'intéressé qui

bénéficie exclusivement d'une ou de plusieurs pensions de survie et qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans ne dépassent pas 11.874,90 EUR (sans enfant à charge), 14.843,12 EUR (avec un enfant à charge), ou si les revenus professionnels de l'intéressé qui bénéficie d'une pension de retraite ou d'une pension de retraite et de survie avant l'âge de la pension ne dépassent pas 5.937,24 EUR (sans enfant à charge) ou 8.905,29 EUR (avec enfant à charge).

Le paiement de la pension est suspendu intégralement si les montants mentionnés plus haut sont dépassés de 15 % au moins. Si ces montants sont dépassés de moins de 15 %, le paiement de la pension est suspendu à concurrence du pourcentage de dépassement du montant concerné.

- Si les revenus professionnels nets de 2002 n'atteignent pas 2.354,61 EUR : les intéressés n'ont aucune cotisation à payer.
- Si les revenus professionnels nets de 2002 atteignent au moins 2.354,61 EUR : les intéressés sont redevables d'une cotisation de 14,70 % sur le revenu.

La cotisation trimestrielle minimale est de 115,67 EUR et la cotisation maximale s'élève à 507,66 EUR.

Remarque :
A partir du trimestre au cours duquel la pension ou l'avantage prend cours, la cotisation ne pourra être calculée sur un revenu supérieur au revenu annuel que l'intéressé est autorisé, moyennant déclaration préalable, à se constituer pour l'année en cause par l'exercice d'une activité en qualité de travailleur indépendant.

Début d'activité.

La cotisation trimestrielle provisoire réclamée à cette catégorie de travailleurs indépendants est de 115,67 EUR, soit 14,70 % de 2.354,61 EUR.

Groupe des assujettis exerçant une activité après l'âge de la pension et sans octroi de la pension de retraite

Ce groupe est redevable de cotisations d'un montant annuel établi comme suit :

- Si les revenus professionnels nets de 2002 n'atteignent pas 2.354,61 EUR : les intéressés n'ont aucune cotisation à payer;
- Si les revenus professionnels nets de 2002 atteignent au moins 2.354,61 EUR : les intéressés sont redevables des cotisations suivantes :
- 19,65 % sur la tranche de revenus compris entre 2.354,61 EUR et 45.664,62 EUR.
- 14,16 % sur la tranche de revenus compris entre 45.664,62 EUR et 67.300,54 EUR.

La cotisation trimestrielle minimale est de 115,67 EUR et la cotisation maximale s'élève à 3.009,19 EUR.

Début d'activité.

La cotisation trimestrielle provisoire réclamée à cette catégorie de travailleurs indépendants est de 115,67 EUR, soit 19,65 % de 2.354,61 EUR.

2. Fixation des cotisations annuelles des personnes assujetties au seul régime de l'assurance maladie-invalidité, secteur de l'assurance contre l'incapacité de travail

Cette cotisation due par le conjoint aidant assujetti au mini-statut est établie comme suit :

- 0,79 % sur la tranche de revenus de l'indépendant aidé qui n'excède pas 45.664,62 EUR.
  Cette cotisation est due sur un revenu minimal de 9.349,59 EUR (plancher).
- 0,51 % sur la tranche de revenus de l'indépendant aidé compris entre 45.664,62 EUR et 67.300,54 EUR.

3. Frais d'administration

En dehors de leurs cotisations, les assujettis sont tenus de participer aux frais de gestion de la caisse d'assurances sociales à laquelle ils sont affiliés. Les montants de cotisations indiqués ci-dessus ne comprennent pas ces frais qui varient entre 3,2 % et 4,7 % et s'appliquent sur les montants des cotisations.

III. Cas spéciaux

A côté des cotisations dues en raison de l'exercice d'une activité indépendante, certaines catégories de personnes ont la possibilité de sauvegarder leurs droits aux prestations dans un ou plusieurs régimes en payant des cotisations spéciales.

Ces catégories de personnes sont énumérées ci-après, compte tenu des régimes dans lesquels elles peuvent sauvegarder leurs droits.

Section 1. Dans le cadre du régime de pension et du régime de l'assurance contre la maladie (soins de santé et incapacité de travail)

1. Les anciens colons

Les cotisations trimestrielles pour ces personnes s'élèvent à 52,47 EUR pour le secteur des pensions et à 120,38 EUR pour celui de l'assurance contre la maladie.

2. Les personnes autorisées à faire de l'assurance continuée (les personnes qui désirent faire appel à l'assurance continuée doivent en principe en faire la demande avant l'expiration du deuxième trimestre civil qui suit celui à partir duquel cette assurance est possible)

Ces personnes sont redevables de cotisations d'un montant annuel établi comme suit :
Pour le secteur pension :

- 11,78 % sur la tranche de revenus qui n'excède pas 45.664,62 EUR.
  Ces cotisations sont dues sur un revenu minimal de 9.349,59 EUR (plancher).
- 7,57 % sur la tranche de revenus compris entre 45.664,62 EUR et 67.300,54 EUR.

Pour le secteur de l'assurance contre la maladie :

- 5,31 % sur la tranche de revenus qui n'excède pas 45.664,62 EUR.
  Ces cotisations sont dues sur un revenu minimal de 9.349,59 EUR (plancher).
- 4,94 % sur la tranche de revenus compris entre 45.664,62 EUR et 67.300,54 EUR.

La cotisation trimestrielle minimale est de 275,35 EUR pour le secteur pension et de 124,12 EUR pour l'assurance contre la maladie.

La cotisation maximale s'élève respectivement à 1.982 EUR et 893,41 EUR.

Section 2. Dans le cadre du seul régime de pension

Les personnes autorisées à verser des cotisations destinées à valider les périodes d'études et d'apprentissage.

Les cotisations trimestrielles en vue de cette validation sont calculées comme suit :

- pour les périodes d'études comprises entre 1956 et le 1er juillet 1970 : 84,10 EUR;
- pour les périodes d'études comprises entre le 1er juillet 1970 et le 31 décembre 1974 : 140,16 EUR;
- pour les périodes d'études comprises entre le 1er janvier 1975 et le 31 décembre 1983 : cotisation identique à celle due au minimum pour l'année concernée par un travailleur indépendant à titre principal pour le seul secteur des pensions;
- pour les périodes d'études effectuées entre le 1er janvier 1984 et le 31 décembre 1996 : cotisation identique à celle due pour l'année concernée par un travailleur indépendant à titre principal pour le seul secteur des pensions sur base du premier revenu connu après la période d'études assimilable;
- pour les périodes d'études effectuées après le 1er janvier 1997 : 60 % de la cotisation due pour l'année concernée par un travailleur indépendant à titre principal, calculée sur base du premier revenu connu après la période d'études assimilable, pour autant que celui-ci n'excède pas 45.664,62 EUR, ainsi que 53 % de la cotisation due par cet indépendant sur la partie du revenu de référence qui excède 45.664,62 EUR.

Section 3. Dans le cadre de l'assurance contre la maladie (soins de santé) seulement

1) les personnes qui ne sont pas redevables de cotisations ou qui ne sont redevables que de cotisations réduites dans le cadre du statut social des travailleurs indépendants (les travailleurs indépendants qui exercent leur activité professionnelle à titre complémentaire et dont les revenus professionnels nets de 2002 n'atteignent pas 9.349,59 EUR ainsi que les personnes qui ont usé de la faculté de demander à être assimilées aux travailleurs indépendants à titre complémentaire);
   Les cotisatons trimestrielles pour ces personnes sont fixées à 25,77 EUR.

2) les pensionnés et les conjoints survivants de travailleurs indépendants qui ne sont pas redevables de cotisations en raison de l'exercice de leur activité professionnelle ou qui ont mis fin à cette activité (ces personnes ne sont redevables d'aucune cotisation pour la sauvegarde de leurs droits aux soins de santé si elles bénéficient d'une pension dont le montant est égal ou supérieur au tiers de la pension qui est accordée pour une carrière complète).
   Les cotisations trimestrielles pour ces personnes sont fixées à 10,64 EUR lorsqu'elles ont des personnes à charge et à 7,14 EUR lorsqu'elles n'ont pas de personne à charge.

3) les membres des communautés religieuses
   Les cotisations trimestrielles pour ces personnes sont fixées à 72,64 EUR. Ce montant est ramené à 20,77 EUR pour celles qui ont atteint l'âge de 65 ans.
   Sont cependant dispensées du paiement de toute cotisation, les personnes qui ont droit au minimex, à une aide sociale ou au revenu garanti pour personnes âgées.

Remarque : les cotisations volontaires destinées aux régimes de pension et de l'assurance contre la maladie (voir Section 1 ci-dessus) ainsi que celles qui sont destinées au seul régime de pension (voir Section 2 ci-dessus) doivent être versées à la caisse d'assurances sociales.

Les cotisations volontaires destinées uniquement à l'assurance contre la maladie (voir Section 3 ci-dessus) doivent être versées à l'organisme assureur contre la maladie (mutuelle).

IV. Organisation administrative

Section 1. L'institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)

Cet Institut national est un établissement public doté de la personnalité civile qui est compétent pour tout ce qui est relatif à l'assujettissement et aux obligations des travailleurs indépendants. Il est chargé de la tenue du répertoire général des assujettis. Par ailleurs, il gère la Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

Section 2. Les caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (1)

Sans préjudice des tâches qui leur sont imparties dans le domaine des pensions, de l'assurance en cas de faillite et des allocations familiales, ces caisses créées (à l'initiative des organisations interprofessionnelles ou professionnelles des indépendants) sous forme d'une association sans but lucratif ont pour mission de percevoir les cotisations dues par leurs affiliés et, le cas échéant, d'en poursuivre le recouvrement par la voie judiciaire. Elles ont également pour mission de leur prêter assistance en ce qui concerne leurs obligations et leurs droits dans le cadre du statut social des indépendants.

Section 3. La commission des dispenses de cotisations

Les indépendants qui estiment se trouver dans le besoin ou dans une situation voisine de l'état de besoin peuvent demander, dans un délai déterminé, dispense totale ou partielle des cotisations, à la Commission des dispenses de cotisations, instituée auprès du Ministère des Classes moyennes et de l'Agriculture.
Adresse de cette Commission : Eurostation II, 5ème étage, Place Victor Horta 40, boîte 20 - 1060 Bruxelles. Seulement les indépendants à titre principal et les indépendants qui ont plus de 65 ans ou bénéficiant d'une pension anticipée peuvent demander une dispense des cotisations (art. 17 de l'A.R. n° 38).

Toute demande est introduite à la caisse d'assurances sociales de l'intéressé, soit par lettre recommandée à la poste, soit par le dépôt d'une requête sur place.

Les audiences de la Commission ne sont pas publiques et la présence du demandeur n'est pas requise. Il peut toutefois, s'il en exprime le désir, comparaître en personne ou se faire assister ou représenter, soit par un avocat porteur des pièces, soit par toute autre personne munie, le cas échéant, d'une procuration écrite et agréée, dans chaque cas, par le Président de la Commission.

En cas d'octroi d'une dispense, le droit aux prestations est maintenu, à l'exception :

(1) Le contrôle de ces caisses est exercé par le Ministère des Classes moyennes et de l'Agriculture.

– de celui en matière de pensions inconditionnelles de retraite et de survie;
– de celui en matière de pensions conditionnelles de retraite et de survie, en ce qui concerne les cotisations afférentes à des trimestres situés après le 4ème trimestre de l'année 1980.

La Commission statue sans appel. Le requérant ne peut donc introduire de demande en révision de la décision prise à son égard. Il peut toutefois demander l'annulation de la décision auprès du Conseil d'Etat.

V. Le contentieux

Toutes les contestations relatives au paiement des cotisations sont de la compétence des tribunaux du travail.

Les décisions du tribunal du travail sont susceptibles d'appel devant la Cour du travail.

Le recouvrement de cotisations se prescrit par cinq ans à compter du 1er janvier qui suit l'année pour laquelle elles sont dues, ce, tant en ce qui concerne les cotisations définitives que provisoires (début d'activité ou litige fiscal relatif aux revenus de référence).

Le délai de prescription de cotisations de régularisation prend toutefois cours à partir du 1er janvier de la troisième année qui suit celle au cours de laquelle a débuté - ou a repris - l'activité professionnelle indépendante, étant entendu que les cotisations de régularisation, à recouvrer, se rapportant à une année déterminée ne peuvent être prescrites avant les cotisations provisoires se rapportant à cette même année.

La demande de remboursement des cotisations payées indûment en dehors du début d'activité se prescrit par cinq ans à compter du 1er janvier de l'année qui suit celle au cours de laquelle les montants ont été indûment payés.

Le délai de prescription pour le remboursement de cotisations provisoires indûment payées est également fixé à cinq ans mais commence à courir à partir du premier janvier de la troisième année qui suit celle du début de l'activité. Ici aussi l'application de cette règle ne peut avoir pour effet que les cotisations de régularisation indûment payées, à rembourser, se rapportant à une année déterminée, soient prescrites avant les cotisations provisoires se rapportant à cette même année.

Titre III. Le régime applicable au personnel des pouvoirs publics et en particulier au personnel des administrations provinciales et locales

I. Situation générale

Les " services publics " ne constituent pas un ensemble homogène. Un certain nombre d'autorités publiques coexiste : l'Etat fédéral, les Communautés et Régions, les provinces, les communes,... Chacune d'entre elles présente sa propre structure administrative et a élaboré un statut propre pour son personnel et même parfois des statuts distincts selon les types de personnel. Cette diversité se manifeste également au niveau de la protection sociale, compte tenu de l'autonomie des différents pouvoirs et de leurs possibilités plus ou moins étendues d'organiser des systèmes particuliers.

La protection sociale du personnel est au moins aussi étendue que celle des travailleurs salariés mais les modalités diffèrent selon les spécificités propres aux différents statuts. Il n'existe donc pas de régime de sécurité sociale spécifique en tant que tel pour le personnel des services publics. Certains aspects relèvent directement des pouvoirs publics eux-mêmes, tels que les différents régimes des pensions, par contre, pour d'autres aspects, le personnel des services publics est assujetti à la sécurité sociale des travailleurs salariés. D'une manière générale, une distinction fondamentale est opérée selon qu'il s'agit de personnel statutaire ou de personnel contractuel :

- les statutaires nommés à titre définitif sont exclusivement soumis pour le secteur des soins de santé au régime général des travailleurs salariés ; les autres branches étant spécifiques;

- le personnel statutaire non définitif et le personnel contractuel sont assujettis au régime général des travailleurs salariés pour les régimes des pensions de retraite et de survie, de l'assurance maladie-invalidité et du chômage. En ce qui concerne les régimes d'allocations familiales, de vacances annuelles, d'accidents du travail, de maladies professionnelles, l'obligation d'assujettissement au régime général varie en fonction de l'autorité publique qui occupe le travailleur et des régimes particuliers mis en place par cette autorité.

D'après le niveau de pouvoir, les cotisations au régime général des salariés sont versées soit à l'Office national de sécurité sociale (ONSS), soit à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) :

- L'Office national de sécurité sociale perçoit les cotisations dues pour le personnel de l'Etat fédéral, les Communautés, les Régions et les organismes d'intérêt public qui en dépendent.
- L'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales est l'organisme de sécurité sociale compétent pour les pouvoirs locaux et provinciaux tels les provinces, communes, intercommunales, les zones de police locale et les CPAS.
  L'ONSSAPL perçoit les cotisations dues pour le régime général des travailleurs salariés et les transfère à l'ONSS dans le cadre de la Gestion Globale. Au niveau des allocations familiales, l'ONSSAPL conserve les cotisations perçues étant donné qu'il est en charge du paiement des allocations. Il est également compétent en ce qui concerne la gestion du financement du régime commun de pensions des pouvoirs locaux.

Le régime de protection sociale applicable au personnel des administrations provinciales et locales est détaillé ci-après.

En ce qui concerne le personnel des autres entités publiques, il faut se rapporter à chacune des branches de la sécurité sociale, reprises dans la Partie II.

Section 1. Introduction

A. Le personnel des administrations provinciales et locales

En vertu du principe de l'autonomie reconnue par la Constitution en ses articles 31 et 108, les autorités provinciales et communales sont compétentes pour fixer le statut de leur personnel. Ainsi, contrairement à ce qui se passe au niveau de la fonction publique fédérale, communautaire ou régionale, les provinces et les communes ne sont pas obligées d'appliquer à leur personnel un statut ou une réglementation générale.

Cette autonomie apparemment très large est cependant limitée. Celle-ci ne peut d'abord s'appliquer que dans les limites de la loi et des dispositions générales arrêtées par le Roi. Il faut ensuite souligner le rôle de la tutelle d'approbation auquel le statut est soumis ainsi que l'importance des circulaires émanant des autorités de tutelle. Il faut cependant remarquer que la plupart des provinces et communes, sans y être contraintes, s'inspirent des dispositions applicables aux agents de l'Etat ainsi que de celles applicables aux agents des gouvernements régionaux.

B. L'ONSSAPL

L'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales a été créé par la loi du 1er août 1985 portant des dispositions sociales et diverses (M.B. 6 août 1985).

Assurant toujours, en matière d'allocations familiales, les missions de l'ancienne Caisse spéciale d'allocations familiales des administrations provinciales et locales dont il est issu, l'Office est devenu en 1986, pour les administrations relevant de ce secteur, l'organisme de perception et de répartition des cotisations de sécurité sociale et y assimilées.

L'Office, ainsi devenu l'interlocuteur privilégié du secteur local tant en ce qui concerne les allocations familiales que la sécurité sociale, s'est vu confié par le législateur d'autres missions liées aux administrations locales affiliées chez lui.

C'est ainsi que l'A.R. n° 491 du 31 décembre 1986 modifiant la loi du 25 avril 1933 relative à la pension du personnel communal supprime la Caisse de répartition des pensions communales instituée auprès du Ministère de l'Intérieur et en répartit les missions entre l'ONSS APL et l'Administration des pensions du Ministère des Finances.

Les administrations locales autrefois affiliées à la Caisse de répartition précitée sont ainsi irrévocablement et de plein droit affiliées à l'ONSS APL de même que les administrations locales qui ne paient pas la pension de leur personnel directement ou par l'intermédiaire d'une institution de prévoyance. L'Office est chargé tant de la gestion du financement du régime commun des pensions des pouvoirs locaux par la fixation du taux de cotisation de pension pour ce régime que de la perception et la récupération de ces cotisations.

L'Office exerce la même mission vis-à-vis du régime de pension de ses nouveaux affiliés qui a été institué au 1er janvier 1994 et organisé par la loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales.

Dans le cadre du Fonds des pensions de la police intégrée, qui a été créé par la loi du 6 mai 2002, l'office est responsable de la perception et du recouvrement des cotisations de pension qui sont dues pour les membres du personnel des corps de police locale.

De même, l'Office est également chargé de la liquidation de certaines primes auxquelles ses affiliés peuvent prétendre. Il s'agit :

- des primes à l'engagement des contractuels subventionnés (A.R. n° 474 du 28 octobre 1986 portant création d'un régime d'agents contractuels subventionnés par l'Etat auprès de certains pouvoirs locaux);
- des subventions à charge du Fonds budgétaire interdépartemental de promotion de l'emploi institué auprès du Ministère de l'Emploi et du Travail par l'article 5 de l'A.R. n° 25 du 24 mars 1982 créant un programme de promotion de l'emploi dans le secteur non-marchand pour les emplois subventionnés dans le secteur social limité aux seuls hôpitaux, tant publics que privés;

- depuis le 1er janvier 1994, d'une allocation aux autorités locales qui sont désignées par le Ministre de l'Intérieur pour la réalisation d'un programme relatif aux problèmes de société en matière de sécurité sociale (articles 67 à 72 de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales).

En conclusion, l'ONSS APL remplit les missions suivantes :

- celle de Caisse spéciale d'allocations familiales, chargée d'octroyer, conformément aux lois coordonnées sur les allocations familiales pour travailleurs salariés, des allocations familiales et de naissance au personnel statutaire et contractuel des administrations locales visées à l'article 32 des lois coordonnées précitées;
- celle d'office de sécurité sociale pour les mêmes affiliés;
- l'encaissement des cotisations pension pour le régime commun des pensions des pouvoirs locaux et pour le régime des nouveaux affiliés de l'Office, ainsi que la gestion de ces deux régimes;
- en application de la loi du 6 mai 2002, l'ONSS APL encaisse également les cotisations pension pour le personnel nommé des corps de police locaux pour les reverser ensuite au Fonds des pensions de la police intégrée ; en outre, l'ONSS APL encaisse aussi une cotisation spéciale de 0,15% pour chaque membre du personnel d'une zone de police locale et reverse celle-ci au service social de la police intégrée;
- le paiement de certaines primes.

Outre ces activités, il convient de mentionner l'existence du service social collectif en faveur du personnel des administrations provinciales et locales auquel les affiliés de l'ancienne Caisse spéciale pouvaient déjà adhérer, sur une base volontaire, en faveur de leurs agents.

Créé en 1972, ce service auquel sont affiliées aujourd'hui quelques 922 administrations a pour objet de procurer aux bénéficiaires une aide matérielle à la suite d'événements pouvant affecter leur vie professionnelle ou privée.

Section 2. Le régime des travailleurs des administrations provinciales et locales

Est examiné sous le présent titre le régime de sécurité sociale du personnel des employeurs affiliés à l'ONSS APL.

A. Administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSS APL

1. Définition

Les employeurs à l'égard desquels l'Office est compétent sont énumérés à l'article 32 des lois coordonnées sur les allocations familiales dont le texte est le suivant :

le Roi crée une Caisse spéciale de compensation à laquelle sont affiliés de plein droit :

– les communes;
– les établissements publics qui dépendent des communes;
– les associations de communes;
– les agglomérations et les fédérations de communes;
– les établissements publics qui dépendent des agglomérations et des fédérations de communes;

– les provinces;
– les établissements publics qui dépendent des provinces;
– la Commission communautaire flamande et la Commission communautaire française;
– les organismes économiques régionaux visés aux chapitres II et III de la loi cadre du 15 juillet 1970 portant organisation de la planification et de la décentralisation économique modifiée par le décret du 25 mai 1983 du Conseil régional wallon, sauf pour les membres du personnel pour lesquels ils sont tenus d'octroyer directement les prestations familiales;
– les organismes désignés par le Roi et visés par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, et ce pour les membres de leur personnel qui ne donnent pas lieu au paiement à l'Office national de sécurité sociale d'une cotisation pour le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés, pour autant qu'ils ne soient pas tenus de payer directement les prestations familiales à ces membres du personnel. Le Roi fixe pour chacun de ces organismes la date d'affiliation;
– les associations de plusieurs organismes susmentionnés;
– l'Asbl " Vlaamse Operastichting " pour les membres du personnel qui étaient nommés à titre définitif à l'Intercommunale " Opera voor Vlaanderen " et qui sont repris avec maintien de leur statut.

Le Roi peut ajouter d'autres organismes à la liste des affiliés contenue dans l'alinéa 1er. Il peut adapter cette liste pour tenir compte des modifications législatives applicables aux organismes cités à l'alinéa 1er. Le Roi peut étendre la compétence de l'Office national à d'autres missions relatives au personnel des administrations susvisées.

Le Roi règle l'organisation et le fonctionnement de cet Office national.

2. Commentaire

Sont donc affiliés de plein droit à l'Office tous les employeurs énumérés à l'article 32. Précisons par ailleurs, qu'outre les communes et les provinces, le plus grand nombre d'affiliés que l'on peut qualifier d'administration provinciale ou locale se concentre aux points 2 et 3 de l'article 32.

En effet, l'article 32, 2°, qui vise les établissements publics qui dépendent des communes, regroupe : les CPAS, les associations de CPAS (conformément à l'article 118 de la loi organique sur les CPAS du 8 juillet 1976, un CPAS peut, pour réaliser une des tâches qui lui sont confiées par la loi, former une association avec un ou plusieurs autres CPAS, avec d'autres pouvoirs publics et/ou avec des personnes morales autres que celles qui ont un but lucratif), les Caisses publiques de prêts ou monts de piété et les régies communales autonomes.

Quant à l'article 32, 3°, qui vise les associations de communes, il regroupe les intercommunales dont la prépondérance dans la gestion doit être assumée par les communes et le secteur public en général et qui répondent, soit aux conditions du décret de la Région Wallonne du 05.12.1996 relatif aux intercommunales wallonnes visant les intercommunales situées en région wallonne, soit à celles du décret du Parlement flamand du 6 juillet 2001 portant réglementation de la coopération intercommunale pour les Intercommunales situées en Communauté flamande, soit à celles de la loi du 22.12.1986 sur les Intercommunales pour la Région de Bruxelles-Capitale ainsi que pour les Intercommunales interrégionales.

En ce qui concerne les organismes économiques régionaux visés à l'article 32, 9°, (à savoir les sociétés de développement régional et les conseils économiques régionaux) ceux-ci ne sont affiliés à l'Office pour le secteur des allocations familiales que pour leur personnel contractuel.

Ceci s'explique par le régime de pension applicable à ces organismes, à savoir celui organisé par la loi du 28 avril 1958 concernant la pension des membres du personnel des organismes d'intérêt public et de leurs ayants droit, qui en son article 15, § 3, les obligent à payer eux-mêmes à leurs agents nommés à titre définitif, les allocations familiales.

Enfin, sont seuls affiliés à l'Office sous l'article 32, 10°, l'Agence régionale pour la propreté et le Service d'incendie et d'aide médicale urgente de la Région de Bruxelles-Capitale, issus de l'ancienne Agglomération de Bruxelles, autrefois affiliée à l'Office sous l'article 32, 4°.

La référence à l'article 32 des lois coordonnées sur les allocations familiales pour la détermination des employeurs affiliés à l'Office s'explique évidemment par le fait qu'il a d'abord été une Caisse spéciale d'allocations familiales.

B. Le personnel des administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSS APL

Les administrations susmentionnées peuvent occuper du personnel statutaire ou contractuel. Font partie du personnel statutaire, les personnes nommées à titre définitif, les stagiaires et les statutaires temporaires.

Font partie du personnel contractuel, les personnes engagées dans les liens d'un contrat de travail, d'un contrat d'apprentissage, ainsi que les agents liés par une convention d'insertion professionnelle reconnue par les Communautés et Régions.

Il est à noter également que pour certaines personnes, soumises à un régime « sui generis », l'administration locale doit remplir des obligations comme employeur au niveau de la sécurité sociale bien que ces personnes n'aient pas la qualité de travailleur salarié. Il s'agit notamment des Ministres des Cultes et des délégués du Conseil Central laïque, des artistes, des accueillantes d'enfants, des mandataires locaux non protégés.

La distinction retenue en matière de sécurité sociale est celle qui oppose les agents nommés à titre définitif à tous les autres travailleurs occupés dans les administrations provinciales et locales.

En effet, celle-ci est déterminante en ce qui concerne, d'une part l'application des régimes de sécurité sociale visés par la loi du 27 juin 1969 concernant la sécurité sociale des travailleurs, et d'autre part, la notion de rémunération à prendre en compte pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

1. Les agents nommés à titre définitif

1.1. Régimes de sécurité sociale générale des travailleurs salariés applicables aux administrations provinciales et locales

Il résulte de la section II du chapitre 1er de l'A.R. du 28 novembre 1969 portant exécution de la loi du 27 juin 1969 susmentionnée, intitulée « Dispositions relatives aux personnes occupées au travail dans le secteur public », que pour les agents nommés à titre définitif, l'application de la loi est seulement limitée au régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, secteur des soins de santé.

1.2. Régimes spécifiques de protection sociale des administrations provinciales et locales

Le personnel des administrations provinciales et locales visées à l'article 32 des lois coordonnées sur les allocations familiales bénéficie d'un régime de protection sociale en matière d'allocations familiales et de maladies professionnelles différent de celui que connaissent les travailleurs engagés dans le secteur privé.

L'existence d'une base légale différente pour les allocations familiales en faveur du personnel des administrations locales et provinciales (la loi du 1er août 1985 au lieu de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés) se justifie par le fait que l'ONSS APL ne fait pas, pour ce secteur, partie de la répartition nationale et qu'il conserve le produit de la cotisation perçue pour le paiement des allocations familiales en faveur du personnel des employeurs qui lui sont affiliés.

L'A.R. n° 529 du 31 mars 1987 modifiant les lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles a rendu le Fonds des maladies professionnelles compétent à partir du 1er janvier 1987 pour accorder les avantages prévus dans la loi du 3 juillet 1967 sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.

A partir de la date précitée, le Fonds est alimenté pour les travailleurs occupés par les administrations provinciales et locales par une cotisation patronale dont les modalités de perception et le montant ont été fixés par l'A.R. du 2 juin 1987 portant exécution de l'article 56, 5° des lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et modifiant l'A.R. du 25 octobre 1985.

1.3. Notion de rémunération

L'article 23 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés prévoit que les cotisations de sécurité sociale sont calculées sur base de la rémunération entendue au sens de l'article 2 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs.

La notion de rémunération, telle que définie par cette dernière disposition correspond à l'ensemble des avantages en argent ou évaluables en argent auxquels le travailleur peut prétendre en raison de son engagement. Il s'agit donc non seulement des avantages qui résultent de la contrepartie du travail effectué, mais aussi de tous les autres avantages auxquels le travailleur a droit en raison de son occupation au service de son employeur.

En même temps que la référence à une définition de principe était établie, la loi du 29 juin 1981, et auparavant la loi du 27 juin 1969, ont prévu la faculté d'élargir ou de restreindre la notion de rémunération.

C'est ainsi que pour les agents nommés à titre définitif, ne sont pas, en vertu de l'article 30 de l'A.R. du 28 novembre 1969, considérées comme rémunération à prendre en compte pour le calcul des cotisations, certaines indemnités, primes et allocations. Sont ainsi visées :

– les indemnités accordées pour les charges réelles qui doivent être supportées, qui ne peuvent être considérées comme normales, et qui sont indissociables de la fonction;
– l'allocation de foyer ou de résidence;
– les sommes et avantages visés aux articles 19, § 2 et 19 bis, § 2, 2° à 6° et § 3 de l'A.R. du 28.11.1969;
– les allocations, primes et indemnités autres que celles susmentionnées, dont les modalités d'octroi ont été fixées au plus tard le 1er août 1990 par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires et qui, à la date du 1er janvier 1991, n'étaient pas soumises aux cotisations sociales, ainsi que les majorations auxdites allocations, primes et indemnités pour autant qu'elles résultent d'une adaptation à l'indice des prix à la consommation.

1.4. Les cotisations

Sont énumérées ici les cotisations de sécurité sociale et y assimilées perçues par l'ONSS APL pour les agents nommés à titre définitif.

a) Les cotisations de sécurité sociale dues en vertu de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés. La seule cotisation due est celle pour le régime de l'assurance maladie-invalidité, secteur des soins de santé, dont le montant s'élève pour la part patronale à 3,80 % et pour la part personnelle à 3,55 %.

b) Les cotisations de sécurité sociale spécifiques au secteur local. Il s'agit des cotisations exclusivement patronales dues pour le secteur des allocations familiales et des maladies professionnelles. La première trouve son fondement légal dans l'article 3, 3° de la loi du 1er août 1985 qui prévoit qu'il appartient au Roi de fixer le montant de cette cotisation. L'article 18 de l'A.R. du 25 octobre 1985, pris en exécution de la loi précitée fixe le montant de cette cotisation à 5,25 %.
La seconde est destinée au Fonds des maladies professionnelles et est fixée à 0,17 % par l'article 18 bis de l'A.R. du 25 octobre 1985.

c) Les autres cotisations.

L'ONSS APL perçoit encore pour les agents nommés à titre définitif :

- la cotisation de modération salariale visée à l'article 38, § 3 bis de la loi du 29 juin 1981 et qui s'élève à 5,67 % de la rémunération du travailleur et à 5,67 % du total des cotisations patronales dues;

- la retenue de 13,07 % sur le pécule de vacances secteur public calculée conformément à l'A.R. du 30 janvier 1979 relatif à l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume;
- la cotisation de pension due dans le régime commun de pension des pouvoirs locaux ou dans le régime des nouveaux affiliés à l'Office, dans le fonds de pension de la police intégrée pour les agents nommés à titre définitif des administrations locales qui sont affiliées à ces régimes. Le taux de la cotisation pour les deux premiers régimes est fixé annuellement par l'ONSS APL et s'élève pour l'année 2005 à 27,50 % pour le régime commun des pensions, 29,5 % pour le régime des nouveaux affiliés et 27,5 % pour le fonds de pension de la police intégrée;
- la cotisation de 0,05 % pour la promotion d'initiatives en matière d'accueil des enfants dont le produit est destiné au Fonds des équipements et services collectifs institué auprès de l'ONAFTS.

2. Les autres travailleurs

2.1. Régimes de sécurité sociale générale applicables aux administrations provinciales et locales

Il résulte de la section II précitée de l'A.R. du 28 novembre 1969 que les travailleurs occupés dans les administrations locales, autres que les agents nommés à titre définitif, sont soumis aux régimes de sécurité sociale suivants :

- l'assurance maladie-invalidité, secteur des soins de santé et des indemnités;
- le régime de pension des travailleurs;
- le régime de chômage.

2.2. Régimes spécifiques de protection sociale des administrations provinciales et locales

Il s'agit des mêmes régimes que pour les agents nommés à titre définitif, à savoir les allocations familiales et les maladies professionnelles (v. supra).

2.3. Notion de rémunération

La notion de rémunération à prendre en compte pour le calcul des cotisations de sécurité sociale est définie à l'article 23 de la loi du 29 juin 1981 susmentionnée. Sont donc considérés comme de la rémunération cotisable, tous les avantages en argent ou évaluables en argent auxquels le travailleur a droit en raison de son occupation au service de son employeur.
Les seules restrictions à la notion de rémunération cotisable que connaissent les travailleurs autres que les agents nommés à titre définitif sont visées aux articles 19 et 19 bis de l'A.R. du 28.11.1969 précité.

La notion de rémunération cotisable est donc différente dans les administrations provinciales et locales, selon la qualité d'agent nommé à titre définitif ou non des travailleurs qui la perçoivent.

2.4. Les cotisations

Sont énumérées ici les cotisations de sécurité sociale et y assimilées, perçues par l'ONSS APL pour les agents autres que nommés à titre définitif, qualifiés généralement de travailleurs temporaires ou contractuels.

a) les cotisations de sécurité sociale dues en vertu de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés

Pour le régime de l'assurance maladie-invalidité :

- secteur des soins de santé, une cotisation dont la part patronale s'élève à 3,80 % et la part personnelle à 3,55 %;
- secteur des indemnités, une cotisation dont la part patronale s'élève à 2,35 % et la part personnelle à 1,15 %.

Pour le régime des pensions, une cotisation dont la part patronale s'élève à 8,86 % et la part personnelle à 7,5 %.
Pour le régime du chômage, une cotisation dont la part patronale s'élève à 1,46 % et la part personnelle à 0,87 %.
La cotisation de 1,60 % due par chaque employeur qui occupe plus de 10 travailleurs en ce qui concerne les travailleurs pour lesquels il est soumis aux lois coordonnées du 28 juin 1971 relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés.

b) les cotisations de sécurité sociale particulières au secteur local

Comme pour les agents nommés à titre définitif, sont également dues pour les travailleurs temporaires et contractuels, à l'exception toutefois des contractuels subventionnés, les cotisations patronales pour le secteur des allocations familiales et des maladies professionnelles fixées respectivement à 5,25 % et à 0,17 % par les articles 18 et 18 bis de l'A.R. du 25 octobre 1985.

c) les autres cotisations

L'ONSS APL perçoit encore pour les travailleurs non nommés à titre définitif :

- la cotisation de modération salariale visée à l'article 38, § 3 bis de la loi du 29 juin 1981 et qui s'élève à 5,67 % de la rémunération du travailleur et à 5,67 % du total des cotisations patronales dues. Pour les travailleurs qui tombent sous le champ d'application des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés coordonnées le 28 juin 1971, elle s'élève à 0,40 %.
  Pour les agents contractuels subventionnés, la cotisation de modération salariale est fixée à 5,67 % de la rémunération du travailleur;
- la retenue spéciale de 13,07 % sur le double pécule de vacances visée à l'article 39 de la loi du 29 juin 1981 précitée, pour les travailleurs soumis au régime privé de vacances organisé par les lois coordonnées du 28 juin 1971 relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés.
- la retenue de 13,07 % sur le pécule de vacances pour les travailleurs assujettis au régime de vacances secteur public;
- la cotisation de 0,05 % pour la promotion d'initiatives en matière d'accueil des enfants dont le produit est destiné au Fonds des équipements et services collectifs institués auprès de l'ONAFTS.

2.5. Réduction des cotisations pour la promotion de l'emploi

La promotion de l'emploi dans les pouvoirs locaux est incitée par les mesures législatives et réglementaires énumérées ci-après. Ces mesures entraînent une réduction des cotisations patronales de sécurité sociale, soit forfaitaire, soit calculée en pourcentage.

a) les contractuels subventionnés

L'A.R. n° 474 du 28 octobre 1986 portant création d'un régime de contractuels subventionnés par l'Etat auprès de certains pouvoirs locaux visait à remplacer par une catégorie unique de travailleurs, les contractuels subventionnés, les différents régimes de travail qui étaient organisés pour résorber le chômage.
Le décret wallon du 25 avril 2002 abroge les dispositions de l'A.R. n° 474, il remplace la notion d'ACS par celle d'APE. Ce nouveau décret a pour ambition de réunir dans un même texte légal une série de mesures en faveur de l'emploi qui étaient auparavant dispersées dans différentes législations.

Parmi les affiliés à l'ONSS APL, les pouvoirs visés sont :

- les communes;
- les associations de communes, sauf celles à finalité économique;
- les centres publics d'aide sociale;
- les provinces et associations de provinces, sauf celles à finalité économique;
- les zones de police locale.

Ces pouvoirs locaux et provinciaux bénéficient outre d'une prime étatique correspondant à une part importante du coût salarial, d'une exonération totale des cotisations patronales de sécurité sociale à l'exception toutefois de la cotisation de modération salariale et la cotisation de 0,05 % pour le FESC.

La loi-programme du 30 décembre 1988 a étendu le régime des contractuels subventionnés à d'autres pouvoirs publics affiliés à l'ONSS APL.

Il s'agit :

- des services des Commissions communautaires française et flamande;
- des organismes économiques régionaux visés à l'article 32, 9° des lois coordonnées sur les allocations familiales;
- de l'Agence régionale pour la propreté et le Service d'incendie et d'aide médicale urgente visée à l'article 32, 10° des lois coordonnées sur les allocations familiales.

Le législateur, en 1988 a seulement exonéré les employeurs susmentionnés des cotisations patronales dues pour le régime général de sécurité sociale. Les cotisations patronales de sécurité sociale particulières au secteur local (maladies professionnelles et allocations familiales) restent dues ainsi que la cotisation de 0,05 % pour le FESC.

b) Plan Activa pour la promotion du recrutement des demandeurs d'emploi

Les employeurs affiliés à l'ONSS APL concernés par son application sont :

- les communes; les établissements publics qui en dépendent;
- les provinces; les établissements publics qui en dépendent;
- les CPAS; les associations de CPAS;
- les associations de communes;
- les zones de police locale.

L'exonération pour les personnes recrutées dans le cadre de ce plan porte sur toutes les cotisations patronales de sécurité sociale à concurrence d'un forfait qui diffère selon des conditions déterminées.

c) jeunes travailleurs peu qualifiés engagés dans le cadre d'une convention de premier emploi

Les jeunes peu qualifiés qui sont inscrits en tant que demandeurs d'emploi et qui ont moins de 26 ans peuvent être engagés sur base d'une convention premier emploi donnant droit à une réduction forfaitaire de cotisations de sécurité sociale pendant un laps de temps.

d) la redistribution du travail dans le secteur public

La loi du 10 avril 1995 relative à la redistribution du travail dans le secteur public est un plan d'entreprise de redistribution du travail dans le secteur public.

Deux régimes particuliers de redistribution du travail avec compensation partielle de la perte de revenus sont organisés :

- le départ anticipé à mi-temps;
- la semaine volontaire de 4 jours.

Dans le cadre de la semaine volontaire de 4 jours, une dispense de paiement des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de la cotisation de 0,05 % pour le FESC est accordée pour les contractuels engagés en remplacement des agents qui réduisent leurs prestations à 4/5ème d'un temps plein.

e) occupation en vertu de l'article 60, § 7 de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux CPAS

Depuis le 1er janvier 1998, les CPAS qui, en application de l'article 33 de la loi du 22 décembre 1995 visant à exécuter les mesures du plan pluriannuel pour l'emploi, occupent, dans le cadre de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976, des bénéficiaires du droit à l'intégration sociale ou des bénéficiaires de l'aide sociale inscrits au registre des étrangers avec une autorisation de séjour à durée illimitée engagés dans les liens d'un contrat de travail, bénéficient d'une exonération complète des cotisations patronales de sécurité sociale pour ces travailleurs.

En application de l'A.R. du 2 avril 1998 portant exécution de l'article 33 précité, les moyens financiers dégagés suite à cette exonération doivent être utilisés par les CPAS pour mener une politique de mise au travail et/ou d'accompagnement et de formation des travailleurs visés à l'article 60, § 7.

f) Le Maribel social

L'A.R. du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non-marchand accorde, sous certaines conditions, une réduction des cotisations patronales de sécurité sociale aux employeurs qui exercent leur activité principale dans un ou plusieurs domaines relevant de la santé, de l'action sociale ou culturelle. Le montant de cette réduction par travailleur et par trimestre est de 354,92 EUR.

Les réductions de cotisations patronales doivent être intégralement affectées à la création d'emplois supplémentaires.

Depuis le 1er juillet 1999, une exécution mutualisée du Maribel social est également prévue. Elle s'effectue à partir d'un Fonds sectoriel et d'un Fonds de récupération qui furent créés auprès de l'ONSS APL. A partir de ces fonds, des interventions financières sont accordées aux employeurs, celles-ci doivent être intégralement consacrées à la création d'emplois complémentaires dans le secteur non-marchant.

Au premier janvier 2004 reste encore d'application le système de mutualisation (suppression du système des accords cadres).

g) Les programmes de transition professionnelle

L'A.R. du 09.06.1997 d'exécution de l'article 7 § 1er, alinéa 3, m, de l'A.R. du 28.12.1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs relatif aux programmes de transition professionnelle prévoit la possibilité de créer des programmes de transition professionnelle afin d'augmenter les chances d'insertion (ou de réinsertion) des chômeurs de longue durée sur le marché de l'emploi par le biais d'une expérience de travail.

Les employeurs bénéficient pour les chômeurs occupés dans le cadre de ces programmes, d'une part d'avantages financiers consistant en l'octroi d'une allocation à charge de l'Etat fédéral complétée par une subvention de la Région et/ou de la Communauté concernée, et d'autre part sous la forme d'une réduction groupe-cible, une exonération partielle ou totale des cotisations patronales de sécurité sociale dues sur la rémunération de ces chômeurs conformément au plan Activa pour la promotion du recrutement des demandeurs d'emploi.

Ces programmes doivent être reconnus par le Ministre régional compétent pour l'emploi selon les règles, conditions et modalités fixées dans l'accord de coopération du 04.03.1997 entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif aux programmes de transition professionnelle.

h) Les travailleurs ayant un bas salaire

Certains travailleurs des administrations locales et provinciales ayant un bas salaire peuvent bénéficier depuis le 1.7.2000, date d'entrée en vigueur de la loi du 12 août 2000, d'une réduction de cotisations personnelles de sécurité sociale instaurées par la loi du 20 décembre 1999 à condition de ne pas dépasser un certain montant de salaire.

i) Le régime d'insertion d'économie sociale (mesures sine)

Le régime d'économie d'insertion sociale, aussi appelé « sine », est une mesure de mise à l'emploi par une activation de l'intégration sur le marché du travail des chômeurs de longue durée. La réglementation sine prévoit pour l'employeur d'une part un subside au salaire, et d'autre part une réduction groupe-cible des cotisations patronales de sécurité sociale.

Sur base de l'A.R. du 21 septembre 2004, le champ d'application du régime sine est étendu au 1er juin 2004 aux centres publics d'action sociale qui organisent des initiatives en matière d'économie d'insertion sociale.

3. Le paiement des cotisations

En vertu de la loi du 1er août 1985 portant des dispositions sociales et de son A.R. d'exécution du 25 octobre 1985, l'administration doit verser à l'ONSS APL le montant des cotisations de sécurité sociale le cinq du mois qui suit la date de l'envoi de la facture.

3.1. Les provisions

Toutefois, l'employeur affilié à l'ONSS APL doit payer, à titre d'avance sur le total des cotisations du trimestre, dans les 5 premiers jours de chaque mois de ce trimestre, une somme égale à 1/3 du montant des cotisations du trimestre correspondant de l'année précédente. Cette provision mensuelle peut être fixée par l'Office pour une année. Elle peut être fixée sur la base des cotisations estimées pour l'année en cours dans le cas d'un affilié qui est pour la première fois redevable de cotisations pour un trimestre.

Le montant des provisions peut être modifié en cours d'année, tant à la demande de l'Office qu'à la demande de l'employeur affilié. Lorsque la demande émane de l'employeur affilié, celle-ci doit être introduite par écrit et indiquer les motifs pour lesquels une modification du montant des provisions est demandée. L'Office notifie à l'employeur affilié le montant de la nouvelle provision, au plus tard 15 jours avant la date d'échéance de la provision prochaine.

3.2. Le paiement du solde des cotisations

Le solde doit être payé par l'employeur affilié au plus tard le cinq du mois qui suit la date de l'envoi de la facture.

3.3. Les régularisations

Les cotisations dues à la suite de régularisations doivent être versées le cinq du mois qui suit la date de l'envoi de la facture.

3.4. Sanctions en cas de retard ou d'absence de paiement

Le non-paiement dans les délais (le 5 du mois qui suit la date de la lettre de recouvrement) donne immédiatement lieu à une majoration de 10 % du montant des cotisations dues et à un intérêt de retard calculé aux taux d'intérêt légal à partir de l'expiration desdits délais jusqu'au jour du paiement.

3.5. Renonciation à l'application des sanctions

L'Office, représenté par son Comité de gestion, peut renoncer à l'application des majorations de cotisations et/ou des intérêts de retard dans trois situations :

a) lorsque les cotisations ont été payées avant la fin du trimestre qui suit celui auquel elles se rapportent, ou en ce qui concerne les régularisations, lorsqu'elles ont été payées avant la fin du 2e mois après celui au cours duquel elles devaient être faites, pour autant que les paiements aient été régulièrement effectués à temps dans le passé et que l'absence de paiement dans les délais prescrits n'a pas porté atteinte tant au régime de la sécurité sociale qu'à celui des allocations familiales;

b) lorsque l'administration établit qu'elle a été dans l'impossibilité de remplir ses obligations dans les délais prévus en raison d'un cas de force majeure dûment justifié;

c) lorsque l'administration établit la preuve de circonstances exceptionnelles justificatives du défaut de paiement des cotisations dans les délais réglementaires, l'Office national peut réduire au maximum de 50 % le montant des majorations et au maximum de 25 % le montant des intérêts de retard dus, pour autant que l'employeur ait préalablement payé toutes ses cotisations de sécurité sociale. La réduction de 50 % peut atteindre 100 % lorsque par décision motivée prise à l'unanimité, le Comité admet que des raisons impérieuses d'équité justifient, à titre exceptionnel, pareille réduction.

3.6. Le prélèvement d'office

L'Office est autorisé à prélever d'office auprès de la banque Dexia, de la banque Fortis, de l'Office des Chèques Postaux et de la Banque Nationale de Belgique, l'ensemble ou une partie du montant exigible de sa créance.

Par lettre recommandée, l'Office met l'employeur affilié en demeure, soit d'acquitter au plus tard le 10e jour de la mise en demeure le montant des cotisations dues avec comme date de valeur la date d'échéance de la créance exigible, soit de faire connaître, dans le même délai, ses objections en fonction du bien-fondé de la créance. Dans ce cas, la réclamation doit être adressée par lettre recommandée à l'administrateur général de l'Office.

Le Comité de gestion décide de la recevabilité et du bien-fondé de la réclamation dans les 60 jours qui suivent la réception de celle-ci. Le prélèvement intervient alors d'office, à la demande de l'administrateur général, de l'administrateur général adjoint ou de la personne déléguée.

II. La gestion globale pour l'Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales

La Gestion Globale de la sécurité sociale au sein de l'ONSS a été instituée par la loi du 30 mars 1994, complétée par la loi du 21 décembre 1994.

A cet effet, l'ensemble des cotisations personnelles et patronales de sécurité sociale dues pour l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale, à l'exclusion des vacances annuelles, a été globalisé à partir du 1er janvier 1995 en une cotisation globale travailleur - employeur, pour répondre aux besoins des différentes branches du régime général de sécurité sociale.

Depuis l'entrée en vigueur au 1er juillet 1997 de l'A.R. du 8 août 1997 portant des mesures en vue du développement de la Gestion Globale de la sécurité so-ciale, en application de l'article 9 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, la Gestion Globale comprend également l'ONSS APL qui, avant cette date, a continué à répartir les cotisations entre les différentes branches du régime général de la sécurité sociale.

Le taux de la cotisation globale reste donc déterminé en fonction des régimes auxquels le travailleur est soumis mais est considéré comme un tout dans une optique de répartition de son produit entre les différents régimes de la sécurité sociale.

Sont destinés à la Gestion Globale :

- le produit de la cotisation globale visée à l'article 23, alinéa 4 de la loi du 29 juin 1981 et à l'article 1er, § 5 de la loi du 1er août 1985 portant des dispositions sociales;
- le produit de la cotisation de 1,60 % (article 38, § 3, alinéa 1er, 9°);
- le produit de la cotisation de modération salariale de 5,67 % de la rémunération du travailleur + 5,67 % du total des cotisations patronales dues + 0,40 % si le régime privé de vacances est d'application;
- le produit de la cotisation de 8,86 % sur les versements constitutifs d'avantages extra-légaux en matière de pension (article 38, § 3 ter);
- le produit de la retenue de 13,07 % sur le double pécule de vacances (article 39);

– le produit de la cotisation spéciale de sécurité sociale (articles 106 à 112, L du 30 mars 1994);
– le produit de la cotisation de solidarité pour l'utilisation personnelle d'un véhicule (article 38, § 3 quater);
– le produit de la cotisation de solidarité pour l'occupation des étudiants (A.R. du 23 décembre 1996).

Le produit des moyens financiers globalisés est réparti sur base des besoins en trésorerie des régimes et branches de la Gestion Globale. En dehors du financement des régimes globalisés, une petite partie est, pour ce qui concerne l'ONSS APL, affectée au financement des travailleurs mis au travail dans les hôpitaux, conformément aux dispositions du chapitre II, section 5 de l'A.R. n° 25 du 24 mars 1982 créant un programme de promotion de l'emploi dans le secteur non-marchand.

Ne sont pas affectés à la Gestion Globale :

- la cotisation allocations familiales conservée par l'Office (5,25 %);
- la cotisation maladies professionnelles destinée au Fonds des maladies professionnelles (0,17 %);
- la cotisation de pension due pour le régime commun de pension des pouvoirs locaux, le régime des nouveaux affiliés à l'Office et le fonds de pension de la police intégrée, destinée au Trésor Public;
- le produit de la cotisation de modération salariale due pour les contractuels subventionnés visés par l'A.R. n° 474 et que l'Office destine au financement des allocations familiales de ces contractuels subventionnés, des bénéficiaires du droit à l'intégration sociale et des bénéficiaires de l'aide sociale financière occupés en application de l'article 60, § 7 de la loi organique sur les CPAS (article 38, § 3 bis, L du 29 juin 1981);
- la cotisation de 0,05 % pour la promotion d'initiatives en matière d'accueil des enfants dont le produit est destiné au Fonds des équipements et services collectifs institué auprès de l'ONAFTS;
- le produit de la retenue de 13,07 % sur le pécule de vacances secteur public qui est destiné au fonds d'égalisation de pension institué auprès de l'Office (redevable au régime commun des pensions du personnel nommé).

Titre IV.
La sécurité sociale d'Outre-Mer

Bien que réglementés par des lois internes belges, les deux régimes de sécurité sociale gérés par l'Office de Sécurité sociale d'Outre-Mer (OSSOM) figurent dans la partie relative au droit international en raison de leur champ d'application personnel respectif. D'une part, il y a le régime de la loi du 16 juin 1960 et d'autre part celui de la loi du 17 juillet 1963. Il n'est possible de participer activement qu'à ce deuxième régime. Peuvent bénéficier desdits régimes, des personnes exerçant (ou ayant exercé) leurs activités professionnelles en dehors du territoire de l'Espace économique européen (EEE) et de la Confédération suisse (depuis le 1er juin 2002).

I. Régime de la loi du 16 juin 1960

La sécurité sociale des anciens employés coloniaux (qui ont accompli leurs services au Congo belge avant le 1er juillet 1960 ou au Ruanda-Urundi avant le 1er octobre 1961) était organisée par les décrets coloniaux. Tous les travailleurs non indigènes occupés au Congo belge et au Ruanda-Urundi étaient obligatoirement assujettis à ce régime. Il a pris fin dans les années 1960 (Congo belge) et 1961 (Ruanda-Urundi), de sorte que plus aucune cotisation n'a été versée dans le cadre de ce régime, après ces dates.

La loi du 16 juin 1960 plaçant sous la garantie de l'Etat belge les organismes gérant la sécurité sociale des employés du Congo belge et du Ruanda-Urundi, et portant garantie par l'Etat belge des prestations sociales assurées en faveur de ceux-ci (M.B. 30 juin 1960), poursuit un double objectif :

- elle place le régime sous la garantie de l'Etat;
- elle accorde aux bénéficiaires concernés des majorations dont l'attribution, l'importance et les conditions d'octroi ont été fixées conformément aux mesures prises en faveur des travailleurs salariés dans les différents régimes qui leur sont applicables en Belgique.

Les prestations relatives aux secteurs suivants sont garanties par l'Etat belge et à charge de l'Office de sécurité sociale d'Outre-Mer :

a) vieillesse et survie

- allocations aux anciens employés (services avant 1942);
- pensions de retraite, de veuves, de divorcées, rentes et allocations d'orphelins;
- pécules de vacances;
- allocations complémentaires;
- valorisation des périodes de maladie et d'invalidité;
- valorisation des années d'études;
- minimum garanti.

b) maladie et invalidité

- allocations aux malades ou invalides et à leurs ayants droit;
- remboursement des frais de soins de santé en faveur des assurés et des membres de leur famille;
- allocations pour frais funéraires.

c) assurance différée soins de santé

- après 16 ans de participation au régime, il se crée un droit au remboursement des soins de santé pour les anciens salariés, leur famille et le cas échéant leurs veuves et orphelins pour autant qu'ils résident en Belgique. Cette condition ne s'applique pas aux ressortissants de l'un des Etats membres de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse.

d) accidents du travail

- rentes et allocations aux assurés et à leurs ayants droit;
- remboursement des frais de soins de santé.

e) maladies professionnelles

- rentes et allocations aux assurés et à leurs ayants droit;
- remboursement des frais de soins de santé.

f) allocations familiales (régime résiduel)

g) pensions complémentaires

h) gestion pour compte de l'Etat : pensions de l'enseignement libre subsidié.

II. Régime de la loi du 17 juillet 1963

La loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'Outre-Mer (M.B. 8 janvier 1964) institue un régime général de sécurité sociale et des assurances complémentaires.

Toute personne, quelle que soit sa nationalité, exerçant une activité professionnelle en dehors du territoire de l'Espace économique européen (EEE) et de la Confédération suisse a la faculté de s'affilier au régime de sécurité sociale d'Outre-Mer. Sont aussi bien visés les travailleurs salariés, les travailleurs non salariés que les fonctionnaires et les agents des services publics. De même, aucune distinction n'est faite quant à la nationalité de l'employeur qui désire s'affilier audit régime en faveur de son personnel.

Il s'agit d'un régime légal d'assurance facultative, sous la garantie et le contrôle de l'Etat belge. L'assujettissement éventuel au système de sécurité sociale du pays d'activité (autre qu'un pays de l'EEE) et de la Confédération suisse (depuis le 1er juin 2002) n'empêche pas la participation au régime. Le versement de cotisations mensuelles est le seul critère de participation. Leur montant peut être choisi entre un minimum et un maximum qui est lié à l'évolution de l'index. Au 1er février 2005, ils s'élèvent respectivement à 204,78 EUR et à 819,22 EUR.

Section 1. Régime général

Le régime général couvre 3 branches d'assurance .

A. Vieillesse et décès

Fondamentalement, le régime est basé sur les principes de la capitalisation individuelle.

Aucune condition de durée minimale de participation à l'assurance n'est requise en ce qui concerne le droit à la pension. Ce droit découle de l'importance des versements de cotisations, de leur montant et de leur durée.

Pour les hommes, l'âge normal de la retraite est déterminé en fonction du nombre d'années de participation au régime. Toute tranche de deux années de participation diminuera d'un an l'âge de la retraite, en commençant par 65 (carrière de moins de 2 ans) et se terminant à 55 ans (carrière de 20 ans et plus).

Pour les femmes, l'âge normal est fixé à 55 ans quelle que soit la durée de la carrière.

En cas de décès, le capital est destiné à la liquidation d'une éventuelle pension de veuve et/ou d'allocation d'orphelin.

B. Maladie et invalidité

L'assuré qui durant la période de participation à l'assurance est en incapacité de travail, à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou en raison d'un accident (autre qu'un accident du travail), peut prétendre à des prestations. Le repos prénatal commence au plus tôt 7 semaines avant la date présumée de l'accouchement.

En cas de décès d'une personne en incapacité de travail qui bénéficie de l'allocation maladie-invalidité ou qui peut y prétendre, il y a attribution d'une allocation pour frais funéraires (même montant que dans le régime INAMI), remboursement des frais de soins de santé pour veuves et orphelins et attribution d'une allocation de veuve et d'orphelin. Toutefois, l'allocation d'orphelin sera déduite des prestations à ces enfants dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité.

C. Assurance différée soins de santé

L'assurance différée soins de santé prévoit le remboursement des frais de soins de santé exposés dans n'importe quel pays, suivant les tarifs de remboursement applicables.

- en faveur des assurés comptant au moins 16 années de participation au régime général;
- en faveur des affiliés bénéficiant d'une prestation pour maladie ou invalidité;
- en faveur de leur famille, éventuellement veuve et orphelin.

Cependant, le titulaire de l'assurance doit résider en Belgique. Les ressortissants de l'un des Etats membres de l'Espace économique européen et de la Confédération suisse ne sont pas soumis à cette obligation.

Section 2. Les assurances complémentaires

La personne qui participe au "régime général" de la sécurité sociale d'Outre-Mer peut, pour elle-même et pour les membres de sa famille, compléter les trois branches du régime général par la conclusion d'assurances contractuelles, qui peuvent être souscrites aussi bien individuellement que par l'employeur.

A. Soins de santé

Cette assurance prévoit l'intervention de l'Office dans les frais de consultations de médecin, prescriptions pharmaceutiques, soins dentaires, hospitalisation, etc. Différentes formules (liées à différentes primes) sont possibles. Les remboursements s'effectuent principalement sur la base suivante :

- frais en Belgique : suivant le régime INAMI;
- frais hors de Belgique : 75 % des frais réels.

A condition qu'il soit satisfait à certaines conditions, il sera éventuellement possible d'obtenir le remboursement intégral des frais exposés en Belgique. En principe, un stage de six mois est requis.

B. Accidents du travail

Les accidents du travail sont définis de la même manière que dans la législation belge relative aux accidents du travail mais sont régis par les conditions du contrat et non par ladite législation. Les accidents sur le chemin du travail sont également compris dans cette assurance. Le voyage vers le pays où s'exerce l'activité professionnelle et le voyage de retour sont également considérés comme "chemin du travail". L'assurance souscrite par l'employeur doit couvrir tous les membres du personnel participant à la sécurité sociale d'Outre-Mer.

L'assurance prévoit l'attribution d'indemnités pour incapacité de travail temporaire ou permanente et le remboursement de frais médicaux (frais d'hospitalisation, chirurgie, prothèses) et de rapatriement. Sont également prévues, une rente viagère pour la

veuve ou les ascendants, des rentes d'orphelins, ainsi qu'une allocation pour les frais funéraires.

C. Accidents de la vie privée

L'assurance complémentaire "Accidents du travail" peut être étendue aux accidents de la vie privée. Cette assurance couvre tous les accidents qui ne sont pas des accidents du travail à quelques exceptions près (situations de guerre, sports dangereux,...). Les allocations versées à la suite d'un accident sont les mêmes que celles prévues dans le contrat "accidents du travail".

III. Rapport entre L'ONSS et L'OSSOM en matière de stage

Une dispense de stage est accordée en cas de passage du régime de sécurité sociale des travailleurs salariés ou indépendants en Belgique (ou un autre Etat membre de l'E.E.E.) vers la sécurité sociale d'Outre-Mer. Il en est de même lorsqu'il a accompli son service militaire ou a suivi des cours du jour à cycle complet.

En cas de passage de la sécurité sociale d'Outre-Mer vers la sécurité sociale "belge", il y a dispense de stage dans l'assurance belge soins de santé à condition d'avoir un contrat soins de santé OSSOM, d'avoir 6 mois de participation au régime général et que l'affiliation s'effectue endéans les 30 jours après la fin de cette participation.

Titre V. Les services communs aux différents régimes

Section I. La Banque Carrefour de la sécurité sociale

A. Introduction

Ces dernières années, de nombreux responsables politiques ont découvert l'e-government et ont pris conscience des avantages offerts par ce formidable instrument, permettant d'améliorer les services de l'administration aux citoyens et aux entreprises et de simplifier les formalités administratives. Cette dynamique a été lancée dans la sécurité sociale belge, voici 14 ans déjà, par la création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale en tant que nouvelle institution de sécurité sociale.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale tente sans relâche de réformer les processus et les relations entre les acteurs du secteur social et entre ces acteurs et les citoyens grâce au recours optimal aux technologies modernes et aux nouveaux médias. Le but final est un fonctionnement aussi effectif et efficace que possible de la sécurité sociale, une optimisation de la prestation de services aux citoyens et aux entreprises et une réduction maximale des charges administratives. Le choix s'est porté sur une approche holistique en combinant réorganisation et intégration des systèmes d'information des différents acteurs du secteur social (dit « back office ») avec un développement de services électroniques axés sur l'utilisateur, via Internet, à l'attention des citoyens et entreprises (qualifié de « front office »).

Les résultats ne se sont pas fait attendre. Ces dernières années, l'approche de l'e-government dans la sécurité sociale belge a été systématiquement citée comme la meilleure pratique dans des études comparatives effectuées à la demande de la Commission européenne.

Au cours de la seconde édition de l'E-government Congress 2004, la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) et l'Office national de sécurité sociale (ONSS) ont reçu, au nom des institutions de sécurité sociale, deux prestigieux E-government Awards décernés par Agoria, la fédération des employeurs :
– Un E-government Champion Award a été décerné à la Banque Carrefour de la sécurité sociale tant pour l'aspect back-office que front-office.
– Un E-government Award a été décerné aux institutions de sécurité sociale pour l'amélioration des services aux entreprises (front-office).

Ce texte est forcément un état de la situation à un moment donné. La Banque Carrefour de la sécurité sociale dispose toutefois d'un site web actualisé chaque semaine et qui peut être consulté à l'adresse http://www.bcss.fgov.be. Sur ce site, les personnes ou entreprises intéressées peuvent aussi s'abonner gratuitement à une lettre d'information électronique mensuelle.

B. La mission et la stratégie de la Banque Carrefour de la sécurité sociale

La Banque Carrefour de la sécurité sociale est le moteur et le coordinateur de l'e-government dans le secteur social belge. Cela signifie :

- inciter les acteurs du secteur social à offrir des services effectifs et efficaces avec un minimum de charges administratives et de coûts pour toutes les parties intéressées et, dans toute la mesure du possible, sur leur propre initiative, d'une manière qui convient de façon optimale aux différents utilisateurs finaux des services, par une amélioration permanente de leurs processus et relations (mutuels) à l'aide des nouvelles technologies (e-government) et en partant d'une vision commune et concertée;
- promouvoir la sécurité des informations et la protection de la vie privée par les acteurs du secteur social belge, si bien que tous les intéressés puissent avoir confiance à juste titre;
- mettre à la disposition des dirigeants politiques et des chercheurs des données intégrées, intersectorielles qui étaieront la politique.

Pour mener à bien sa mission, la Banque Carrefour de la sécurité sociale poursuit 6 objectifs stratégiques, en concertation permanente avec tous les intéressés et en veillant à maintenir le secteur social comme un modèle dans son domaine en Belgique et sur le plan international. Ces objectifs sont les suivants :

- élaborer une vision commune en matière d'e-government dans le secteur social belge et définir une stratégie pour mettre cette vision en oeuvre, transmettre cette vision et cette stratégie et encourager leur concrétisation;
- élaborer une vision commune en matière de sécurité de l'information et de protection de la vie privée dans le secteur social belge et définir une stratégie pour réaliser cette vision, transmettre cette vision et promouvoir son exécution;
- concevoir, (faire) développer et (faire) gérer un cadre d'interopérabilité technique et fonctionnelle, qui soutient l'implémentation de la vision et de la stratégie en matière d' e-government et de sécurité de l'information;
- définir des programmes et des projets qui dépassent les acteurs individuels en vue de mettre en oeuvre la vision et la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information et coordonner l'exécution de ces programmes et projets;
- gérer la collaboration en matière d'e-government et de sécurité de l'information avec les instances extérieures au secteur social;
- communiquer en ce qui concerne la vision commune et la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information dans le secteur social et les services offerts en la matière par la Banque Carrefour.

C. Les principes de base du traitement des informations en tant que moyen de production stratégique

Les informations relatives à la situation sociale et professionnelle des assurés sociaux constituent, outre les ressources humaines et financières, pour ainsi dire le principal moyen de production des acteurs du secteur social.
Ces informations sont nécessaires pour pouvoir calculer et percevoir les cotisations, pour fixer et verser les allocations et pour permettre une évaluation et des corrections permanentes de la politique sociale en fonction de l'évolution de la conjoncture sociale. Aussi est-il primordial que les responsables de la gestion du secteur social accordent une attention particulière à l'utilisation de méthodes efficaces de gestion et de traitement des données. A cet effet, plusieurs principes précis ont été déterminés pour cinq aspects différents. Tous les acteurs du secteur social sont encouragés à les respecter.

1. Modélisation des informations

Les informations doivent être modélisées de manière à refléter le plus fidèlement possible le monde réel. Ceci implique que la définition des éléments d'information, de leurs caractéristiques et de leurs relations réciproques se base sur une abstraction de la réalité et non sur des concepts légaux.
Ceci permet d'éviter des modifications au modèle d'information à la suite de changements intervenus dans la législation.

La modélisation des informations doit, dans toute la mesure du possible, tenir compte des besoins d'utilisation prévisibles. Ceci suppose une compréhension suffisante du fonctionnement des différents acteurs du secteur social, qui peut être obtenue en instituant un comité de modélisation qui gère le modèle d'information et ses modifications.

Lors du processus de modélisation des informations, une attention toute particulière doit être accordée à l'aspect temporel. Les informations peuvent se rapporter à une situation à un moment donné (p. ex. l'adresse de résidence au 1er janvier d'une année déterminée) ou à une situation durant une période (p. ex. le salaire gagné pendant un trimestre). Il est important de faire preuve d'une cohérence suffisante dans l'ensemble du secteur social en ce qui concerne les moments et les périodes de référence pour lesquelles des informations sont nécessaires selon les différentes finalités, sans quoi la réutilisation de ces données devient problématique.

Le monde réel est en mutation constante et tous les besoins d'utilisation ne sont pas prévisibles. Par conséquent, il doit être possible d'étendre et d'adapter de manière souple le modèle d'information lorsque le monde réel ou l'utilisation des informations changent.

Une bonne façon de mettre en oeuvre cette modélisation des informations consiste à recourir à des techniques de modélisation des informations orientées objet et à des langages de modélisation tels que l'UML (Unified Modelling Language).

2. Collecte unique et réutilisation des informations

Les informations peuvent uniquement être collectées par les acteurs du secteur social pour des finalités bien déterminées et dans la mesure où cette collecte est proportionnelle à ces finalités.

Les acteurs du secteur social ne peuvent collecter les informations qu'une seule fois, et ceci le plus près possible de la source authentique. Les différents acteurs ne peuvent pas demander plusieurs fois les mêmes informations aux citoyens ou aux entreprises. Ils ne peuvent pas non plus demander des informations à une autre source que celle où ces informations ont été créées pour la première fois. Par exemple, il n'incombe pas à un employeur de déterminer si un accident survenu sur le lieu du travail peut être juridiquement qualifié d'accident du travail puisque ceci relève de la responsabilité de l'assureur accidents du travail. Les informations relatives au fait de savoir si un accident survenu sur le lieu du travail est ou non un accident du travail, doivent dès lors être demandées à l'assureur accidents du travail et non à l'employeur.

Le fournisseur d'informations doit pouvoir lui-même choisir le canal par lequel il communique les informations aux acteurs du secteur social. On privilégie l'utilisation de canaux électroniques avec des services de base uniformes (single sign-on, accusé de réception par fichier, notification par message, …).

Les acteurs du secteur social doivent collecter les informations sur la base du modèle d'information et de directives administratives uniformes.

Le fournisseur d'informations dispose idéalement de la possibilité de contrôler la qualité des informations avant de les transmettre à un acteur du secteur social. Ceci suppose que les acteurs du secteur social mettent à la disposition des fournisseurs d'informations des logiciels permettant de contrôler la qualité.

Dès que ces informations parviennent chez un acteur du secteur social, elles doivent être validées une seule fois, selon une répartition fixe des tâches, par l'acteur du secteur social ou par l'autorité qui est la plus compétente ou dont l'intérêt pour valider ces informations est le plus grand.

Ces informations ne peuvent être partagées avec des utilisateurs autorisés et être réutilisées par eux qu'après leur validation. Dans le cas inverse, des informations erronées risquent d'être diffusées et le risque est grand que les fournisseurs d'informations soient contactés par différents acteurs du secteur social avec la demande de corriger ces mêmes informations inexactes.

3. Gestion des informations

Les informations sous toutes leurs formes (p. ex. orales, imprimées, électroniques, visuelles, ...) doivent être gérées de manière efficace tout au long de leur vie.

Il y a lieu de fixer une répartition fonctionnelle des tâches afin de déterminer quel acteur du secteur social ou quelle administration se charge d'enregistrer, de gérer et de mettre à la disposition de tous les utilisateurs autorisés quelles informations sous leur forme authentique. Ainsi, une source authentique est déterminée pour chaque information au sein du secteur social ou de l'administration.

Les informations doivent être enregistrées conformément au modèle d'information et doivent pouvoir être agrégées de manière flexible en fonction des concepts légaux changeants.

Chaque acteur du secteur social doit signaler les inexactitudes supposées dans les informations à l'acteur qui doit les valider.

Chaque acteur qui doit valider conformément à la répartition des tâches fixées doit analyser les inexactitudes supposées qui lui ont été signalées, le cas échéant, les corriger et mettre l'information corrigée à la disposition des acteurs intéressés connus.

Les informations ne sont conservées et gérées qu'aussi longtemps que nécessaire pour les besoins de l'entreprise, le soutien à la politique ou l'application de la réglementation ou tant qu'elles conservent une pertinence historique ou une valeur d'archives. Dans ce cas, ces informations seront de préférence enregistrées sous une forme anonyme ou codée.

4. Echange électronique d'informations

Une fois collectées et validées, les informations sont, dans toute la mesure du possible, stockées, gérées et échangées électroniquement afin d'éviter toute réintroduction manuelle.

L'initiative de l'échange électronique d'informations peut émaner de l'acteur qui dispose d'une information, de l'acteur qui en a besoin ou de la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

L'échange électronique des informations s'effectue dans un cadre d'interopérabilité technique et fonctionnelle qui évolue progressivement et de façon permanente avec les standards ouverts du marché; ce cadre est indépendant de la technique d'échange des informations utilisée (interactive ou par traitement en différé).

Les informations disponibles sont utilisées de manière proactive pour l'octroi automatique de droits, le préremplissage lors de la collecte d'informations et la fourniture d'informations aux intéressés.

5. Protection des informations

La sécurité, l'intégrité et la confidentialité des informations doivent être garanties grâce à un ensemble intégré de mesures de sécurité structurelles, organisationnelles, techniques, physiques et autres prises en exécution de la politique de sécurité de l'information fixée.

Les données à caractère personnel peuvent uniquement être utilisées pour des finalités conciliables avec le but pour lequel elles ont été collectées.

Les données à caractère personnel peuvent uniquement être accessibles aux utilisateurs autorisés en fonction des besoins de l'entreprise, du soutien de la politique et de l'application de la réglementation.

Les autorisations d'accès aux données à caractère personnel sont octroyées par un comité indépendant désigné par le Parlement, après constat de conformité aux critères d'accès. Les autorisations d'accès sont rendues publiques.

La conformité aux autorisations d'accès en vigueur est vérifiée préventivement pour chaque échange électronique de données à caractère personnel par la Banque Carrefour de la sécurité sociale.
Chaque échange électronique de données à caractère personnel est enregistré afin de permettre de tracer ultérieurement tout usage impropre éventuel.

Chaque fois que l'information est utilisée pour une décision, l'information utilisée est communiquée à l'intéressé en même temps que la décision.

Chaque personne a droit à l'accès et à la correction de ses propres données à caractère personnel.

D. Les principales réalisations

Comme mentionné dans l'introduction, la Banque Carrefour de la sécurité sociale a choisi une approche holistique en combinant réorganisation et intégration des systèmes d'information des différents acteurs du secteur social (le « back office ») avec le développement de services électroniques orientés sur les utilisateurs, via Internet, à l'attention des citoyens et entreprises (le « front office »).

Ceci donne lieu à la situation suivante :

- les allocations sociales sont octroyées de manière rapide et correcte, si possible à l'initiative de l'acteur compétent du secteur social plutôt qu'à la demande de l'assuré social;
- les informations déjà disponibles chez un acteur du secteur social et dont un autre a besoin, ne sont plus demandées à l'assuré social ou aux entreprises, mais sont échangées électroniquement entre acteurs du secteur social;
- des concepts suffisamment harmonisés sont utilisés dans l'ensemble du secteur social, la réutilisation des informations devient donc possible;
- les acteurs du secteur social ne doivent plus perdre de temps à exécuter plusieurs fois les mêmes tâches (p. ex. l'introduction ou la validation des informations);
- des statistiques intersectorielles relatives aux différents secteurs de la sécurité sociale peuvent être mises à la disposition des responsables politiques;
- une lutte plus efficace contre la fraude devient possible;
- les citoyens et les entreprises peuvent consulter des informations relatives à l'ensemble de la sécurité sociale et effectuer des transactions électroniques avec toutes les institutions de la sécurité sociale via une porte d'accès électronique unique, intégrée et axée sur les utilisateurs.

Ci-après, nous donnons un aperçu plus détaillé des principales réalisations.

1. Un réseau d'échange des données

La Banque Carrefour de la sécurité sociale gère un réseau d'échange électronique de données sécurisé entre quelque 2.000 acteurs du secteur social. La plupart des acteurs de ce secteur sont entre-temps intégrés à ce réseau. Il s'agit plus particulièrement de toutes les institutions publiques de sécurité sociale, du Service des allocations aux personnes handicapées et de l'Administration des pensions du Service public fédéral Sécurité Sociale, du Registre national, des services d'inspection sociale, des mutualités, des caisses d'allocations de chômage, des caisses d'allocations familiales, des assureurs accidents du travail, des caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants, des principaux fonds de sécurité d'existence et graduellement des CPAS. En 2004, 378,3 millions de messages électroniques ont été échangés à travers le réseau, rendant ainsi autant de déclarations et d'attestations papier superflues. Le prix revient donc à moins de 5 cents par message.

Depuis quelques années, le réseau est relié de manière sécurisée avec des réseaux à haut degré de pénétration chez les citoyens et les entreprises, comme Internet, le réseau interbancaire ISABEL auxquels sont connectées de nombreuses entreprises, le réseau Publilink et le réseau VERA auxquels sont abonnés la plupart des communes et des CPAS. De cette manière naît progressivement un trafic de données électroniques entre les acteurs du secteur social, d'une part, et les citoyens et les entreprises, d'autre part.

Le réseau offre, par ailleurs, la possibilité de vérifier les signatures électroniques.

2. Le répertoire des références

La Banque Carrefour de la sécurité sociale ne conserve pas des informations détaillées relatives aux assurés sociaux ou aux entreprises. Elle est néanmoins responsable de l'organisation des échanges électroniques de données, d'une part, entre les acteurs du secteur social et, d'autre part, entre ceux-ci, les citoyens et les entreprises. A cet effet, la Banque Carrefour de la sécurité sociale dispose d'un répertoire des références qui indique :

- pour chaque citoyen, chez quels acteurs du secteur social, il possède un dossier, sous quelle qualité et pour quelle période;
- pour chaque type d'acteur du secteur social, la qualité sous laquelle un citoyen peut être connu chez cet acteur, le type de données disponibles chez cet acteur;
- pour chaque type d'acteur du secteur social, la qualité sous laquelle un citoyen peut être connu chez cet acteur, les types de données dont cet acteur a besoin et qu'il est autorisé à recevoir d'autres acteurs pour réaliser sa mission.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale utilise ce répertoire des références pour :

- effectuer un contrôle d'accès préventif, c'est-à-dire limiter l'accès d'un acteur, d'une part, à l'information qu'il peut obtenir et, d'autre part, aux personnes pour lesquelles il gère un dossier;
- transmettre des demandes d'information à l'acteur qui peut fournir l'information;
- transmettre automatiquement les modifications des informations (p. ex. changements d'adresses) aux acteurs du secteur social qui possèdent un dossier relatif au citoyen concerné et qui ont besoin de cette information pour exécuter leurs missions.

Le répertoire des références contient 106,5 millions de dossiers. Chaque assuré social y est en moyenne connu auprès de 7,68 acteurs du secteur social.

3. L'utilisation de clés d'identification unique

Pour améliorer la fluidité des échanges d'informations relatives aux citoyens et aux entreprises, un numéro d'identification unique, valable pour l'ensemble du secteur social est attribué à chaque citoyen et à chaque entreprise. Pour les citoyens, il s'agit du numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS), c'est-à-dire le numéro de Registre national pour les personnes inscrites dans un registre belge de population ou des étrangers ou un numéro attribué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale pour les personnes qui possèdent un dossier dans la sécurité sociale belge ou auprès d'une administration publique belge, mais qui ne sont pas inscrites dans un registre belge de population ou des étrangers.
Pour les entreprises, il s'agit du numéro d'entreprise.

Le numéro d'identification unique des citoyens est inscrit sur leur carte d'identité sociale qui peut être lue électroniquement; ce numéro est lisible à l'œil nu et de manière électronique (voir point 10).

A l'aide du numéro d'identification unique, chaque acteur du secteur social peut demander, de manière aisée et fiable, via le réseau, des données sur l'intéressé auprès des autres acteurs. Sans numéro d'identification unique, cette opération nécessiterait des données d'identification telles que le nom, la date de naissance ou l'adresse, avec des risques nettement plus élevés d'erreur. Grâce à la plus grande fluidité des échanges d'informations entre acteurs du secteur social, les assurés sociaux et leurs employeurs sont déchargés de nombreuses tâches administratives lors de la transmission d'informations aux acteurs du secteur social, puisqu'ils doivent de moins en moins souvent communiquer les mêmes informations à un grand nombre d'acteurs différents.

4. L'accès au Registre national et aux registres BCSS

Le Registre national et les registres BCSS – deux banques de données complémentaires qui tiennent à jour plusieurs données de base de toutes les personnes physiques belges ou étrangères pour lesquelles l'administration belge possède un dossier – peuvent être consultés électroniquement par tous les acteurs intégrés au réseau, de façon interactive ou par traitement en différé. Par ailleurs, toutes les modifications des données d'identification de base des personnes inscrites dans le répertoire des références pour lesquelles ils gèrent un dossier, sont communiquées de manière automatique à ces acteurs. Ceci se fait par le biais d'un système de boîtes aux lettres électroniques que les acteurs peuvent vider à leur gré.

La disponibilité des données d'identification de base dans le Registre national et dans les registres BCSS rend superflue la demande d'extraits des registres de population auprès des communes et de nombre d'autres informations d'identité auprès des citoyens. Ce qui permet aux fournisseurs d'informations et aux acteurs du secteur social qui doivent traiter les données d'éviter des frais et de gagner du temps. L'intervalle de temps entre la demande et l'obtention des informations est par ailleurs en moyenne réduit de quelques semaines à quelques secondes en cas d'interrogations en ligne et à maximum deux jours en cas d'interrogations en mode différé. Ainsi, les dossiers peuvent être traités plus rapidement et la prestation de services aux assurés sociaux est améliorée.

Via le système de messagerie électronique, tous les acteurs intéressés du secteur social sont systématiquement avisés des naissances, des changements d'adresse et des décès – informations pertinentes pour eux – qui ne doivent désormais être déclarés qu'aux seules administrations communales. Une fois que la commune a été mise au courant, l'assuré social ne doit plus informer tous les acteurs concernés du secteur social. La communication des changements d'adresses et des décès permet aux institutions de paiement d'éviter bien des pertes d'intérêts ou des frais de recouvrement qui sont la conséquence de l'émission d'ordres de paiement ou d'assignations postales à des personnes décédées ou ayant déménagé.

Au total, grâce à la consultation du Registre national et des registres BCSS, 107,4 millions d'extraits papier ont été évités en 2004.

5. La collecte automatisée et le stockage des données relatives aux salaires et au temps de travail

Alors que la collecte des données relatives aux salaires et à la durée du travail des travailleurs salariés, en vue de la fixation des cotisations sociales, s'effectuait jusqu'en 1989 pour ainsi dire exclusivement sur support papier, les employeurs ont, depuis 1990, la possibilité d'effectuer les déclarations trimestrielles à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) sur support électronique. Ceci a considérablement diminué le travail administratif des employeurs, notamment parce que les programmes pour élaborer les déclarations électroniques ont été préalablement testés et agréés par l'ONSS, ce qui évite les risques d'erreurs et donc les risques d'un traitement fastidieux des remarques ultérieures.

Les informations émanant des employeurs sont, depuis 1990, enregistrées dans une banque de données de l'ONSS [la banque de données relatives aux salaires et au temps de travail (banque LATG)], qui depuis sa création est accessible aux institutions du secteur des vacances annuelles, au service qui tient à jour le compte individuel de pension et aux Fonds de sécurité d'existence. Auparavant, ces institutions recevaient tout au plus des copies des déclarations ONSS sur papier, qu'elles devaient introduire dans les ordinateurs de leur institution en vue de leur traitement. Les informations disponibles sous format électronique chez un grand nombre d'employeurs ou de secrétariats sociaux, étaient imprimées sur papier en vue de leur transmission à l'ONSS; ensuite, elles étaient à nouveau réintroduites dans un support informatique dans les différentes institutions de sécurité sociale. En outre, ces dernières ne collaboraient quasiment pas au traitement des données si bien que certains contrôles étaient effectués deux ou trois fois et que d'autres, bien qu'indispensables, n'étaient pas réalisés.

Le taux d'efficacité a pu être augmenté grâce à la mise à disposition de la banque LATG dans le réseau géré par la Banque Carrefour et par des accords précis en matière de répartition des tâches de contrôle et de traitement des informations entre les institutions concernées. Les avantages ne se sont pas fait attendre. Ainsi, une grande partie du personnel des institutions concernées a pu être libérée du travail d'enregistrement superflu et être affectée à des tâches plus utiles comme le traitement des dossiers sur le plan du contenu. Les problèmes de paiement en temps opportun du pécule de vacances, qui persistaient depuis de longues années, ont été en grande partie résolus grâce au transfert beaucoup plus rapide des données et de leur traitement électronique instantané. Le service chargé de la tenue à jour des comptes individuels de pension a enfin pu mettre fin à son archivage des déclarations ONSS sur papier long de 6,6 km. En effet, elles sont désormais archivées sur des disques optiques auprès de l'ONSS. Les bons de cotisation pour travailleurs salariés sont automatiquement déduits par l'ONSS de la banque LATG et transférés par la voie électronique aux mutualités par la Banque Carrefour de la sécurité sociale (voir point 8.).

Depuis le 1er janvier 2003, la déclaration ONSS doit obligatoirement être effectuée par la voie électronique et elle a acquis un caractère multifonctionnel pour l'ensemble de la sécurité sociale, et plus uniquement pour le calcul des cotisations de sécurité sociale sur les revenus du travail, la tenue à jour du compte de pension et le calcul du pécule de vacances ou des avantages accordés par les fonds de sécurité d'existence. Les données relatives aux salaires et au temps de travail figurant sur la déclaration ONSS peuvent désormais également être utilisées pour le calcul de toutes les allocations de sécurité sociale liées aux salaires ou au temps de travail, comme par exemple les indemnités d'incapacité de travail et les allocations de chômage.

Les concepts de base tels que « salaire », « journée de travail » et « jour assimilé à un jour de travail » ont été définis, de façon univoque, pour l'ensemble de la sécurité sociale si bien que les institutions de sécurité sociale peuvent faire usage de données historiques relatives aux salaires et au temps de travail qui sont collectées via la déclaration trimestrielle à l'ONSS.

Les données qui sont ainsi mises à disposition au sein du réseau de la sécurité sociale ne doivent plus être demandées à l'employeur lorsque survient un risque social. Dès lors, l'introduction de la déclaration multifonctionnelle a permis de supprimer 50 formulaires, qui étaient utilisés annuellement plus d'un million de fois, et de limiter 27 formulaires qui étaient utilisés plus de 5 millions de fois par an à, en moyenne, un tiers des rubriques.

Jusqu'au 1er janvier 2003, la déclaration trimestrielle se composait d'un cadre comptable et de différents relevés du personnel. Un employeur exerçant plusieurs activités économiques différentes et/ou occupant des travailleurs de diverses catégories, devait introduire une déclaration par activité économique et/ou par catégorie de travailleur. Il n'y avait pas moins de 142 modèles différents. La déclaration multifonctionnelle modernisée met fin à la distinction entre cadre comptable et relevés du personnel. La déclaration se compose désormais d'un ensemble de lignes travailleurs sur lesquelles sont calculées les cotisations et les réductions de cotisations. Depuis 2005, la déclaration ONSSAPL est également alignée sur la nouvelle déclaration ONSS.

Avant le 1er janvier 2003, quand un employeur voulait apporter des modifications à la déclaration ONSS introduite, il devait suivre une procédure sur papier relativement lourde. Actuellement, une procédure électronique est en cours de développement qui permettra à terme aux employeurs de procéder, dans des limites déterminées, à certaines corrections en ligne par le biais du portail de la sécurité sociale (voir point 13.) ou par le biais d'un échange de messages structurés en mode d'application à application.

Enfin, le fichier LATG est un instrument extrêmement intéressant comme soutien à la politique socio-économique. Sa valeur scientifique et de soutien de la politique s'accroît en permanence au fur et à mesure que la période couverte s'allonge et que les données enregistrées deviennent plus précises. La publication trimestrielle, par l'ONSS, des "estimations rapides de l'emploi" en est un résultat important. Ces estimations fournissent un aperçu fiable de l'évolution de l'emploi sur la base d'un couplage de la banque LATG avec d'autres banques de données, 5 mois après la fin de chaque trimestre de déclaration. Grâce à ces estimations de l'emploi, la Belgique fait partie des pays qui disposent le plus rapidement de statistiques fiables sur l'évolution de l'emploi.

En 2004, la banque LATG a été à la base de l'échange de plus de 58 millions de messages électroniques, les bons de cotisation électroniques n'ayant pas été pris en considération.

6. Le répertoire des employeurs

Dans le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, il est crucial de disposer d'informations exactes et suffisantes relatives à l'employeur, par exemple pour la fixation des pourcentages en vue du calcul des cotisations sociales, la détermination de la caisse d'allocations familiales compétente ou de la décision sur les conventions collectives de travail applicables.

Tous les acteurs du secteur social ont accès en ligne ou par traitement en différé au répertoire des employeurs que l'ONSS tient à jour depuis de longues années, ainsi qu'à l'historique. Depuis 2004 cela s'applique également au répertoire des employeurs de l'ONSSAPL. Jusqu'il y a quelques années, il était uniquement possible d'obtenir sporadiquement une copie ponctuelle de ce répertoire sur bande magnétique. Les données publiques des deux répertoires des employeurs sont, par ailleurs, mises à la disposition du public via le portail de la sécurité sociale (voir point 13.).

Cette option offre également d'énormes avantages, surtout lorsqu'elle est combinée à la consultation d'autres banques de données et permet de déduire dans le temps le lien entre travailleur(s) et employeur(s) (voir point 12.). La détermination des caisses d'allocations familiales compétentes successives en cas de changement d'employeur – ce qui était auparavant souvent source de problèmes et entraînait régulièrement des interruptions dans le paiement des allocations familiales – est par exemple aujourd'hui devenue un jeu d'enfant.

Au total, en 2004, les deux répertoires des employeurs ont été consultés plus de 848.000 fois.

De plus, environ 3 millions d'attestations relatives à ces répertoires d'employeurs ont été diffusés aux institutions de sécurité sociale.

7. La révision du cadastre des pensions

L'INAMI tient à jour depuis longtemps un cadastre des pensions en vue de la perception d'une retenue de 3,55% sur les pensions légales de vieillesse, de retraite, d'ancienneté et de survie ou sur d'autres avantages similaires. Ce cadastre est alimenté par des déclarations effectuées par les débiteurs de ces pensions ou avantages.

Entre-temps, le législateur a également introduit une cotisation de solidarité progressive, à retenir sur les montants cumulés des pensions par personne; il a été décidé qu'il convenait également de fixer le pourcentage du précompte fiscal à retenir sur les pensions en tenant compte des montants cumulés des pensions par personne. Pour la fixation de la cotisation de solidarité et du pourcentage du précompte, les données disponibles dans le cadastre des pensions de l'INAMI ont servi de base. Il s'est toutefois rapidement avéré que le cadastre élaboré dans le cadre de la retenue des 3,55% devait être revu afin d'être utilisé de manière optimale pour soutenir la mise en application des mesures mentionnées.
A la suite de cette révision, le cadastre des pensions a pu être intégré au réseau géré par la Banque Carrefour comme serveur d'informations offrant une triple fonctionnalité :

- l'aide au calcul des cotisations et des précomptes sur les montants cumulés de pension effectivement versés, comme la cotisation de 3,55% et la cotisation de solidarité;
- la mise à disposition d'informations complètes concernant l'instance qui accorde tels ou tels avantages légaux et extra-légaux de pension à telle ou telle personne, notamment en vue d'appliquer les règles en vigueur en matière de concours entre ces avantages;
- le soutien à la politique sociale menée en matière de pensions.

Sur la base du cadastre des pensions, des aperçus électroniques sont conçus pour l'Office national des pensions et pour l'Administration des pensions. Ces aperçus mentionnent, par personne, tous les avantages légaux et extra-légaux en matière de pension; ces deux instances sont ainsi en mesure d'établir la cotisation progressive de solidarité et le précompte fiscal qui doivent être retenus sur chaque avantage de

pension en fonction du montant cumulé de la pension. Ensuite, toutes les institutions qui paient des pensions légales sont informées via des attestations électroniques des montants de la cotisation de solidarité et du pourcentage du précompte fiscal qu'elles doivent retenir sur chaque avantage payé. En 2004, pratiquement 3 millions de messages électroniques ont été échangés en la matière.

Dans l'intervalle, le Cadastre des pensions remplit aussi un rôle central dans le flux de données attestations soins de santé pour les pensionnés parce que les messages de l'ONP, de l'INASTI ainsi que les messages des organismes de pension qui fournissent des données au Cadastre des pensions sont envoyés au réseau de la sécurité sociale à l'intervention du Cadastre des pensions.

8. L'automatisation des bons de cotisation

Auparavant, chaque assuré de l'assurance maladie et invalidité devait transmettre annuellement un bon de cotisation papier à sa mutualité pour prouver son assurabilité. Ce bon lui était délivré, selon les cas, par son employeur, sa caisse d'assurances sociales pour indépendants ou l'institution de sécurité sociale qui lui versait des allocations. Les mutualités introduisaient manuellement ces bons papier sur des supports informatiques pour les traiter, après quoi l'INAMI était en mesure de procéder à certains contrôles pour vérifier si les bons correspondaient effectivement aux informations disponibles auprès de l'ONSS ou d'autres institutions de sécurité sociale.

Progressivement, tous les bons de cotisation sur papier ont été supprimés, tant pour les fonctionnaires, les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants, que pour les différentes catégories de bénéficiaires d'allocations de sécurité sociale (chômeurs, personnes en incapacité de travail, ...). Les preuves de cotisation sont désormais déduites de manière automatisée des diverses banques de données disponibles auprès de l'ONSS, de l'ONSSAPL, de l'ONEM, des caisses d'assurances sociales pour indépendants, de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, de l'ONP et du cadastre des pensions et transmises aux mutualités par le réseau de la Banque Carrefour. Ceci décharge les employeurs de l'impression des bons de cotisation, les assurés sociaux par la manipulation d'attestations papier, les mutualités d'une introduction manuelle fastidieuse avec les multiples risques d'erreurs qui en découlent et l'INAMI de contrôles devenus superflus.

En 2004, près de 14 millions de bons de cotisation électroniques ont été échangés.

9. L'échange électronique des attestations relatives à la situation en matière de sécurité sociale

Ces dernières années, la Banque Carrefour s'est également attachée tout particulièrement au développement de flux de données électroniques qui permettent aux institutions de sécurité sociale de communiquer la situation d'une personne en matière de sécurité sociale à d'autres acteurs, dans ou en dehors de la sécurité sociale, qui ont besoin de ces informations pour l'exécution de leurs missions.
Ceci évite aux institutions de sécurité sociale d'établir un grand nombre d'attestations sur papier et de les envoyer aux assurés sociaux, qui doivent alors aller les remettre à une autre institution, où les données qui figurent sur ces attestations doivent à nouveau être introduites manuellement.

Toutes les institutions affiliées au réseau peuvent consulter d'une manière contrôlée les banques de données de toutes les autres institutions et échanger jusqu'à 181 types de messages électroniques.
Pour les messages en ligne, le délai entre le moment de la demande et celui de la réponse n'excède pas quatre secondes dans 98,54% des cas.

La liste exhaustive des attestations électroniques qui sont échangées directement entre les acteurs du secteur social ou d'autres instances, comme les administrations communales ou l'Administration des contributions directes, peut être consultée sur le site de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Ci-après, nous citons quelques-uns de ces flux de données, en mentionnant également les chiffres pour l'année 2004 :

- 2,2 millions d'attestations électroniques se rapportant à des chômeurs ou à des personnes en interruption de carrière destinées au service qui tient à jour le compte individuel de pension, afin que ce service puisse compléter leur compte pension;
- 4,8 millions d'attestations électroniques destinées aux mutualités et se rapportant à des personnes ayant droit au revenu d'intégration, à une allocation de handicapé, à un revenu garanti pour personnes âgées, aux allocations familiales majorées pour cause de handicap, ou à des chômeurs de longue durée; ainsi, les mutualités sont en mesure d'établir les droits de ces personnes à une intervention majorée dans les frais de soins de santé, de tenir compte de ces données lors de la fixation de l'intervention forfaitaire pour malades chroniques et d'appliquer immédiatement le maximum à facturer;
- 4 millions d'attestations électroniques en provenance de l'ONEM, destinées aux caisses d'allocations familiales, par lesquelles est communiqué le statut de chômeur (de longue durée) ou de personne en interruption de carrière; dès lors, les caisses d'allocations familiales peuvent fixer le droit à des allocations familiales (majorées);
- 3,5 millions d'attestations électroniques émanant des mutualités et destinées aux caisses d'allocations familiales se rapportant au maintien du droit aux allocations familiales pour les personnes en incapacité de travail ou pour les femmes en congé de maternité;
- 344.000 attestations électroniques provenant des services de placement et destinées aux caisses d'allocations familiales concernant les jeunes qui quittent l'école et qui s'inscrivent comme demandeurs d'emploi, de manière à préserver leur droit aux allocations familiales;
- 11 millions d'attestations électroniques émises par l'ONEM et destinées à l'ONSS et/ou à l'ONSSAPL afin que ces institutions puissent vérifier si les conditions d'octroi de réductions de cotisations patronales sont remplies;
- 1,8 million d'attestations électroniques provenant du Fonds de Sécurité d'existence pour les ouvriers du secteur du bâtiment et destinées à l'ONSS, afin que l'ONSS soit en mesure de vérifier, lors d'un contrôle sur le chantier de construction, l'authenticité d'une carte de contrôle pour un travailleur donné;
- 9,6 millions d'attestations électroniques destinées au SPF Finances portant sur le ticket modérateur payé en soins de santé, afin que lors de l'imposition le SPF Finances puisse automatiquement établir, par ménage, les montants à déduire de l'impôt sur les personnes physiques à payer dans le cadre du maximum à facturer;
- 7,2 millions d'attestations électroniques destinées au SPF Finances, qui indiquent les personnes qui tombent sous l'application de la cotisation spéciale de sécurité sociale perçue par le SPF Finances sur le revenu imposable du ménage, ou qui indiquent les montants à déduire de la cotisation spéciale de sécurité sociale à la suite du paiement d'une cotisation majorée dans le statut social des indépendants;
- 2,6 millions d'attestations électroniques venant du FAT, de l'INAMI, du FMP, de l'ONAFTS, du CIN, de l'INASTI et du SPF Sécurité Sociale à destination de la Région flamande, afin que la Région flamande puisse accorder automatiquement, lors de la fixation du précompte immobilier, la réduction ou l'exonération du précompte aux personnes concernées;

- 6,3 millions d'attestations électroniques destinées aux administrations communales et provinciales ainsi qu'à la Vlaamse Milieumaatschappij (Société flamande de l'environnement) et à la Région de Bruxelles-Capitale, mentionnant qui de leurs contribuables ou de leurs redevables d'une redevance bénéficie d'un remboursement majoré des frais de soins de santé, si bien que les instances concernées peuvent accorder automatiquement aux intéressés une réduction ou une exonération des impôts ou des redevances, prévues dans leurs règlements;
- 20.322 attestations envoyées par le SPF Sécurité Sociale et le Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Fonds flamand pour l'intégration des personnes handicapées) à la société De Lijn, qui peut dès lors accorder à ces personnes un abonnement de transport gratuit;
- 10,5 millions d'attestations électroniques relatives à des périodes d'interruption de travail en provenance des mutualités, des assureurs accidents du travail, des organismes de paiement des allocations de chômage et du Fonds des maladies professionnelles à destination des autres institutions de sécurité sociale afin de compléter les données de la déclaration multifonctionnelle des employeurs avec les données dont les institutions émettrices sont la source authentique;
- 340.000 attestations électroniques émises par l'INASTI destinées aux autres institutions de sécurité sociale communiquant le début et la fin d'une activité d'indépendant;
- 10,5 millions d'attestations électroniques destinées au datawarehouse OASIS dans le cadre d'un projet antifraude commun des services d'inspection du SPF Sécurité Sociale, de l'ONSS, du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale et de l'ONEM; l'objectif de ce datawarehouse est de permettre aux services d'inspection sociale d'effectuer des analyses sur des données codées provenant de diverses institutions de sécurité sociale en vue de détecter des fraudes potentielles; pour les personnes soupçonnées de fraude, la Banque Carrefour réidentifie les données pour les services d'inspection, afin qu'ils puissent effectuer des contrôles ciblés;
- 3,6 millions d'attestations électroniques relatives aux jours et au pécule de vacances sont envoyées par les caisses de vacances à destination d'autres institutions de sécurité sociale.

Par ailleurs, la Banque Carrefour prend activement part, au niveau européen, au développement d'un réseau européen pour l'échange électronique de données sociales relatives aux citoyens qui migrent entre des Etats membres de l'Union européenne. En Belgique, la Banque Carrefour de la sécurité sociale joue le rôle de "point de transmission" pour l'échange de messages électroniques en provenance d'institutions étrangères de sécurité sociale, destinés à des institutions de sécurité sociale belges et vice versa. Par exemple, en 2004, 100.000 messages électroniques ont été échangés entre institutions de pension belges et étrangères, ceci permet de tenir à jour un aperçu des droits à la pension que les travailleurs migrants au sein de l'Union européenne s'ouvrent dans différents Etats membres.

Par ailleurs, 228.000 messages électroniques ont également été échangés entre les organismes belges et étrangers de soins de santé en ce qui concerne les frais médicaux réalisés dans l'Etat membre visité.

10. La carte d'identité sociale ou carte SIS

Dans le courant de 1998, chaque assuré social a reçu une carte d'identité sociale ou carte SIS. Cette carte adopte la forme d'une carte à puce, sur laquelle sont imprimées des données et stockées des informations électroniques.

En premier lieu, la carte SIS comporte un certain nombre de données d'identification de base, parmi lesquelles le NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale). Ces données figurant sur la carte SIS sont lisibles à l'œil nu et par la voie électronique. Le fait de détenir un document officiel mentionnant exactement son NISS et de devoir le montrer à chaque contact avec une institution de sécurité sociale procure à l'assuré social la garantie d'un service plus rapide et plus exact. En outre, cela augmente la disponibilité du NISS (correct) dans les banques de données des institutions de sécurité sociale. De plus, chaque institution qui souhaite interroger le réseau dispose aussi systématiquement du NISS correct. Ainsi, les données nécessaires à la détermination des droits sociaux peuvent être retrouvées plus rapidement, plus fréquemment et avec une plus grande garantie d'exactitude par le biais du réseau de la Banque Carrefour. L'assuré social doit alors fournir moins souvent des informations détaillées aux différentes instances de sécurité sociale et ses droits sociaux peuvent être fixés de manière plus rapide et plus correcte.

La carte d'identité sociale peut également être utilisée pour la mention du NISS sur chaque déclaration que l'employeur ou d'autres instances, par exemple les débiteurs de pensions extralégales, doivent effectuer pour un assuré social. De ce fait, les employeurs et ces autres instances sont déchargés de la nécessité de demander ce numéro au Registre national ou à une institution de sécurité sociale, et du traitement ultérieur fastidieux des questions complémentaires posées par les institutions de sécurité sociale par suite de l'absence de ce numéro. Le traitement de ces déclarations peut alors s'effectuer de façon plus efficace par les institutions destinataires, en particulier quand des données relatives à l'intéressé en provenance de plusieurs sources doivent être rassemblées sur la base de ce numéro. Le cadastre des pensions, mentionné sous le point 7., en est un bon exemple. Tous les avantages de pension qui sont versés à un individu par diverses instances doivent être rassemblés en vue de la fixation des cotisations ou des précomptes fiscaux sur les montants cumulés par la personne ou en vue de l'établissement de statistiques de pension. Sans un système de déclaration qui mentionne systématiquement le NISS, le rassemblement correct des données par personne est d'autant plus compliqué.

En outre, la mention du NISS sur la carte SIS sous une forme électroniquement lisible permet de recourir à un appareil de lecture électronique aux guichets des institutions de sécurité sociale, chez les employeurs ou quand l'assuré social doit s'identifier à l'égard de la sécurité sociale. Cela permet d'éviter de devoir réintroduire inutilement ce numéro et donc les risques d'erreur qui en découlent. Le certificat généré automatiquement lors de la lecture électronique de la carte d'identité sociale, peut servir dans chaque phase du processus de traitement ultérieur des données comme preuve de la fiabilité du NISS communiqué et éviter de multiples contrôles d'exactitude.

Outre les données d'identification, la carte SIS comprend, uniquement sous une forme électronique, également des données relatives à la situation d'assurabilité du titulaire dans le secteur des soins de santé. Il s'agit des mêmes données qui figuraient auparavant sur les vignettes et la carte de mutualité en plastique et qui, à présent, permettent au titulaire de prouver sa situation d'assurabilité à l'égard des dispensateurs de soins de santé, comme les pharmaciens, les hôpitaux, etc. Sur la base de ces données, les dispensateurs de soins sont en mesure de déterminer la part personnelle de l'intéressé dans le coût des soins dispensés. Les données relatives à la situation d'assurabilité sont codées et donc seulement lisibles à l'aide d'une carte de décryptage (la « carte SAM »), qui est distribuée par l'INAMI aux seuls dispensateurs de

soins qui doivent connaître ces données en vue de l'application du système du tiers payant. Comme ces dispensateurs de soins peuvent recopier électroniquement les données d'identification et d'assurabilité figurant sur la carte dans leurs fichiers, ils évitent d'avoir à réintroduire quelque 100 millions de vignettes par an. Par ailleurs, le passage des vignettes aisément falsifiables et d'une carte à bande magnétique actualisable peu sûre par titulaire à une carte à puce sûre, actualisable et lisible électroniquement par titulaire ou personne à charge, offre aux dispensateurs de soins des garanties nettement plus élevées quant à l'exactitude des données d'assurabilité, qu'ils peuvent d'ailleurs mettre à jour, en cas de doute, à partir de leur appareil de lecture après s'être connectés sur l'ordinateur des mutualités.

Si cela s'avère utile pour l'application de la sécurité sociale, d'autres données pourront ultérieurement être ajoutées à la carte SIS à la condition que cet ajout soit autorisé par un arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et pris après avis du comité sectoriel de la sécurité sociale.
Ce faisant, il est possible de coder plusieurs types d'informations avec différentes clés, de telle manière que chaque clé ne donne accès qu'à une partie des informations et à condition d'accorder un accès sélectif aux données en fonction de l'utilisateur de la carte.

Il n'entre toutefois pas dans les intentions d'utiliser la carte SIS comme un moyen de transfert électronique de données.
Cela n'a d'ailleurs pas de sens de charger l'assuré social du transport de données via une carte à puce vers des acteurs, alors que ces derniers peuvent obtenir les données concernées par le réseau décrit ci-dessus. L'utilisation du réseau rend la vie de l'assuré plus facile, est plus rapide, moins onéreuse et offre plus de garanties en matière d'exactitude et de protection des données. Outre la fonction de moyen d'identification fiable, la carte sera donc uniquement employée pour mettre à disposition, de manière électronique, à des instances non intégrées au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale des données relatives au statut d'une personne en matière de sécurité sociale.

Sur la base de l'expérience acquise avec la carte SIS, le Gouvernement fédéral a conçu une carte d'identité électronique avec, d'une part, les données d'identification de base du titulaire et, d'autre part, des clés privées et des certificats qui peuvent être utilisés pour une authentification électronique et le placement de signatures électroniques. Cette carte sera distribuée à tous les citoyens sur une période de 3 à 5 ans. Dès que les assurés sociaux disposeront d'une carte d'identité électronique et que tous les dispensateurs de soins seront intégrés de manière sécurisée au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale par le biais du projet Be-health (en cours d'élaboration) ou d'Internet, la carte SIS pourra être supprimée. En effet, les dispensateurs de soins pourront alors consulter la situation d'assurabilité d'un patient, via le réseau, dans la banque de données de sa mutualité à l'aide de la carte d'identité électronique comme moyen d'identification et d'authentification.

11. Statistiques intégrées

Les informations disponibles dans les systèmes d'information opérationnels des différents acteurs du secteur social et nécessaires au soutien de la politique sociale sont copiées à intervalles réguliers dans les datawarehouses qui peuvent être utilisés pour l'élaboration de statistiques intégrées avec des informations codées ou anonymes. Le

recours aux datawarehouses permet de répondre mieux, plus rapidement et de manière moins onéreuse aux demandes de données émanant des institutions de recherche et des autorités. Ce faisant, deux types d'application sont offerts : d'une part, plusieurs applications de base où, selon une fréquence déterminée (par trimestre, par semestre, par année,…), un nombre déterminé de statistiques calculé et, d'autre part, certaines applications ad hoc qui sont réalisées à la demande des chercheurs.

La Banque Carrefour de la sécurité sociale gère le datawarehouse marché de l'emploi et protection sociale qui offre une information intégrée par la combinaison entre elles des données relatives à l'emploi, au chômage, aux pensions et aux allocations sociales.

12. La déclaration immédiate d'emploi (DIMONA)

L'existence d'une relation de travail est une donnée fondamentale pour la sécurité sociale. L'introduction de la déclaration DIMONA en 1999 avait pour but d'informer immédiatement les acteurs du secteur social du début et de la fin d'une relation de travail. La déclaration, que l'employeur doit introduire par voie électronique, permet d'identifier très rapidement la relation entre un employeur et un travailleur, ce qui facilite le traitement électronique des déclarations ultérieures.

Du fait que les informations transmises de cette manière sont immédiatement disponibles dans une banque de données de l'ONSS, consultable de manière interactive par tous les acteurs du secteur social qui en ont besoin (même par les services d'inspection sociale à l'aide d'un ordinateur portable et d'un GSM), l'employeur est déchargé de la tenue à jour spécifique de la relation de travail dans des documents distincts. Ainsi, le registre du personnel, le registre spécial du personnel, le document individuel ainsi que la déclaration néant à l'ONSS pourront notamment être progressivement supprimés. Grâce à la mention de la qualité d'étudiant dans la déclaration DIMONA, l'employeur ne doit plus envoyer les contrats d'étudiant sur papier à l'inspection des Lois Sociales.

Dès qu'une déclaration DIMONA arrive à l'ONSS, celle-ci est reprise dans le fichier électronique du personnel de l'employeur auprès de l'ONSS. Ce fichier du personnel peut être consulté en ligne par l'employeur via le portail de la sécurité sociale (voir point 13.). Comme un employeur est uniquement autorisé à consulter des données relatives aux travailleurs avec lesquels il a une relation de travail, la déclaration DIMONA est une composante de base de la clé d'accès des employeurs au réseau de la sécurité sociale.

13. Un environnement portail intégré basé sur une logique d'utilisateur

Le portail de la sécurité sociale peut être consulté à l'adresse www.socialsecurity.be. Il met à disposition des services intégrés pour différents groupes-cibles (assurés sociaux, employeurs, certaines catégories de professionnels, ...) en fonction des événements qui se produisent dans la vie des utilisateurs (embauche, emploi, départ à la retraite, ...).

Le portail est disponible en permanence et à partir de n'importe quel endroit. Il fait entrer la sécurité sociale sur le lieu du travail et dans le salon. Ceci permet d'éviter des déplacements et des temps d'attente. Les utilisateurs peuvent entrer directement en contact électronique avec les institutions de sécurité sociale et ils obtiennent une réaction en temps réel.

Progressivement, le portail évolue vers une prestation de services personnalisée pour chaque usager qui tient compte des spécificités de ce dernier, soit sur la base d'un profil que l'usager communique lui-même, soit sur la base d'une analyse de sa situation en matière de sécurité sociale. La prestation de services personnalisée implique notamment que seules des informations et des transactions pertinentes soient offertes, avec un « look and feel » et une interface adaptés aux souhaits de l'utilisateur ainsi qu'une aide personnalisée (p. ex. aide contextuelle, langue de l'utilisateur, vocabulaire approprié, simulations en ligne, …). Un premier pas en ce sens est la mise à disposition d'une page personnelle pour chaque employeur et professionnel du secteur social.

Sur le portail sont à la fois disponibles de manière intégrée des informations, des transactions et des liens vers les sites Internet des différentes institutions de sécurité sociale. Les transactions peuvent être effectuées sur le portail, mais également d'application à application (p. ex. l'échange direct de données entre le logiciel de l'administration du personnel d'une entreprise et les systèmes d'information des institutions de sécurité sociale), ce qui permet d'éviter une réintroduction manuelle inutile et susceptible de générer des erreurs. Pour la mise en œuvre des transactions d'application à application, le portail contient des instructions, glossaires, schémas XML et scénarios de tests standardisés pour l'ensemble des transactions.

Le portail propose encore des services de base communs, comme par exemple le single sign on, les accusés de réception électroniques et les notifications, … Les procédures nécessaires à une gestion adéquate des utilisateurs ont été mises en œuvre, et ceci tant pour les citoyens que pour les entreprises et les professionnels du secteur social. L'authentification des utilisateurs s'effectue à l'aide d'un numéro d'utilisateur, d'un mot de passe et d'un « token » (c'est-à-dire une petite carte envoyée à l'utilisateur et qui contient 24 séries de lettres non mémorisables, dont une série arbitraire est demandée à chaque connexion au portail). L'authentification pourra progressivement aussi se faire à l'aide du certificat électronique prévu sur la carte d'identité électronique et destiné à cet effet. Dans chaque entreprise, un administrateur local a été désigné, lequel détermine quels collaborateurs de l'entreprise sont autorisés à effectuer quelles transactions au nom de l'entreprise.

Entre-temps, les entreprises ou leurs représentants, tels que les secrétariats sociaux, peuvent effectuer via le portail 27 transactions électroniques :

- la déclaration DIMONA en ligne;
- la déclaration trimestrielle à l'ONSS;
- la modification de la déclaration trimestrielle à l'ONSS;
- la déclaration trimestrielle à l'ONSSAPL (DFMAPPL);
- la consultation du fichier du personnel;
- la consultation du répertoire des employeurs;
- la déclaration en ligne de travaux;
- l'article 30bis - obligation de retenue;
- la demande en ligne de détachement d'un travailleurs à l'étranger (GOTOT);
- la communication en ligne de chômage temporaire à l'ONEm et le livre de validation (2 transactions);

- la consultation du fichier de vacances,
- la déclaration en ligne des risques sociaux suivants :
  - la déclaration d'un accident du travail et rapport mensuel (2 transactions);
  - la déclaration d'une reprise de travail après un accident du travail;
  - la déclaration d'accident du travail simplifiée;
  - la déclaration annuelle de chômage temporaire;
  - la déclaration mensuelle d'heures de chômage temporaire;
  - la déclaration de début de travail à temps partiel avec maintien des droits (secteur privé + pour les enseignants directement rémunérés par la commune ou par la province);
  - la déclaration mensuelle de travail pour le calcul de l'allocation de garantie de revenu (secteur privé + pour les enseignants directement rémunérés par la commune ou par la province);
  - la déclaration mensuelle de travail en tant que travailleur occupés dans un atelier protégé;
  - la déclaration mensuelle de travail dans le cadre d'un programme d'activation;
  - la déclaration pour l'octroi du droit aux vacances jeunes;
  - la déclaration mensuelle d'heures de vacances jeunes;
  - la déclaration d'écartement d'une travailleuse enceinte (secteur privé).

Une première transaction, prévue par le Fonds de fermeture des entreprises, est opérationnelle depuis mai 2004 pour les citoyens et pour les professionnels du secteur social. Celle-ci permet aux victimes d'une fermeture d'entreprise de consulter l'état d'avancement de leur dossier. Une deuxième transaction ''Communit-e'' sera opérationnelle très prochainement; il s'agit de la demande auprès de la commune, par le citoyen, d'une allocation aux personnes handicapées; cette demande est ensuite transmise au SPP Intégration sociale. Au total, une quarantaine de transactions ont été définies pour les citoyens et seront mises en oeuvre aux cours des prochaines années.

14. Un centre de contact de la sécurité sociale

En plus du portail, un centre de contact de la sécurité sociale, Eranova, a également été développé. Les employeurs peuvent y faire appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute question relative à l'échange électronique de données avec les institutions de sécurité sociale. Ce centre de contact est accessible par téléphone, courrier électronique ou fax. Il est soutenu par un outil de gestion de la relation client dans lequel tous les contacts sont conservés. A chaque contact, les collaborateurs du centre de contact ont ainsi un aperçu de tous les contacts antérieurs avec l'employeur concerné, avec une indication des questions posées, des réponses données et d'autres informations similaires.

Pour les questions les plus fréquemment posées, l'outil de gestion de la relation client comporte des scripts qui aident les employés du centre de contact à répondre aux questions posées. Les questions les plus souvent posées et les réponses à celles-ci sont par ailleurs publiées sur le portail de la sécurité sociale, afin que les employeurs puissent trouver des réponses eux-mêmes.

Le centre de contact est en mesure de répondre lui-même à plus ou moins 80% des questions posées. Les spécialistes qui sont appelés à répondre aux autres questions sont tenus de respecter des délais stricts. Des tableaux de bord sur la nature et la fréquence des questions sont utilisés en vue d'améliorer en permanence le service et la communication d'informations.

A l'avenir, les services du centre de contact seront étendus aux assurés sociaux.

E. Les risques à gérer

L'honnêteté nous oblige à ne pas seulement décrire les avantages qui découlent pour les assurés sociaux d'une gestion électronique coordonnée des informations au sein de la sécurité sociale. Si certaines mesures appropriées ne sont pas prises, une telle gestion électronique des informations est également susceptible de mener à un certain nombre de désavantages. Aussi est-il de la responsabilité de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et des acteurs du secteur social d'éviter ces désavantages. Les atteintes à la vie privée des assurés sociaux représentent un premier risque. Les mesures de sécurité structurelles, organisationnelles et techniques adoptées au sein de la sécurité sociale pour éviter ce risque sont décrites de manière détaillée sur le site Internet de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Il est toutefois important que toutes les institutions de sécurité sociale accordent une attention permanente à ces mesures et qu'elles veillent tout particulièrement à ce que chaque collaborateur n'ait accès qu'aux seules informations dont il a besoin pour l'exécution des tâches qui lui ont été confiées et que les informations ne soient pas conservées plus longtemps qu'il ne le faut.

En outre, il faut également éviter que la totalité du système devienne obscure pour les assurés sociaux. Etant donné que les informations sont échangées par voie électronique entre les institutions de sécurité sociale et qu'elles sont dès lors de moins en moins demandées directement auprès des assurés sociaux ou de leurs employeurs, les assurés sociaux ne disposent plus d'autant de moments de contrôle pour vérifier l'exactitude des informations traitées. C'est pourquoi, il est essentiel que les institutions de sécurité sociale prêtent une attention toute particulière à l'exécution du devoir d'information et de motivation prévu dans plusieurs réglementations lorsque sont prises des décisions sur la base de données disponibles dans le réseau. L'assuré social doit non seulement pouvoir comprendre sur base de quelles données de fait et de quelle réglementation les décisions ont été prises, mais idéalement il doit également pouvoir connaître la source des données. Il risque sinon de ne plus savoir à qui s'adresser pour corriger des données erronées.

F. Site internet de la Banque Carrefour de la sécurité sociale

De plus amples informations sont disponibles sur le site internet de la Banque Carrefour de la sécurité sociale : http://www.ksz-bcss.fgov.be .

G. Renseignements généraux

1. Adresse utile

Banque Carrefour de la sécurité sociale
Chaussée Saint-Pierre 375
1040 Bruxelles
www.ksz-bcss.fgov.be

tel.: 02/ 741 83 11
fax: 02/ 741 83 00

2. Réglementation

Loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Section 2. Le contentieux en matière de sécurité sociale

A l'instar du contentieux du droit du travail, la quasi-totalité du contentieux de la sécurité sociale relève de la compétence des juridictions du travail.

Leur existence est consacrée par l'article 157, alinéa 3, de la Constitution suivant lequel « la loi règle (...) l'organisation des juridictions du travail, leurs attributions, le mode de nomination de leurs membres et la durée des fonctions de ces derniers ».

La mise en place des juridictions du travail poursuit plusieurs objectifs :

– assurer l'unité fondamentale du droit du travail et de la sécurité sociale;
– garantir une procédure rapide et peu coûteuse;
– faciliter l'instruction des litiges par la mise en place d'un ministère public spécialisé, l'auditorat du travail siégeant près les tribunaux du travail et l'auditorat général du travail installé près les Cours du travail;
– assurer la démocratisation de la juridiction en lui conférant une composition paritaire, les décisions de justice étant rendues conjointement par un magistrat professionnel et par deux juges sociaux nommés en leur qualité de représentants des milieux professionnels concernés.

A. L'organisation des juridictions du travail

Les juridictions du travail se répartissent en deux catégories :

– les tribunaux du travail qui tranchent les litiges de sécurité sociale en première instance;
– les Cours du travail qui connaissent de l'appel des jugements prononcés par les tribunaux du travail.

1. Les tribunaux du travail

La Belgique compte 27 tribunaux du travail, soit un tribunal par arrondissement judiciaire. Ils sont installés dans les endroits suivants : Anvers, Arlon, Audenaerde, Bruges, Bruxelles, Charleroi, Courtrai, Dinant, Eupen, Furnes, Gand, Hasselt, Huy, Liège, Louvain, Malines, Marche-en-Famenne, Mons, Namur, Neufchâteau, Nivelles, Termonde, Tongres, Tournai, Turnhout, Verviers, Ypres.

Certains tribunaux sont en outre divisés en sections qui siègent dans d'autres lieux de l'arrondissement judiciaire. Trois sections sont instituées au Nord du pays, à Alost (arr. de Termonde), Roulers (arr. de Courtrai) et Saint-Nicolas (arr. de Termonde). Trois sections sont établies au sud du pays : à La Louvière (arr. de Mons), Mouscron (arr. de Tournai) et Wavre (arr. de Nivelles). Cette décentralisation est avantageuse. Elle permet de rapprocher la justice des citoyens.

Chaque tribunal comprend au moins deux chambres. Chaque chambre est composée de deux juges sociaux et d'un magistrat professionnel qui la préside. La qualité des juges sociaux dépend de la nature du litige soumis au tribunal (1) :

(1) Code judiciaire, articles 81 à 83.

– dans les litiges concernant la sécurité sociale des travailleurs indépendants et les sanctions administratives susceptibles d'être prises à leur égard, les deux juges sociaux sont nommés au titre de travailleur indépendant;
– dans les litiges relatifs aux allocations au profit des handicapés, un juge social est nommé au titre de travailleur indépendant et l'autre au titre de travailleur salarié;
– dans tous les autres litiges de sécurité sociale, un juge social est nommé au titre d'employeur et l'autre au titre de travailleur.

Cette composition vaut ainsi notamment dans les litiges concernant la sécurité sociale des travailleurs salariés, le revenu d'intégration [ex-minimex], la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), l'aide sociale, les prestations familiales garanties, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2. Les Cours du travail

Il existe cinq Cours du travail qui partagent les mêmes ressorts que ceux des Cours d'appel, à savoir :

– la Cour du travail de Bruxelles dont le ressort comprend les provinces du Brabant wallon, du Brabant flamand et de la région bilingue de Bruxelles-Capitale;
– la Cour du travail de Gand dont le ressort comprend les provinces de Flandre occidentale et de Flandre orientale;
– la Cour du travail d'Anvers dont le ressort comprend les provinces d'Anvers et du Limbourg;
– la Cour du travail de Liège dont le ressort comprend les provinces de Liège, de Namur et du Luxembourg;
– la Cour du travail de Mons dont le ressort comprend la province du Hainaut.

B. La compétence des juridictions du travail

1. La compétence matérielle (1)

Les juridictions du travail jouissent d'une compétence matérielle étendue dans le domaine de la sécurité sociale. Celle-ci recouvre toute la sécurité sociale au sens large, c'est-à-dire les litiges concernant :

– les droits et obligations des assurés sociaux en matière de chômage, d'invalidité, de pension, de soins de santé, d'allocations familiales, de vacances annuelles et de sécurité d'existence, ainsi que dans ces mêmes matières, les obligations des employeurs et des personnes qui sont solidairement responsables du payement des cotisations y afférentes;
– la réparation des dommages résultant des accidents du travail ou des maladies professionnelles;
– des contestations relatives aux droits en matière d'allocations aux personnes handicapées, ainsi qu'aux contestations en matière d'examens médicaux effectués en vue de l'attribution d'avantages sociaux ou fiscaux qui découlent directement ou indirectement d'un droit social ou de l'assistance sociale;
– des contestations concernant les droits et obligations résultant de la législation relative au reclassement social des handicapés;
– le revenu d'intégration, la garantie de revenus aux personnes âgées et l'aide sociale;

(1) Code judiciaire, articles 578 à 583.

– les sanctions administratives susceptibles d'être prononcées en cas d'infraction commise dans une des matières susmentionnées. Par contre, l'application des sanctions pénales en cas d'infraction à la réglementation sociale relève du tribunal correctionnel (section du tribunal de première instance);
– l'application de la loi du 7 mai 1999 sur l'égalité de traitement entre hommes et femmes, et plus particulièrement, en ce qui concerne les régimes complémentaires de sécurité sociale.

2. La compétence territoriale

Le tribunal compétent est déterminé, selon le cas, par le domicile de l'assujetti ou de l'assuré social (1). Les parties litigantes peuvent valablement déroger à cette règle à dater de la naissance du litige. Toute convention dérogatoire qui aurait été conclue avant ce moment est nulle de plein droit (2).

C. La procédure

La procédure appliquée devant les juridictions du travail se caractérise par sa gratuité, son absence de formalisme et son aspect quelque peu inquisitorial en raison du rôle joué par l'auditorat du travail. Tous ces éléments contribuent à rendre effectif le recours en justice des assurés sociaux.

1. La gratuité de la procédure

L'assuré social qui introduit un recours devant le tribunal du travail ne supporte en principe aucun frais de justice :

– la procédure peut être introduite gratuitement par simple requête. Les frais d'exploit d'huissier sont ainsi économisés;
– l'affaire est enrôlée sans paiement des droits de mise au rôle;
– les dépens (c'est-à-dire, notamment la taxe des témoins, les frais d'expertise, l'indemnité de procédure) sont mis à charge des organismes chargés de l'application de la législation de sécurité sociale, sauf en cas de procédure téméraire et vexatoire;
– l'appel des décisions du tribunal du travail peut être interjeté gratuitement par requête;
– les décisions des juridictions du travail ne sont pas soumises aux droits d'enregistrement.

En conséquence, hormis le cas rarissime où la procédure serait considérée comme téméraire et vexatoire, les seuls frais susceptibles d'être supportés par l'assuré social sont les honoraires de l'éventuel avocat auquel l'intéressé aurait choisi de recourir.

Ces frais eux-mêmes peuvent parfois être évités. En effet, le Conseil de l'Ordre des avocats de chaque arrondissement judiciaire est tenu d'établir un bureau d'aide juridique en vue de pourvoir à l'assistance des personnes dont les revenus sont insuffisants. Celles-ci peuvent ainsi bénéficier de l'assistance gratuite d'un avocat désigné par le bureau d'aide juridique à condition que leur cause ne paraisse pas manifestement mal fondée.

(1) Code judiciaire, article 628.
(2) Code judiciaire, article 630.

2. L'introduction de la demande

A titre liminaire, il convient de souligner que le recours en justice de l'assuré social se trouve facilité par le fait que l'acte contesté contient en principe toutes les indications utiles à l'introduction dudit recours (mention du tribunal compétent, formes et délai à respecter).

2.1. Le mode d'introduction de la demande

Dans le contentieux de la sécurité sociale, la demande est généralement introduite par une requête écrite, déposée ou adressée par lettre recommandée au greffe du tribunal du travail. Font exception à ce principe : les contestations relatives aux obligations des employeurs ainsi que les litiges survenant entre organismes chargés de l'application des règles de sécurité sociale (1).

La requête peut se présenter sous la forme d'une lettre datée et signée, adressée au tribunal par lettre recommandée. Aucune forme spéciale n'est requise. Il suffit que l'intéressé précise ses coordonnées et indique l'objet de sa demande ainsi que les motifs pour lesquels il conteste la décision prise à son encontre.

Les atouts que présente ainsi la requête rendent tout à fait théorique le recours aux autres modes d'introduction de la demande en justice que sont la comparution volontaire et la citation. Il n'y a donc pas lieu de les examiner.

2.2. Le délai dans lequel la requête doit être introduite

A peine de déchéance, la requête doit généralement être introduite dans les 3 mois de la notification de l'acte juridique contesté (2).

Il convient de noter que l'acte juridique en question doit mentionner expressément la possibilité pour l'assuré social d'introduire un recours dans le délai susvisé, ainsi que le nom de la juridiction compétente pour déposer ce recours (3).

Les demandes de réparation d'un dommage résultant d'une maladie professionnelle font exception à cette règle : en cette matière, les demandes relatives aux actes juridiques administratifs contestés doivent, à peine de déchéance, être soumises par la victime ou ses ayants droit au tribunal du travail compétent, dans l'année de leur notification (4).

3. La comparution à l'audience

Lorsque le greffier reçoit la requête, il convoque les parties à comparaître à l'audience fixée par le juge. La convocation précise l'objet de la demande.

Devant les juridictions du travail, lors de l'introduction de la cause et ultérieurement, les parties sont tenues de comparaître, en principe, en personne ou par avocat (5).

La comparution par mandataire est une exception aux règles de droit commun qui facilite l'accès à la justice des assurés sociaux. Trois types de mandataires sont admis :

a) le demandeur peut être représenté par son conjoint ou par un parent ou allié porteur d'une procuration écrite et agréée spécialement par le juge (6);

(1) Article 704 du même Code.
(2) Article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.
(3) Article 14 de la Charte de l'assuré socil.
(4) Article 53 des lois coordonnées du 3 juin 1970 concernant l'indemnisation des dommages résultant des maladies professionnelles.
(5) Article 728, § 1er, du Code judiciaire.
(6) Article 728, § 2, du même Code.

b) le délégué d'une organisation représentative d'ouvriers ou d'employés, porteur d'une procuration écrite, peut représenter l'ouvrier ou l'employé, partie au procès, accomplir en son nom les diligences que cette représentation comporte, plaider et recevoir toutes communications relatives à l'instruction et au jugement du litige. En outre, dans les litiges relatifs à ses propres droits et obligations, le travailleur indépendant peut, en cette qualité ou en qualité de handicapé être partiellement représenté par le délégué d'une organisation représentative d'indépendants (1);

c) dans les litiges relatifs au revenu d'intégration (ex-minimex) et à l'aide sociale, l'intéressé peut se faire assister ou être représenté par un délégué d'une organisation sociale qui défend les intérêts du groupe des personnes visées par la législation en la matière. Dans ces mêmes litiges, le centre public d'aide sociale comparaît soit par un avocat, soit par un membre effectif ou un membre du personnel délégué par lui, le Ministre ayant l'aide sociale dans ses attributions peut se faire représenter par un fonctionnaire (2);

d) les organes compétents des mutualités et des unions nationales peuvent ester en justice pour défendre les intérêts individuels et collectifs de leurs affiliés dans trois types de litiges : ceux survenant dans le cadre des services organisés par les mutualités en matière d'assurance soins de santé et indemnités, libre ou complémentaire; ceux qui surgissent dans l'application des accords et conventions tarifaires conclus dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire; ceux qui apparaissent lors de la mise en œuvre de l'arrêté royal imposant le respect d'honoraires maxima aux dispensateurs de soins d'une région où aucun accord ou convention tarifaire n'est entré en vigueur. La défense des droits individuels des affiliés est subordonnée à l'accord explicite du membre concerné ou des personnes à charge (3).

4. La tentative de conciliation

Bien que le tribunal n'ait pas l'obligation de procéder à une tentative de conciliation entre les parties, l'article 731 du Code judiciaire prévoit que « toute demande principale introductive d'instance entre parties capables de transiger et sur des objets susceptibles d'être réglés par transaction, peut être préalablement soumise, à la requête d'une des parties ou de leur commun accord, à fin de conciliation au juge compétent pour en connaître au premier degré de juridiction ».

5. L'instruction de la demande

La procédure civile de droit commun est applicable devant les juridictions du travail.

La procédure se déroule suivant une phase écrite (citation, requête, conclusions), suivie d'une phase orale (débats et plaidoiries).

Chacune des parties a la charge de prouver les faits qu'elle allègue. Trois éléments facilitent cependant la tâche du demandeur (4) :

– l'obligation des parties de collaborer à l'administration de la preuve en ce qui concerne l'ensemble des documents et des faits précis et pertinents dont la connaissance est utile à la solution du litige;
– l'intervention de l'auditorat du travail;
– la mise en œuvre des pouvoirs d'instruction du juge.

(1) Article 728, § 3, alinéas 1 et 2 du même Code.
(2) Article 728, § 3, alinéa 3 du même Code.
(3) Article 39, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités.
(4) Article 870 du même Code.

5.1. L'intervention de l'auditorat du travail

L'auditorat du travail est un service spécialisé du Ministère public. Il est composé d'un auditeur du travail et de substituts.

Il peut demander au Ministre compétent ainsi qu'aux institutions publiques compétentes les renseignements administratifs nécessaires à l'instruction de la cause.
Les renseignements visés sont non seulement ceux que l'administration interpellée détient directement mais aussi ceux qu'elle est en droit d'obtenir ailleurs. A cet effet, l'auditorat peut requérir le concours des fonctionnaires chargés par l'autorité administrative compétente de contrôler l'application des dispositions relatives à la sécurité sociale. Il ne dispose cependant d'aucun pouvoir de contrainte.

En outre, l'auditorat donne au juge un avis motivé quant à la solution à apporter au litige qui lui est soumis.

5.2. Les pouvoirs d'instruction du juge

Le juge dispose du pouvoir d'administrer des preuves de sa propre autorité.

Il peut ordonner d'office :

– la production des documents qui contiennent la preuve d'un fait pertinent lorsqu'il existe des présomptions graves précises et concordantes de la détention de ces documents par une partie ou un tiers (1);
– une enquête en vue d'établir, par l'audition de témoins, la preuve des faits qui lui apparaissent concluants (2);
– une expertise afin qu'il soit procédé à des constatations et en vue de bénéficier d'un avis d'ordre technique (3);
– la comparution personnelle des parties ou de l'une d'elles en vue de procéder à un interrogatoire (4);
– une descente sur les lieux (5).

6. Le Jugement « avant dire droit » et jugement provisionnel

Le tribunal peut, avant dire droit, ordonner une mesure préalable destinée à instruire la demande ou à régler provisoirement la situation des parties (6).

Il peut aussi statuer par un jugement provisionnel sur la partie de la demande qui n'appelle que des débats succincts ou qui ne requiert ni une ouverture des débats ni une mesure d'instruction complémentaire (7).

7. Le référé

Dans les cas dont il reconnaît l'urgence, le président du tribunal du travail peut statuer au provisoire dans les matières qui sont de la compétence du tribunal (8).

(1) Article 877 du même Code.
(2) Article 916 du même Code.
(3) Article 962 du même Code.
(4) Article 992 du même Code.
(5) Article 1007 du même Code.
(6) Article 19, alinéa 2, du même Code.
(7) Article 735, § 1er, du même Code
(8) Article 584, alinéa 2, du même Code.

La procédure suivie est celle du référé (1). La demande en référé est introduite auprès du président par une citation. Le délai de citation est au moins de deux jours mais il peut être raccourci si le cas requiert célérité. En outre, le président peut abréger tous les délais de procédure.

S'il échet, le président peut ordonner ou autoriser une mesure d'instruction qui sera exécutée selon le droit commun. Il peut notamment prescrire des mesures de constat ou d'expertise, ordonner l'audition de témoins, désigner des séquestres et même prononcer des condamnations provisionnelles.

D. Le jugement de la demande

Si les parties le souhaitent, le tribunal peut, en première instance comme en appel, acter l'accord des parties dans un jugement (2). De cette manière, leur accord bénéficie de la force exécutoire du jugement. A défaut d'accord intervenu entre les parties, le tribunal tranche le litige.

Le juge se prononce sur deux aspects de la demande qui lui est soumise : sa recevabilité et son bien-fondé. Le jugement est prononcé en audience publique.

Dans les litiges de sécurité sociale, le jugement est en principe notifié par le greffier aux parties par pli judiciaire adressé dans les huit jours. A peine de nullité, cette notification fait mention des voies de recours, du délai dans lequel ce ou ces recours doivent être introduits ainsi que la dénomination et l'adresse de la juridiction compétente pour en connaître (3).

E. Les voies de recours

Le jugement qui acte l'accord des parties n'est susceptible d'aucun recours de la part des parties litigantes, à moins que l'accord n'ait point été légalement formé et sur les voies d'interprétation et de rectification (4).

Hormis ce cas, le jugement du tribunal du travail est susceptible d'opposition et/ou d'appel. L'arrêt de la Cour du travail peut quant à lui être attaqué devant la Cour de cassation.

L'opposition et l'appel ont pour effet de suspendre l'exécution du jugement. Le juge peut néanmoins accorder l'exécution provisoire : celle-ci intervient aux risques et périls de la partie qui la poursuit.

1. L'opposition (5)

La procédure d'opposition tend à rétracter un jugement rendu par défaut, c'est-à-dire en l'absence de la personne ou de l'organisme qui a été appelé à comparaître en justice.

(1) Voir articles 1035 à 1041 du même Code.
(2) Article 1043, alinéa 1er du même Code.
(3) Article 792 du même Code.
(4) Article 1043, alinéa 2 du même Code.
(5) Articles 1047 à 1049 du même Code.

La recevabilité de la demande est notamment conditionnée par l'existence d'un intérêt personnel, direct, né et actuel dans le chef du demandeur.

Pour être recevable à agir, l'opposant doit avoir été partie à l'instance et avoir fait défaut (ne pas s'être présenté à l'audience, p.ex.). La décision attaquée par la voie de l'opposition doit porter préjudice au demandeur en opposition.

Le délai d'opposition est d'un mois à dater de la communication du jugement par pli judiciaire.

L'opposition a pour effet de faire revenir l'affaire devant la chambre du tribunal du travail qui a rendu le jugement par défaut.

2. L'appel (1)

Les jugements contradictoires rendus par le tribunal du travail sont toujours susceptibles d'appel, quel que soit le montant de la demande initiale.

L'appel doit être interjeté dans le mois de la communication du jugement par pli judiciaire.

Il peut être formé dès la prononciation du jugement.

3. Le pourvoi en cassation (2)

Le recours en cassation, appelé pourvoi en cassation, ne peut être introduit que pour violation de la loi ou vice de forme, prescrit sous peine de nullité. La Cour suprême ne réexamine pas les faits.

Il doit être introduit dans les trois mois de la communication de l'arrêt par pli judiciaire de la Cour du travail par une requête signée par un avocat à la Cour de cassation.

Le pourvoi en cassation n'a pas d'effet suspensif et n'empêche donc pas l'exécution de l'arrêt rendu.

F. La Cour d'arbitrage (3)

La Cour d'arbitrage jouit d'une double compétence : d'une part, elle est appelée à statuer sur des questions préjudicielles; d'autre part, elle est compétente pour connaître des recours en annulation et en suspension.

---

(1) Articles 1050 à 1067 du même Code.

(2) Articles 1073 à 1121 du même Code.

(3) Voir la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage.

1. Le contentieux des questions préjudicielles

La Cour d'arbitrage peut être saisie d'une question préjudicielle posée par un juge appelé à connaître un litige relatif aux droits et obligations des assurés sociaux. Ce ne sont pas les parties qui posent cette question mais la juridiction devant laquelle elles se trouvent. Il peut donc s'agir d'un tribunal du travail, d'une Cour du travail, de la Cour de cassation ou du Conseil d'Etat.

Les parties litigantes ont la faculté de soulever la question préjudicielle et de demander à la juridiction saisie de poser ladite question à la Cour d'arbitrage. Les juridictions du travail peuvent refuser de poser une question préjudicielle. Par contre, la Cour de cassation et le Conseil d'Etat sont toujours tenus de poser à la Cour d'arbitrage la question préjudicielle soulevée par les parties ou d'office.

Les questions préjudicielles susceptibles d'être posées à la Cour d'arbitrage sont exclusivement des questions de validité portant sur la compatibilité d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance (1) par rapport aux dispositions constitutionnelles énumérées par la loi spéciale sur la Cour d'arbitrage, à savoir les articles 10, 11 et 24 de la Constitution (2) et les règles qui répartissent les compétences entre l'Etat, les Communautés et les Régions.

2. Le contentieux de l'annulation et de la suspension

La Cour d'arbitrage peut être saisie directement par un assuré social d'un recours en suspension ou en annulation dirigé contre une loi, un décret ou une ordonnance qui viole l'une des règles susmentionnées. Le plus souvent, les recours sont fondés sur la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

3. Conséquences de la saisine de la Cour

Lorsqu'une juridiction (sur question préjudicielle) saisit la Cour d'arbitrage, la procédure pendante devant cette juridiction est suspendue jusqu'à ce que la Cour d'arbitrage rende son arrêt.

L'arrêt rendu suite à un recours en annulation s'impose à tout le monde (effet erga omnes); l'arrêt rendu sur une question préjudicielle ne s'impose qu'à la juridiction qui a posé cette question, ainsi qu'à toute autre juridiction qui aurait à se prononcer dans le cadre de la même affaire (effet relatif renforcé).

---

(1) Les décrets et les ordonnances sont des normes infranationales émanant des collectivités fédérées que sont les Communautés et les Régions.

(2) Les articles 10 et 11 consacrent respectivement les principes d'égalité et de non-discrimination. L'article 24 est relatif à la liberté de l 'enseignement.

Section 3. La charte de l'assuré social (1)

La loi du 11 avril 1995 visant à instituer "la charte" de l'assuré social est entrée en vigueur le 1er janvier 1997.

Cette Charte contient d'importants principes relatifs aux droits et aux obligations des assurés sociaux dans leurs rapports avec les institutions de sécurité sociale.

La Charte est d'application pour l'ensemble des prestations de sécurité sociale au sens large, c'est-à-dire les prestations des salariés et des indépendants mais aussi les allocations aux handicapés, le minimum de moyens d'existence, la garantie de revenus aux personnes âgées, ainsi que la sécurité sociale des agents du secteur public.

Les règles fixées dans le texte sont généralement des dispositions protectrices des assurés sociaux (personnes physiques), règles qui sont d'application sans préjudice de dispositions plus favorables. Elles reprennent souvent des dispositions qui existaient déjà dans des législations particulières mais en les généralisant. Les principes les plus importants sont les suivants :

Principe d'information et d'octroi de droits d'initiative : les institutions de sécurité sociale sont tenues d'informer les assurés sociaux sur leurs droits de manière précise et complète non seulement lorsque les assurés le demandent mais également d'initiative.

Elles sont même tenues d'octroyer des prestations d'initiative dans des cas fixés par arrêté royal lorsque :

- cet octroi est matériellement possible ou
- une demande d'une même prestation dans un autre régime a été introduite.

Principe de transmission de la demande de prestation : la demande de prestation adressée à une institution non compétente est transmise d'office à l'institution compétente. C'est la date de réception auprès de la première institution qui vaut comme date d'introduction.

Principe de traitement du dossier dans un délai court : lorsqu'une demande de prestation sociale est introduite, une décision doit intervenir dans les 4 mois. Une fois la décision prise, le paiement de la prestation doit être effectué endéans les 4 mois. En cas de non-respect des délais, l'institution de sécurité sociale doit payer d'office des intérêts de retard en plus de la prestation due. Ces intérêts ne sont cependant généralement pas dus si l'institution avait payé des avances.

Révision des décisions incorrectes : si une institution de sécurité sociale commet une erreur en prenant sa décision, elle est tenue, lorsque l'erreur est découverte, de prendre une nouvelle décision mais ceci dans les limites des règles relatives à la pre-

(1) Loi du 11 avril 1995, (M.B. du 6 septembre 1995). Modifiée par la loi du 25 juin 1997 (M.B. du 13 septembre 1997) et l'article 243 de la loi du 22 février 1998 (M.B. du 3 mars 1998, première édition).
Les arrêtés royaux d'exécution parus au 1er janvier 2000 sont les suivants. Arrêté général: A.R. du 19 décembre 1997 (M.B. du 30 décembre 1997, deuxième édition); pensions de travailleurs salariés : A.R. du 8 août 1997 (M.B. du 19 novembre 1997); accidents du travail: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); assurance maladies professionnelles: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); soins de santé et indemnités: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); ouvriers mineurs: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); allocations familiales pour travailleurs salariés: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); vacances annuelles: A.R. du 24 novembre 1997 (M.B. du 23 décembre 1997); office de sécurité sociale d'outremer: A.R. du 23 janvier 1998 (M.B. du 20 mars 1998); allocations aux handicapés: A.R. du 5 juillet 1998 (M.B. du 12 août 1998, erratum M.B. du 8 octobre 1998); pensions du secteur public: A.R. du 16 juillet 1998 (M.B. du 26 août 1998); pensions de travailleurs indépendants: A.R. du 15 décembre 1998 (M.B. du 29 décembre 1998, deuxième édition); réglementation du chômage : deux A.R. du 30 avril 1999 (M.B. du 1er juin 1999)

scription. Cette décision nouvelle produira ses effets généralement à la date de la décision initiale. Cependant, en cas d'erreur due à l'institution de sécurité sociale, erreur dont l'assuré social ne devait pas se rendre compte et découverte hors du délai d'introduction d'un recours au tribunal, la décision n'aura pas d'effet rétroactif si le droit à la prestation sociale après révision de l'erreur est inférieur à la prestation accordée dans un premier temps.

Mentions obligatoires dans les décisions : la Charte prévoit les mentions qui doivent figurer dans les décisions de sécurité sociale : possibilité et modalités pour intenter un recours, références du dossier et du service responsable, motivation, règles pour la récupération de l'indu,...

Cependant les obligations relatives aux mentions ne concernent pas (ou partiellement) certaines prestations.

Obligations de l'assuré social : lorsque l'assuré social a perçu indûment des prestations par suite d'un vol ou d'une manoeuvre frauduleuse, il doit payer des intérêts d'office sur les sommes dues.

Délai de recours contre les décisions : le délai de recours contre une décision d'octroi ou de refus d'une prestation de sécurité sociale était fréquemment d'un mois jusque 1996 notamment pour l'octroi des pensions, des allocations aux handicapés et du minimum de moyens d'existence. Ce délai est dorénavant de 3 mois sauf disposition impliquant un délai plus long.

Section 4. L'indexation des prestations sociales

A. Introduction

La liaison automatique des allocations sociales à l'évolution de l'indice des prix à la consommation a été introduite après la deuxième guerre mondiale pour éviter que le pouvoir d'achat des allocataires sociaux ne soit trop fortement érodé en des temps de forte inflation. Les divers mécanismes qui avaient été mis en place initialement dans les différentes branches furent unifiés par la loi du 12 avril 1960. Ultérieurement, cette loi fut remplacée par la loi du 2 août 1971 qui reste, à ce jour, la loi de référence en matière d'indexation des allocations sociales. Par ailleurs, la loi du 1er mars 1977 régit l'indexation d'un certain nombre de dépenses du secteur public, parmi lesquelles les rémunérations, salaires et pensions des fonctionnaires. Les deux lois ont été amendées à plusieurs reprises. Depuis 2001, le mécanisme d'indexation formulé dans les deux lois est identique, du moins pour ce qui concerne les allocations sociales (loi du 2 janvier 2001, MB 3 janvier 2001, erratum 13 janvier 2001).

B. Le moment de l'indexation

L'impulsion pour l'indexation des prestations est donnée à chaque fois que l'indice lissé de santé atteint l'indice-pivot.

L'indice lissé de santé est la moyenne mathématique des indices de santé du mois concerné et des trois mois précédents.

Les indices-pivots sont des nombres qui appartiennent à une série dont le premier est 114,20 (indice de base 1966 = 100), et tous les chiffres suivants se construisent en multipliant le précédent par 1,02. En fait, les indices-pivots jouent le rôle de seuils d'adaptation.

Les montants à régulariser mensuellement sont adaptés à partir du mois suivant le mois au cours duquel l'indice-pivot a été atteint. Les montants régularisés par trimestre sont adaptés à partir du trimestre calendrier suivant le mois au cours duquel l'indice-pivot a été atteint. L'indexation des dépenses régularisées annuellement est effectuée à partir de l'année civile suivant l'année au cours de laquelle l'indice-pivot a été atteint.

C. L'adaptation des montants

Pour adapter les montants, il s'agit toujours de se référer aux montants de base repris dans la réglementation.

Au 1er janvier 2002, suite à l'introduction de l'euro, ces montants de base ont été, à nouveau, fixés; ils sont exprimés en EUR et liés à l'indice-pivot en vigueur le 1er janvier 2000 : 103,14 (indice base 1996 = 100) (1).

En cas d'adaptation à l'index, les montants sont à nouveau calculés en y appliquant le coefficient $1,02^n$, où ^{n} représente le rang de l'index atteint. A cette fin, chaque indice-pivot se voit attribuer un numéro d'ordre indiquant son rang. L'indice-pivot de rang 1 réfère à l'indice-pivot qui suit 103,14 (index de base 1996 = 100), soit 103,14 x $1,02^1$ = indice-pivot 105,20.

En septembre 2004, l'indice-pivot 113,87 (indice base 1996 = 100) a été atteint. Il s'agit de l'indice-pivot de rang 5. Les montants de base ont donc été multipliés par $1,02^5$, soit : 1,1041.

Le tableau 1 donne l'évolution de l'indice « normal » à la consommation, de l'indice de santé et de l'indice de santé lissé au cours de la période 2004 à 2005. Il s'agit de l'évolution réelle, incluant avril 2005. A partir de février 2005, des estimations établies par le Bureau fédéral du Plan dans le cadre du Budget économique 2005 (contrôle budgétaire) ont été reprises.

Le tableau 2 donne l'évolution des indices-pivots appliqués aux prestations à régulariser mensuellement, soumises à la loi du 2 août 1971. Ce tableau est basé sur l'évolution des indices repris au tableau 1.

(1) Voir, à ce sujet, une série d'Arrêtés royaux pris dans le courant des mois de juillet 2000 et juillet et décembre 2001.

Tableau 1 : Evolution de l'indice des prix à la consommation, de l'indice de santé et de l'indice de santé lissé (1)

	2004			2005		
	(2)	(3)	(4)	(2)	(3)	(4)
janvier	113,32	112,67	112,38	115,88	114,68	114,48
février	113,74	113,02	112,59	116,66	115,28	114,67
mars	113,91	113,05	112,77	117,41	115,90	115,03
avril	114,52	113,50	113,06	117,68	115,87	115,43
mai	114,96	113,67	113,31	117,30	115,82	115,53
juin	114,91	113,65	113,47	117,42	115,88	115,67
juillet	115,30	114,00	113,71	117,72	116,19	115,90
août	115,44	114,03	113,84	117,65	116,11	116,00
septembre	115,52	114,08	113,94	117,59	116,05	116,06
octobre	116,08	114,49	114,15	117,64	116,10	116,11
novembre	115,94	114,48	114,27	117,76	116,23	116,12
décembre	115,56	114,25	114,33	117,70	116,19	116,14
moyenne	114,93	113,74	113,49			

(1) Estimations Budget économique (Bureau fédéral du Plan).
(2) Indice des prix à la consommation.
(3) Indice de santé.
(4) AIndice de santé lissé.

Tableau 2 : Adaptation des prestations sociales à l'évolution de l'indice de santé (indices-pivots)

	2002	2003	2004	2005
janvier	107,30	109,45	111,64	113,87
février	109,45	109,45	111,64	113,87
mars	109,45	109,45	111,64	113,87
avril	109,45	109,45	111,64	113,87
mai	109,45	109,45	111,64	113,87
juin	109,45	111,64	111,64	113,87
juillet	109,45	111,64	111,64	113,87
août	109,45	111,64	111,64	113,87
septembre	109,45	111,64	111,64	113,87
octobre	109,45	111,64	113,87	113,87
novembre	109,45	111,64	113,87	113,87
décembre	109,45	111,64	113,87	113,87
moyenne	109,27	110,73	112,20	113,87

Section 5. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
Maritiem Huis
Olijftakstraat 7-13
2060 Antwerpen

Tél. : (03) 220 74 11
Fax : (03) 220 74 66

Banque Carrefour de la sécurité sociale
Chaussée Saint-Pierre 375
1040 Bruxelles
www.ksz-bcss.fgov.be

Tel. : (02) 741 83 11
Fax : (02) 741 83 00

B. Réglementation

Loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Loi du 11 avril 1995, visant à instituer "la charte" de l'assuré social, modifiée par la loi du 25 juin 1997 et l'article 243 de la loi du 22 février 1998.

C. Liste des publications disponibles

- Rapport d'activités de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 1991-1993;
- Rapport d'activités de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 1994-1995;
- Rapport d'activités de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 1996-1997;
- Rapport d'activités de la Banque Carrefour de la sécurité sociale 1998-1999.

Partie II.

Les différentes branches de la sécurité sociale

Titre I. L'assurance obligatoire soins de santé

I. L'organisation administrative et le financement

Introduction

Toute la population belge est en pratique couverte par l'assurance obligatoire soins de santé. Celle-ci intervient dans un large éventail de soins médicaux repris dans une nomenclature qui est adaptée fréquemment en fonction de l'évolution des connaissances médicales. Il est également important de bien en percevoir les structures. Les réformes récentes reposent sur les principes suivants :

- responsabilisation de tous les acteurs du système;
- prise des décisions se rapprochant le plus possible de la réalité quotidienne.

Le Gouvernement ne peut intervenir qu'en ultime recours. Il doit élaborer, en concertation avec les acteurs concernés, les grandes enveloppes budgétaires en tenant compte de la modernisation de la politique de santé.

Les principes généraux de l'organisation administrative de l'assurance obligatoire soins de santé sont fixés par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ainsi que par l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les principes du financement de l'assurance obligatoire soins de santé sont fixés d'une part, par la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs et par la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés qui ont trait au financement global de la sécurité sociale et d'autre part, par les textes visés au paragraphe précédent.

De nombreuses institutions participent au fonctionnement du système. Leur structure est liée à certaines exigences organisationnelles mais est également le résultat de développements historiques, caractérisés par le fait que les partenaires sociaux sont très étroitement associés à la gestion.

Cette participation fut concrétisée par la création des parastataux sociaux responsables de la gestion d'une branche déterminée de la sécurité sociale et administrée par des représentants des interlocuteurs sociaux.

Section 1. L'organisation administrative

A. La répartition générale des compétences dans les soins de santé au niveau institutionnel

Dans la mesure où elles constituent des branches de la sécurité sociale, l'assurance soins de santé et l'assurance indemnités relèvent de la compétence exclusive de l'autorité fédérale.

La gestion de l'assurance soins de santé par l'autorité fédérale ne doit pas faire oublier les compétences communautaires des entités fédérées dans les "matières personnalisables", tant dans le domaine de la politique de la santé que dans celui de l'aide aux personnes. Les Communautés française, flamande et germanophone ainsi que la commission communautaire commune à l'égard des institutions bilingues situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale, sont en effet compétentes :

1. En ce qui concerne la politique de santé (1)

La politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception :

– de la législation organique;
– du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique;
– de l'assurance maladie-invalidité;
– des règles de base relatives à la programmation;
– des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd;
– des normes nationales d'agréation uniquement dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une répercussion sur les compétences visées aux *b), c), d)et e)*ci-dessus;
– de la détermination des conditions et de la désignation comme hôpital universitaire conformément à la législation sur les hôpitaux.

L'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales.

2. En matière d'aide aux personnes (2)

(…)

La politique du troisième âge à l'exception de la fixation du montant minimum, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées.

(1) [art. 5, §1 er, I, loi spéciale du 8 août 1980].
(2) [art. 5, §1 er, II, loi spéciale du 8 août 1980].

Depuis le 1er janvier 1994, la Région wallonne et la Commission communautaire française, la première sur le territoire de la Région Wallonne et la seconde sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-capitale, exercent cependant les compétences de la Communauté française en matière de politique de la santé, à l'exception des hôpitaux universitaires, du Centre hospitalier de l'Université de Liège, de l'Académie royale de médecine de Belgique, de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), de l'éducation sanitaire, des activités et services de médecine préventive et de l'inspection médicale scolaire.

Les compétences des entités fédérées leur permettent notamment de définir et de mener une "politique de dispensation de soins" et une "politique du troisième âge".

Elles leur permettent aussi de :

- fixer les conditions d'agrément des maisons de repos pour personnes âgées, des centres de coordination de soins et services à domicile, des maisons médicales (associations de santé intégrée), des services de santé mentale, des habitations protégées;
- désigner l'autorité habilitée à agréer les institutions précitées et surveiller le respect des normes d'agrément;
- de soutenir, d'encourager et de subventionner ces mêmes institutions;
- d'agréer les hôpitaux dans le respect des normes d'agrément fédérales et de contrôler leur respect.

B. La structure administrative

1. Le Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale

L'assurance obligatoire soins de santé relève de la compétence du Service Public fédéral (SPF) Sécurité sociale (1). Au sein de celui-ci, la Direction générale Politique sociale s'occupe de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ses compétences résident entre autres dans la rédaction et l'interprétation de la législation et de la réglementation, dans la fourniture d'avis, d'études ou d'analyses sur tout problème touchant à l'assurance soins de santé et indemnités, dans la gestion du contentieux devant le Conseil d'Etat et la Cour d'Arbitrage. Elle collabore également à l'élaboration de règlements européens et de conventions internationales dans le cadre de cette législation.

L'exécution et l'application pratique de cette législation sont assurées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité institué auprès du Service Public fédéral (SPF) Sécurité sociale ainsi que par les autres organismes décrits ci-après.

2. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

La loi du 15 février 1993 a modifié profondément l'organisation des services de l'INAMI.

(1) L'ancien Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

L'Institut est un établissement public de sécurité sociale chargé de la gestion administrative et financière de l'assurance soins de santé et indemnités.

La gestion administrative et générale de l'INAMI est assurée par le Comité général de gestion.

Le Comité est composé de manière tripartite, d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des employeurs et des organisations de travailleurs indépendants, de représentants des organisations représentatives de l'ensemble des travailleurs salariés, et de représentants des organismes assureurs.

Trois représentants du gouvernement y siègent également : ils sont nommés par le Roi sur proposition des ministres ayant, respectivement, les Affaires sociales, le Budget et les Classes moyennes dans leurs attributions.

La gestion journalière est confiée par le Comité général de gestion et par les organes de gestion des différents services à l'Administrateur général, assisté par un Administrateur général-adjoint.

L'INAMI est soumis aux dispositions de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public et de la loi du 5 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

L'INAMI est subdivisé en cinq grands services : quatre services particuliers ayant des compétences bien délimitées à savoir le Service des soins de santé, le Service des indemnités, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et le Service du contrôle administratif, ainsi que les services généraux.

2.1. Le Service des soins de santé de l'INAMI

Le *Service des soins de santé* est chargé de la gestion financière et administrative de l'assurance soins de santé. L'assurance obligatoire soins de santé est gérée par un Conseil général de l'assurance soins de santé qui est assisté par un Comité de l'assurance soins de santé.

Différents organes sont institués au sein du Service des Soins de santé :

a) Le Conseil général de l'assurance soins de santé (1)

Le Conseil général est composé de cinq membres représentant l'autorité, de cinq membres représentant les organisations représentatives des employeurs et les organisations représentatives des travailleurs indépendants, de cinq membres représentant les organismes assureurs et de huit membres représentant les dispensateurs de soins. Ces derniers ont une voix consultative.

Les compétences du Conseil général sont particulièrement larges notamment dans le domaine financier. Les compétences sont fixées à l'article 16 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Quelques exemples sont repris ci-dessous. Le Conseil général :

- détermine les orientations de politique générale, fixe l'objectif budgétaire annuel global et soumet, après avis du Comité de l'assurance, à l'approbation du Ministre, les budgets globaux des moyens financiers;

(1) [art. 15 et 16, L. 14.07.1994].

- veille à l'équilibre financier de l'assurance soins de santé, notamment sur la base des rapports trimestriels de la Commission de contrôle budgétaire;
- établit le budget de l'assurance soins de santé;
- arrête les comptes de l'assurance soins de santé;
- décide des actions en justice dans le cadre de sa compétence;
- examine le rapport annuel qui, pour ce qui est de l'assurance obligatoire soins de santé, lui est rédigé par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, ainsi que les rapports qui lui sont transmis par le Service d'évaluation et de contrôle médical et le Service du contrôle administratif et fait rapport au Ministre sur les mesures qu'il a décidé de prendre ou qu'il propose;
- décide, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de la compatibilité budgétaire des conventions et accords soumis à l'approbation du Comité de l'assurance.

Le Conseil général transmet annuellement au Gouvernement un rapport circonstancié sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays. Ce rapport comprend une évaluation d'éventuelles distorsions injustifiées et des propositions visant à les corriger.

b) Le Comité de l'assurance des soins de santé (Comité de l'assurance) (1)

Le Comité de l'assurance est composé d'un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des dispensateurs de soins. Des représentants des partenaires sociaux y siègent avec voix consultative.

Le Comité de l'assurance accomplit des tâches étroitement liées aux dispensateurs de soins et aux prestations de santé. Ses compétences sont fixées à l'article 22 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

Quelques exemples figurent ci-dessous.

Le Comité de l'assurance :

- formule à l'intention du Conseil général et de la Commission de Contrôle budgétaire une proposition de fixation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé, en tenant compte des besoins spécifiques des sous-secteurs (2);
- fixe les objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d'accords et transmet au Conseil général avec ses propositions en vue d'une répartition équitable des dépenses entre les différents secteurs de l'assurance soins de santé (3);
- approuve les conventions et accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire (4);
- assure le suivi de l'évolution des dépenses et transmet, en cas de mesures de correction insuffisantes, aux commissions de conventions ou d'accords toutes propositions relatives aux mesures correctrices supplémentaires à réaliser (5);

(1) [art. 10, A.R. 03.07.1996 et art. 21, L. 14.07.1994].
(2) [art. 39, al. 3, L. 14.07.1994].
(3) [art. 22, 1°, L. 14.07.1994].
(4) [art. 22, 3°, L. 14.07.1994].
(5) [art. 22, 5°, L. 14.07.1994].

- détermine les règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé (1);
- élabore les règlements visés par la loi coordonnée concernant, notamment, les conditions d'ouverture du droit aux prestations de l'assurance soins de santé et fixe les conditions auxquelles est subordonné le remboursement des prestations de santé (2).

Divers organes sont liés au Service des soins de santé. Les trois principaux sont : la Commission de contrôle budgétaire, le Conseil scientifique et le Collège des médecins-directeurs.

c) La Commission de contrôle budgétaire

Les tâches de cette Commission sont fixées dans les articles 18 et 51 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

- La Commission de contrôle budgétaire donne annuellement un avis au Conseil général au sujet de la proposition globale du Comité de l'assurance portant sur la fixation de l'objectif budgétaire annuel global.
- La Commission donne également annuellement un avis au Conseil général et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget sur la manière dont le Comité de l'assurance a exercé sa compétence en ce qui concerne la fixation des objectifs budgétaires annuels partiels des commissions de conventions ou d'accords.
- La Commission fait rapport au Conseil général, au Comité de l'assurance, aux commissions chargées de conclure les conventions ou les accords et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, sur les dépenses résultant des conventions et accords conclus avec les différentes catégories de dispensateurs de soins et sur les modifications proposées à la nomenclature des prestations de santé pour la rééducation fonctionnelle et professionnelle et des prestations de santé en général.
- La Commission exerce les compétences spécifiques qui lui sont attribuées au cas où il constate que l'objectif budgétaire est dépassé ou risque d'être dépassé de manière significative (3).

d) Le Conseil scientifique

Ce Conseil est chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance soins de santé et la qualité de la dispensation des soins. Ce Conseil fait toute suggestion susceptible de mettre le progrès scientifique à la portée des bénéficiaires de l'assurance soins de santé, dans les conditions les meilleures d'efficacité, d'économie et de qualité.

Il formule des avis et recommandations en matière de nomenclature des prestations de santé. Le Conseil scientifique comprend actuellement le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments et le Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour des maladies chroniques et pour des pathologies spécifiques.

e) Le Collège des médecins-directeurs (4)

---

(1) [art. 22, 4°bis, L. 14.07.1994].

(2) [art. 22, 11°, L. 14.07.1994].

(3) [art. 51, L. 14.07.1994].

(4) [art. 23, L. 14.07.1994].

Le Collège des médecins-directeurs a, entre autres, pour mission de :

- décider, dans chaque cas, de la prise en charge par l'assurance des programmes et des prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle et des prestations dispensées dans les centres médico-pédiatriques aux enfants atteints de maladie chronique. Le Roi détermine les conditions et modalités selon lesquelles la prise en charge de programmes et de prestations de rééducation fonctionnelle et professionnelle et de prestations dispensées dans les centres médico-pédiatriques s'effectue sans décision du collège des médecins-directeurs ou du médecin-conseil;
- remettre au Roi des avis en ce qui concerne l'établissement et les modifications à apporter à la liste des prestations de rééducation professionnelle ainsi que ses règles d'application;
- établir avec les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle et les centres médico-pédiatriques pour enfants atteints de maladie chronique des projets de convention à conclure avec eux et les soumettre à cet effet au Comité de l'assurance;
- établir avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires pour soins palliatifs des projets de conventions à conclure avec elles et les soumettre au Comité de l'assurance;
- communiquer au Comité de l'assurance tout avis concernant l'établissement et la surveillance du respect des normes de bonne pratique médicale .

D'autres commissions, conseils et collèges importants sont également actifs au sein du Service des soins de santé.

f) Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle (1)

Le Conseil consultatif émet des avis au sujet des propositions d'établissement ou de modification de la nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle ainsi que ses règles d'application.

g) Les commissions de conventions ou d'accords (2)

Les commissions de conventions et d'accords mènent les négociations au sujet des conventions et accords régissant normalement les rapports financiers et administratifs entre, d'une part, les titulaires et les organismes assureurs et, d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les accoucheuses, les praticiens de l'art infirmier, les services de soins à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, etc. .

h) Les conseils techniques (3)

Les conseils techniques institués auprès des commissions de conventions ou d'accords correspondants et, à défaut, auprès du Comité de l'assurance, formulent des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé.

i) La Commission de remboursement des médicaments (4)

La Commission de remboursement des médicaments a vu le jour le 1er janvier 2002. Elle est notamment composée de médecins et pharmaciens (certains représentant les organismes assureurs) ainsi que de représentants de l'industrie du médicament.

(1) [art. 24, §3, L. 14.07.1994].
(2) [art. 42 à 49 et 51 à 53, L. 14.07.1994].
(3)[art. 27, L.14.07.1994].
(4) [art. 122nonies, A.R. 03.07.1996, art. 35bis, L. 14.07.1994].

La Commission de remboursement des médicaments est notamment compétente pour formuler des propositions au Ministre des Affaires sociales concernant les modifications à apporter à la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, soit d'initiative, soit à la demande du Ministre, soit à la demande des firmes pharmaceutiques.

j) Les commissions de profils (1)

Il est institué auprès du service des soins de santé de l'INAMI des commissions de profils qui ont pour mission d'évaluer l'activité des dispensateurs de soins.

k) Les conseils d'agrément (2)

Les conseils d'agrément sont chargés d'établir la liste des personnes qu'ils agréent, selon les critères fixés par le Roi en matière de compétence et d'exercice de la profession.

Il existe notamment les conseils d'agrément suivants :

- le Conseil d'agrément des kinésithérapeutes (3);
- le Conseil d'agrément des orthopédistes (4).

l) Le Collège national des médecins-conseils (5)

Ce Collège, institué auprès du Service des soins de santé, est compétent en matière d'interventions octroyées pour les soins et l'assistance dans les actes de la vie quotidienne (maisons de repos et de soins, maisons de soins psychiatriques, maisons de repos pour personnes âgées.

m) Le Comité technique des travailleurs indépendants

Le Comité est composé de représentants des organisations de travailleurs indépendants et des organismes assureurs. Il émet des avis sur toutes les questions relatives à l'assurance soins de santé des travailleurs indépendants.

n) Le groupe de direction de l'accréditation (6)

Ce groupe est chargé, notamment, de la gestion des conditions et des procédures d'accréditation des médecins, de gérer le système de formation continue des médecins, et de décider de l'accréditation des médecins individuels.

3. Les organismes assureurs

Le service des prestations aux bénéficiaires est assuré par les organismes assureurs : unions nationales de mutualités, Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, Caisse des soins de santé de la Société nationale de chemins de fer belges, ces deux dernières étant des institutions publiques.

---

(1) [art. 30, L. 14.07.1996].
(2) [art. 215, L. 14.07.1994].
(3) [art. 69 à 77 et 99 à 106, A.R. 03.07.1996].
(4) [art. 78 à 81 et 99 à 106, A.R. 03.07.1996].
(5) [art. 120 à 122, A.R. 03.07.1996].
(6) [art. 122 quater, L.14.07.1994].

Les unions nationales de mutualités regroupent les mutualités, associations de personnes physiques sans but lucratif qui, dans un esprit de prévoyance, d'assistance mutuelle et de solidarité, ont pour but de promouvoir le bien-être physique, psychique et social.
Les unions nationales sont au nombre de cinq : l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités neutres, l'Union nationale des mutualités socialistes, l'Union nationale des mutualités libérales et l'Union nationale des mutualités libres.

L'assurance obligatoire soins de santé étant régie par la loi, son application par les organismes assureurs est tout à fait identique.

4. L'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités (1)

La loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités a instauré un système de contrôle. Le contrôle externe des mutualités est assuré par l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, un organisme d'intérêt public qui jouit de la personnalité juridique au sens de l'article 1, c, de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public.

L'Office de contrôle est géré par un Conseil qui doit être indépendant des contrôlés et par un comité technique. Les tâches de contrôle sont exécutées par des inspecteurs de l'Office de contrôle et par des réviseurs d'entreprises que chaque mutualité et chaque union nationale doivent désigner sur la base d'une liste établie par l'Office de contrôle.

L'Office de contrôle a notamment pour mission d'exercer un contrôle sur le respect par les mutualités et par les unions nationales de mutualités des dispositions comptables et financières qu'elles doivent appliquer en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. L'Office de contrôle formule également des avis et/ou propositions concernant la comptabilité et la gestion financière des mutualités et des unions nationales, ainsi que sur toute matière en rapport avec leur fonctionnement.

Au moins une fois par an, l'Office de contrôle est tenu de faire rapport au Conseil général de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité sur l'exécution de ses missions de contrôle, pour autant que celles-ci concernent l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

C. La carte d'identité sociale ou carte SIS (2)

La carte SIS constitue un élément clé de la modernisation de la sécurité sociale. Multifonctionnelle, elle remplace la carte à piste magnétique et en grande partie les vignettes délivrées par les mutualités, elle remplace les cartes magnétiques trimestrielles délivrées par les fonds de sécurité d'existence pour certains secteurs (construction, transport en autobus, …) et surtout en tant que Système d'Identification Sociale elle contient le numéro d'identification unique.

(1) [art. 49 et 52, 8°, L. 06.08.1990].
(2) Voir également Titre VI. Les services communs aux différents régimes; Section I. La Banque Carrefour de la sécurité sociale : point 10, 'La carte d'identité sociale ou carte SIS'.

1. Objectifs et perspectives

1.1. La carte SIS comme moyen d'identification

La carte SIS est un support sur lequel figure notamment le numéro d'identification de la sécurité sociale (NISS). Elle est pour l'assuré social sa clé d'accès unique pour faire traiter ses droits et obligations auprès des institutions de sécurité sociale, lesquelles utilisent systématiquement le NISS comme clé d'accès aux dossiers de leurs fichiers.
L'expérience réussie de la carte SIS comme clé unique pour l'identification au sein de la sécurité sociale est appelée à s'étendre considérablement. Ainsi la carte SIS est utilisée dans le cadre de la procédure d'enregistrement permettant aux citoyens d'effectuer des transactions électroniques. En effet, un des objectifs fondamentaux de l'E-government est d'offrir des services électroniques aux citoyens par le biais des portails ou des sites web. Pour pouvoir utiliser un certain nombre de ces services, il est nécessaire que le citoyen s'identifie et s'authentifie par voie électronique. Pour permettre aux citoyens d'utiliser ces services dès à présent et sans attendre la généralisation de la carte d'identité électronique, la carte SIS est utilisée pour la procédure d'enregistrement en vue d'obtenir un numéro d'utilisateur.

1.2. La carte SIS comme support de données

La carte SIS permet aux personnes habilitées qui ne participent pas au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale d'accéder de manière électronique à des données personnelles de sécurité sociale telles que la situation d'assurabilité. Sont habilités notamment des prestataires de soins de santé comme les pharmaciens et les hôpitaux qui peuvent ainsi accéder aux données administratives relatives à l'assurance soins de santé des assurés sociaux pour lesquels ils dispensent des prestations.

2. Forme, contenu et usage

La carte SIS est une carte à mémoire protégée dont disposent toutes les personnes qui résident en Belgique (du nouveau-né à la personne âgée) ainsi que toutes les personnes migrantes qui ont un contact avec la sécurité sociale. Au 1er janvier 2005, 10.550.795 cartes SIS étaient actives.

La carte SIS comprend 2 types de données, fonctionnellement distinctes :

- les données relatives à l'identification de la personne physique qui sont visibles à l'œil nu sur le recto de la carte et enregistrées sur la puce de la carte (numéro d'identification unique, nom, prénoms, date de naissance, sexe).
  Ces données doivent être utilisées par les employeurs, toutes les institutions de sécurité sociale, les dispensateurs de soins (pharmaciens, hôpitaux, médecins, infirmières, dentistes,…) (1), etc.;
- les données relatives au statut administratif de la personne physique au regard de l'assurance soins de santé : périodes et degré de remboursement des soins de santé.
  Ces données ne peuvent, et ne doivent dans certains cas, être utilisées que par les dispensateurs de soins, qu'ils pratiquent ou non le tiers-payant, et les mutualités.
  Les dispensateurs de soins disposent, pour lire les données inscrites dans la puce

(1) Article 5 de l'AR. du 18 décembre 1996 modifié par l'article 26 de la Loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses.

de la carte SIS, d'appareils de lecture et de cartes professionnelles (SAM) à microprocesseur leur permettant d'accéder à ces données et de les décrypter. La capture électronique de ces données et leur transmission automatisée aux mutualités chargées de rembourser les dispensateurs de soins évite une importante charge d'encodage de ces données administratives, pour les dizaines de millions de prestations dispensées sous le régime du tiers-payant. L'organisation de tout le circuit de remboursement des soins de santé en a été considérablement simplifiée et sécurisée.

La carte SIS est distribuée par les mutualités. La carte professionnelle soins de santé est délivrée sous la responsabilité de l'INAMI aux institutions de sécurité sociale, aux dispensateurs de soins, aux services d'inspection de l'INAMI, aux CPAS et aux mutualités.

3. Quelques chiffres au 1er janvier 2004

- 22.945.670 cartes SIS distribuées;
- 10.550.795 cartes SIS actives;
- 75.997 cartes SAM produites; 34.815 cartes SAM délivrées;
- 32 types d'appareils de lecture enregistrés auprès de la Banque Carrefour.

4. Mise à jour et renouvellement

Les premières cartes SIS ont été mises en circulation entre 1998 et 2002; elles ont une durée de validité de 5 ans. La date de fin de validité, inscrite dans le coin inférieur droit, se situe dans la majorité des cas entre octobre 2003 et juin 2004. Une opération de renouvellement massif des cartes a débuté dans le courant du mois de juin 2003 et s'est achevée mi-2004. Par la suite ce sont approximativement 50.000 cartes SIS qui sont renouvelées chaque mois. La durée de validité des nouvelles cartes SIS a été portée à 10 ans. Le remplacement s'effectue automatiquement par la mutualité avant la date d'expiration de la carte SIS et ce sans que l'assuré social ne doive en faire la demande. Dès sa réception, la nouvelle carte peut être utilisée immédiatement; l'assuré social est alors invité à détruire son ancienne carte ou à la rendre à la mutualité auprès de laquelle il est affilié.

Les logiciels de lecture des cartes ont été adaptés pour réduire les contraintes liées à la mise à jour des cartes SIS. Ainsi seuls les assurés sociaux dont l'assurabilité change ou se termine sont expressément rappelés par leur mutualité pour faire procéder à la mise à jour de leur carte. Pour les autres, la réglementation tient compte des droits acquis et le logiciel de lecture de la carte SIS les prolonge automatiquement sans que les assurés sociaux ne doivent se rendre auprès de leur mutualité.

5. Base juridique

La carte d'identité sociale est introduite par l'A.R. du 18 décembre 1996 (1), pris en exécution de la loi-cadre du 26 juillet 1996. Ratifié par la loi du 26 juin 1997 (2), cet A.R. a force de loi. Sur base de cet Arrêté, quatre Arrêtés d'exécution ont été

(1) A.R. du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions, M.B. 7 février 1997.

(2) Article 9, 1° de la loi du 26 juin 1997 portant confirmation des Arrêtés royaux pris en application de la loi du 26 juillet 1996 visant à réaliser les conditions budgétaires de la participation de la Belgique à l'Union économique et monétaire européenne, de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, et de la loi du 26 juillet 1996 relative à la promotion de l'emploi et à la sauvegarde préventive de la compétitivité, M.B. 28 juin 1997.

promulgués. Le premier concerne les modalités de financement (1), le deuxième décrit la forme de la carte (2), le troisième fixe les spécifications auxquelles doit répondre l'appareil de lecture électronique de la carte d'identité sociale (3) et le quatrième décrit les procédures pour la fabrication, l'émission, la mise à jour, le remplacement et l'utilisation de la carte d'identité sociale ainsi que le contenu du registre national des cartes (4).

6. Conclusion

La clé électronique qui figure dans la carte SIS identifie chaque citoyen de manière unique à l'aide d'un numéro national; ce numéro national est lui-même utilisé dans toutes les grandes banques de données des services publics qui gèrent des dossiers concernant ces personnes physiques (fiscalité, sécurité sociale, circulation, collectivités régionales et locales, etc…) et qui disposent d'une autorisation réglementaire pour ce faire. Elle permet ainsi d'organiser l'échange des données entre administrations pour automatiser l'ouverture et le calcul d'un maximum de droits.
La carte SIS comme clé d'accès en sécurité sociale, peut, au vu des récentes évolutions, être considérée comme un socle de base à partir duquel tous les services de l'E-Government pourront être progressivement offerts au citoyen.
La carte SIS en tant que système d'identification des assurés sociaux évolue désormais vers un système d'identification et d'authentification des citoyens dans tous les aspects de la vie publique.

Section 2. Le financement

A. Le régime des travailleurs salariés (1)

Les ressources de l'assurance soins de santé sont principalement constituées par :

- les moyens financiers qui lui sont attribués dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale et qui proviennent des cotisations des travailleurs et des employeurs et des subventions de l'Etat;
- les cotisations personnelles dues par certaines catégories de titulaires (cotisation complémentaire, assurance continuée, personne inscrite dans le registre national des personnes physiques, etc.);
- une retenue de 3, 55% opérée sur les pensions ou sur tout autre avantage octroyé à titre de complément d'une pension. Cette retenue ne peut avoir pour conséquence que le total des pensions ou avantages précités soit inférieur à un montant de 1.114,78 EUR par mois ou de 1.321,18 EUR pour les bénéficiaires avec charge de famille;
- les dons et legs acceptés;

(1) [L. 14.07.1994, art. 191 et 192].

- le produit d'un supplément de cotisation ou de prime dans le cadre de certains contrats d'assurance (véhicules automoteurs, assurances incendie, assurances hospitalisation,…);
- le produit d'une redevance annuelle par conditionnement public ou unitaire de médicaments remboursables, à charge des firmes pharmaceutiques concernées;
- le produit d'une cotisation sur le chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments remboursables;
- le produit de cotisations complémentaires sur le chiffre d'affaires réalisé sur le marché belge des médicaments remboursables;
- le produit des amendes administratives que l'INAMI perçoit en application de la législation;
- le produit des intérêts judiciaires des organismes assureurs;
- le produit des placements autorisés;
- les recettes prévues dans le cadre du reclassement social des handicapés.

B. Le régime des travailleurs indépendants

La gestion financière de l'assurance obligatoire soins de santé des travailleurs indépendants est distincte de celle des travailleurs salariés. Des budgets et comptes distincts sont établis en conséquence.

Indépendamment des cotisations personnelles des travailleurs indépendants, le financement de l'assurance soins de santé pour ces travailleurs est largement assuré par une subvention de l'Etat. Par ailleurs, il existe des ressources complémentaires, notamment une partie, à déterminer par le Roi, du produit d'un supplément de cotisations ou de prime d'assurance de la responsabilité civile prévue par la loi relative à l'assurance obligatoire de la responsabilité civile en matière de véhicules automoteurs.

C. La responsabilité financière des organismes assureurs (1)

Cette responsabilité est organisée autour de trois principes :

- une meilleure répartition des ressources de l'assurance en fonction des risques de santé des assurés;
- la clôture et l'apurement des comptes courants (c'est-à-dire l'apurement des déficits du passé);
- une responsabilité financière individuelle, limitée et croissante dans le temps.

La responsabilité financière individuelle des organismes assureurs est limitée (2) :

a) En cas de boni, l'organisme assureur reçoit un pourcentage de ce boni dont l'importance croît dans le temps : égal à 15% pour les années 1995 et 1996, 20% pour les années 1997 et 1998, pour atteindre 25% à partir de 1999. En l'état actuel des textes, l'organisme assureur ne peut pas librement disposer de la partie du boni qui lui est attribuée: il est tenu de la verser dans un fonds de réserve individuel auquel il pourra être fait appel en cas de déficit.

Les titulaires du régime des soins de santé versent annuellement une somme complémentaire à l'organisme assureur auprès duquel ils sont affiliés afin de lui permettre de constituer un fonds de réserve. Depuis le 1er janvier 1997, ce fonds de réserve doit s'élever, après prélèvement des déficits éventuels, à 4,46 EUR au moins par titulaire. Compte tenu du dépassement attendu de l'objectif budgétaire pour 2004 le Conseil de l'Office de contrôle a décidé en ce qui concerne l'exercice 2004 d'augmenter le montant minimal du fonds spécial de réserve à 14,00 EUR par titulaire (3).

(1) [A.R. 12. 08. 1994].
(2) [L. 14.07.1994, art. 196 à 201].
(3) [Office de contrôle des mutualités, Circulaire 04/18/D1].

b) Lorsque les dépenses afférentes aux soins de santé sont supérieures à la quotité budgétaire prévue, l'organisme assureur concerné doit lui-même couvrir une partie du mali en faisant appel :

- à son fonds de réserve constitué par un pourcentage de ses éventuels bonis antérieurs;
- et/ou à la perception d'une cotisation supplémentaire demandée à ses affiliés.

La partie du mali que l'organisme assureur doit couvrir est évolutive : égale à 15% pour les années 1995 et 1996, 20% pour les années 1997 et 1998, pour atteindre 25% à partir de 1999.

Par ailleurs, lorsque pour un exercice donné, l'objectif annuel budgétaire global, après neutralisation des éventuels facteurs exogènes, est dépassé de plus de 2%, le mali pris en compte est limité à 2% de la quotité budgétaire de chaque organisme assureur considéré distinctement.

II. Le régime général

Le régime de l'assurabilité a, au fil du temps, subi d'importantes modifications visant à étendre l'application de l'assurance obligatoire soins de santé à un nombre toujours plus élevé de personnes.
Ainsi, à l'heure actuelle, plus de 99% de la population est couverte par l'assurance obligatoire soins de santé.

Toutes les personnes pouvant prétendre à des prestations médicales sont énumérées dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cette loi prévoit également la possibilité d'étendre, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, le champ d'application de l'assurance obligatoire soins de santé à d'autres groupes de la population limitativement énumérés, dont principalement les travailleurs indépendants et les membres des communautés religieuses, extension qui a été réalisée respectivement en 1964 et en 1969 (1). L'objet de cette extension fera l'objet d'un examen particulier (voir le point III).

Section 1. Les bénéficiaires

A. Les titulaires

Sont notamment considérés comme titulaires de l'assurance obligatoire soins de santé (2) :

- les travailleurs salariés;
- les travailleurs reconnus incapables de travailler ou les travailleuses en repos de maternité;
- les travailleurs en chômage contrôlé (3);
- les travailleurs qui, se trouvant dans une situation sociale digne d'intérêt, cessent d'être assujettis à la législation belge concernant la sécurité sociale des travailleurs (4);

(1) Ces deux catégories voient leur situation actuellement régie par l'AR du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses.

(2) Les bénéficiaires de l'assurance (titulaires et personnes à charge) sont énumérés à l'article 32, L. 14.07.1994

(3) Par chômage contrôlé, il faut entendre chaque journée de chômage pour laquelle le chômeur est soumis à un contrôle ou dont il a été régulièrement exempté et pour laquelle une allocation de chômage est payée ou, lorsque le droit à une allocation de chômage lui a été refusé en raison de certaines sanctions administratives ou parce qu'il est devenu ou reste chômeur par sa faute ou n'a pas satisfait à certaines conditions d'octroi. Est également considéré comme un chômeur contrôlé le titulaire qui, sous certaines conditions, a renoncé volontairement au bénéfice des allocations de chômage, comme tout travailleur qui a interrompu sa carrière professionnelle et bénéficie d'une pause-carrière; [art 32, 3°, L. 14.07.1994].

(4) Dans ce cas, le bénéfice du droit aux prestations de santé est limité à une période déterminée, appelée "période d'assurance continuée" [article 32, 6°, L. 14.07.1994]. Les personnes qui sont réputées se trouver dans une situation digne d'intérêt sont énumérées dans l'article 247 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Il s'agit notamment du titulaire travailleur saisonnier, de la titulaire qui allaite son enfant, du titulaire qui purge une peine de prison … L'admission à l'assurance continuée est quant à elle régie par les articles 248 et suivants de l'A.R. 03.07.1996 susvisé.

- les travailleurs ayant droit à une pension de retraite;
- les travailleurs ayant droit, en qualité d'ouvriers mineurs, à une pension d'invalidité ou à une pension de retraite;
- les personnes bénéficiant d'une pension de retraite ou d'un avantage qui en tient lieu établi par ou en vertu d'une loi ou par un règlement autre que le régime de pension des travailleurs salariés et accordé en raison d'une occupation dans le secteur public ou dans un établissement d'enseignement (1);
- les personnes ayant droit, en qualité d'agent statutaire de la Société Nationale des Chemins de fer Belges, à une pension de retraite ou à une pension d'invalidité;
- les personnes qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif;
- les étudiants qui fréquentent l'enseignement du troisième niveau auprès d'un établissement de cours du jour;
- les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, autres que les travailleurs indépendants et les aidants soumis à la législation organisant le statut social des travailleurs indépendants et que les membres des communautés religieuses (2);
- les veufs et les veuves des titulaires énumérés ci-dessus;
- les enfants des titulaires énumérés ci-dessus, orphelins de père et de mère et bénéficiant d'allocations familiales.

La loi vise également d'autres catégories, plus spécifiques, de titulaires.

B. Les personnes à charge

Les personnes à charge des titulaires (4) sont également bénéficiaires des prestations de santé. Il est toutefois requis que ces personnes fassent partie du ménage du titulaire, c'est-à-dire qu'elles aient la même résidence principale que lui. Une exception à cette condition est cependant prévue au bénéfice du conjoint séparé et des enfants à charge (5).

Sont considérés comme des personnes à charge (6) :

1° le conjoint du ou de la titulaire.
Le conjoint non divorcé, mais séparé de fait ou séparé de corps peut être personne à charge s'il assume l'entretien d'au moins un enfant considéré comme personne à charge ou s'il a obtenu une pension alimentaire, soit par décision judiciaire, soit par

(1) Et ce, lorsqu'il y a application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, limitée cependant au régime d'assurance obligatoire soins de santé [article 32, 9°, L. 14.07.1994].
(2) Sont cependant exclues: les personnes qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé; les étrangers qui ne sont pas de plein droit autorisés à séjourner plus de 3 mois dans le royaume ou qui ne sont pas autorisés à s'établir ou à séjourner plus de six mois [article 32, 15°, L. 14.07.1994].
(4) Il s'agit des titulaires visés à l'article 32, 1°à 16° et 20°de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
(5) [article 124, 2°, A.R. 03.07.1996]
(6) [article 123, A.R. 03.07.1996]

acte notarié ou acte sous seing privé, déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel ou s'il est autorisé à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint en vertu de l'article 221 du Code civil ou encore s'il bénéficie d'une pension accordée en vertu d'une disposition légale au conjoint séparé.

2° la personne qui cohabite avec le titulaire.
Son inscription n'est pas possible lorsque le conjoint du titulaire a lui-même la qualité de personne à charge ou lorsque le conjoint, titulaire lui-même vit sous le même toit que le titulaire.

3° les enfants énumérés ci-dessous, de moins de 25 ans :
– les enfants et enfants adoptés du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci est mentionné;
– les enfants et les enfants adoptés du conjoint du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien;
– les enfants et enfants adoptés de la personne à charge du titulaire (visée aux points 2°ou 4°) et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de cette personne est mentionné lorsque cette personne en assume l'entretien;
– les petits-enfants et arrière-petits-enfants du titulaire, de son conjoint, de son cohabitant ou de son ascendant visé au 4° lorsque ce titulaire assume l'entretien de ces enfants;
– les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants du conjoint du titulaire ou ceux de son cohabitant ou de son ascendant visé au 4° dont ce titulaire assume l'entretien après le décès de ce conjoint ou de cette personne;
– les enfants qui ont leur résidence principale en Belgique et qui ne sont pas visés aux points a) à e) inclus dont le titulaire, son conjoint, son cohabitant ou son ascendant, visé au 4°, assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge.

4° les ascendants du titulaire ou travailleur ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.

Ne peut toutefois être considérée comme une personne à charge :

- la personne qui dispose d'un revenu professionnel ou de remplacement, pour autant qu'au cours d'un trimestre civil, leur montant global brut soit supérieur à 2.144,64 EUR (montant en vigueur à partir du 4ème trimestre 2004). Il est cependant dérogé à cette exclusion notamment en faveur des enfants à charge (1);
- la personne qui a la qualité de titulaire et qui peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle (2);
- la personne qui peut prétendre aux prestations de soins de santé en vertu de son occupation dans un organisme national, international ou supranational de droit public qui organise lui-même un régime d'assurance soins de santé et indemnités dont son personnel fait obligatoirement partie (3);
- l'enfant qui a la qualité de personne à charge et qui entame une activité indépendante pour laquelle des cotisations sont dues (4).

(1) [article 124, §1, 1°, A.R. 03.07.1996].
(2) Sauf exceptions [article 124, §1, 2°, A.R. 03.07.1996].
(3) [article 124, §1, 3°, A.R. 03.07.1996].
(4) La qualité de personne à charge lui est en effet retirée à la date à laquelle l'assujettissement au statut social des travailleurs indépendants prend effet [article 124, §1, 4°, A.R. 03.07.1996].

Section 2. Les prestations

A. Répartition des prestations

Les prestations médicales portent à la fois sur les soins préventifs et curatifs.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités comprend 24 catégories de prestations de santé (1) qui peuvent donner lieu à un remboursement dont :

- les soins médicaux courants comportant : les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les soins donnés par des kinésithérapeutes;
- les soins dentaires;
- les accouchements;
- la fourniture de médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, médicaments génériques);
- l'hospitalisation;
- les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle.

Seules les prestations de santé figurant dans une liste appelée « nomenclature » font l'objet d'une intervention de l'assurance soins de santé.
Cette nomenclature est établie par le Roi, qui fixe également la valeur des prestations, les règles d'application et les qualifications requises dans le chef de la personne habilitée à fournir ces prestations.

B. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations

1. Les modalités d'intervention de l'assurance soins de santé

En matière de remboursement de prestations de santé, deux modes d'intervention de l'assurance soins de santé coexistent.

La règle générale est le remboursement a posteriori des frais de santé : le patient paie le dispensateur de soins, lequel lui remet une attestation sur laquelle est mentionnée la prestation qui a été effectuée. Le patient remet ensuite cette attestation à son organisme assureur pour obtenir un remboursement. Le remboursement, en règle générale, n'est que partiel : une quote-part personnelle reste donc à charge du patient : il s'agit du ticket modérateur.

Par dérogation au système du remboursement a posteriori, il existe le système du tiers payant.
Ce système est obligatoire dans les hôpitaux. L'hôpital envoie au patient une facture qui reprend le coût global des soins reçus, mais le patient ne paie pas l'entièreté de ce coût : il ne paie que le montant qui correspond à son intervention personnelle, à savoir le ticket modérateur, ainsi que les suppléments éventuels. L'hôpital envoie également une facture à l'organisme assureur du patient : celui-ci va payer directement à l'hôpital le montant qui correspond à l'intervention de l'assurance soins de santé.

(1) article 34, L.14.07.1994.

Un système similaire est applicable vis-à-vis des médicaments : le patient qui se rend dans une pharmacie en vue d'acquérir des médicaments remboursables prescrits par son médecin ne paiera qu'une partie du prix total du médicament (qui correspond à son intervention personnelle, donc à son ticket modérateur).

L'application du régime du tiers-payant dans le secteur ambulatoire est également possible mais sous certaines conditions et au bénéfice de certaines catégories de la population.

2. Le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé

Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations varie principalement en fonction de la nature de la prestation, du statut de l'assuré et du fait que le dispensateur de soins est accrédité ou non.

Pour une même prestation, différents tarifs peuvent en effet s'appliquer selon que le dispensateur de soins est accrédité ou non. Depuis le 1er septembre 1995, des suppléments d'honoraires sont attribués aux médecins et spécialistes accrédités, suppléments totalement pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.
Pour pouvoir être accrédité, le médecin généraliste ou spécialiste doit répondre à plusieurs conditions relatives à sa pratique quotidienne (niveau d'activité, communication d'informations aux collègues, participation à des initiatives en vue du contrôle de qualité organisées par ses confrères, etc.) et fournir la preuve d'une formation continue.

2.1. L'aide médicale ordinaire

Pour les titulaires ordinaires, aussi appelés bénéficiaires primaires, l'intervention de l'assurance pour les soins courants est en principe fixée à 75% des honoraires conventionnels (1). La quote-part personnelle, aussi appelée ticket modérateur, s'élève donc à 25%.
Toutefois, pour certains types de prestations, le ticket modérateur est supérieur aux 25% susvisés.
Ainsi, il est de 30 % pour les consultations de médecins généralistes, 35 % pour les visites à domicile de médecins généralistes, et 40 % pour les consultations de médecins spécialistes.

Des interventions plus importantes de l'assurance obligatoire soins de santé sont toutefois possibles, soit via le système du remboursement préférentiel, soit via le système du dossier médical global.

a) Le régime de l'intervention majorée de l'assurance (autrefois appelé « statut VIPO ») (2).

Peuvent bénéficier de ce régime de remboursement préférentiel les titulaires suivants :

- les veuves et veufs;
- les invalides;
- les pensionnés;
- les orphelins de père et de mère bénéficiant d'allocations familiales;

(1) [article 37, §1er, L. 14.07.1994].
(2) [article 37, §1er et §19, L. 14.07.1994].

- les personnes bénéficiaires du revenu d'intégration;
- les personnes à qui est octroyée une aide du CPAS totalement ou partiellement prise en charge par l'Etat fédéral;
- les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées;
- les bénéficiaires d'une allocation pour handicapés;
- les bénéficiaires d'allocations familiales majorées;
- les chômeurs en chômage contrôlé âgés de 50 ans au moins qui ont, depuis un an au moins, la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage;
- les personnes à charge des personnes susmentionnées.

Le remboursement préférentiel de leurs soins de santé n'est toutefois accordé que si le montant annuel des revenus bruts imposables de leur ménage n'excède pas 12.986,37 EUR, augmentés de 2.404,13 EUR par personne à charge (montants indexés au 1er octobre 2004) (1).

b) Le dossier médical global

Le dossier médical global est un ensemble de données relatives à un patient, dont le but est d'optimaliser la qualité des soins dispensés, en évitant notamment les doubles emplois en ce qui concerne les actes médicaux posés et les prescriptions contradictoires.
Ce dossier médical, géré par le médecin généraliste, reprend toutes les informations médicales concernant le patient dont a connaissance le médecin généraliste (antécédents familiaux en matière de santé, maladies passées, traitements subis, résultats des consultations de spécialistes, …).
L'ouverture de ce dossier auprès du médecin généraliste permet d'obtenir une diminution de 30% sur le ticket modérateur (quote-part) des consultations chez un généraliste. Cette diminution est appliquée quel que soit le généraliste consulté.
Ce même avantage est octroyé lors des visites à domicile mais uniquement pour les patients atteints d'une maladie chronique ou âgés de 75 ans ou plus.

2.2. Les médicaments

Les fournitures pharmaceutiques comprennent les préparations magistrales et les spécialités pharmaceutiques.

Seules les spécialités pharmaceutiques figurant dans la liste jointe à l'A.R. du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques peuvent donner lieu à une intervention de l'assurance si elles ont été prescrites ou délivrées par des personnes compétentes à cet effet.

(1) [A.R. 08.08.1997 fixant les conditions de revenus et les conditions relatives à l'ouverture, au maintien et au retrait du droit à l'intervention majorée de l'assurance visées à l'article 37, §1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994]. Par revenus bruts imposables, il faut entendre le montant des revenus tels qu'ils sont fixés en matière d'impôt sur les revenus, avant tout abattement ou toute réduction (cependant, pour le revenu cadastral, un montant de 1.012 EUR augmentés de 169 EUR pour le cohabitant ainsi que par personne à charge est immunisé). A noter que les titulaires bénéficiaires du revenu d'intégration, de la garantie de revenus aux personnes âgées, d'une aide du CPAS ou d'une allocation pour handicapés, ainsi que les titulaires bénéficiaires d'allocations familiales majorées sont censés satisfaire aux conditions de revenus : l'avantage social dont ils bénéficient leur est en effet déjà octroyé après examen de leurs revenus.

En fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, les spécialités pharmaceutiques sont réparties en 5 catégories de remboursement (1).

Pour chacune d'entre elles, l'intervention personnelle du bénéficiaire s'établit comme suit (2) :

	Bénéficiaires ordinaires	" VIPO "
Catégorie A : (pour maladies graves et prolongées)	pas d'intervention personnelle	
Catégorie B : (médicaments d'utilité sociale et médicale)		
	25%	15%
	max. 10,20 EUR	max. 6,80 EUR
Catégorie B : grands conditionnements (3) (médicaments d'utilité sociale et médicale)	25%	15%
	max. 15,30 EUR	max. 10,20 EUR
Catégorie C : (médicaments moins utiles sur le plan social et médical)	50%	50%
	max. 17.00 EUR	max. 10,20 EUR
Catégorie Cs :	60%	60%
Catégorie Cx :	80%	80%

En cas d'hospitalisation, l'intervention personnelle pour les spécialités pharmaceutiques remboursables est fixée à un montant forfaitaire de 0,62 EUR par journée d'hospitalisation. Les spécialités pharmaceutiques non remboursables sont payées intégralement par le malade. Le coût des préparations magistrales est compris dans la journée d'hospitalisation et ne figure pas séparément dans la note de frais.

L'intervention personnelle du patient pour les préparations magistrales (4) est quant à elle exprimée en montants forfaitaires.
Compte tenu de l'utilité sociale et thérapeutique de la préparation magistrale, le ticket modérateur pour les bénéficiaires ordinaires s'élève à 0 EUR, 1,10 EUR ou 2,20 EUR et pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, à 0 EUR 0,30 EUR ou 0,60 EUR.
Si le prix de revient réel de la préparation est inférieur aux montants susmentionnés, l'intervention personnelle du bénéficiaire correspond au prix de revient réel.

(1) [A.R. 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités].
(2) Montants au 1er janvier 2005.
(3) Il faut entendre par grand conditionnement, tout conditionnement public qui contient plus de 60 unités d'utilisation.
(4) A.R. 12.10.2004 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des préparations magistrales et produits assimilés. - A.R. 07.05.1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2.3. L'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, le prix de la journée d'entretien (1) en chambre commune, autrement dit une chambre de plus de 2 lits, est pris en charge par l'assurance soins de santé, sous réserve d'une quote-part laissée à charge du patient. Si le patient choisit une chambre particulière ou une chambre à deux lits, un supplément peut lui être demandé.
En chambre à deux lits, le montant de ce supplément est toutefois limité à un maximum de 19,72 EUR par jour (2). Par contre, il n'y a pas de maximum fixé concernant le supplément dans les chambres à un lit.
En aucun cas un supplément de chambre ne peut être facturé en cas d'admission dans les services de soins intensifs ou des urgences en dehors de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans cette unité.
De même, en chambre à deux lits, aucun supplément ne peut être demandé au patient quand il n'y a plus de lit disponible dans les chambres communes. En chambre à un lit, aucun supplément ne peut être demandé lorsque l'état du patient, son traitement ou sa surveillance requièrent un séjour en chambre individuelle ou lorsque le patient doit être admis dans une chambre individuelle en raison de l'absence de lit disponible dans une chambre commune ou une chambre à deux lits.

En cas d'hospitalisation, il importe de relever que des suppléments d'honoraires peuvent, dans certaines circonstances, être mis à charge du patient.
Ces suppléments d'honoraires font toutefois l'objet d'une réglementation (3).

Lorsqu'il existe un accord médico-mutualiste, les médecins conventionnés ne peuvent pas demander de suppléments d'honoraires au patient séjournant en chambre commune ou en chambre à deux lits. En chambre à un lit, ils peuvent demander des suppléments d'honoraires, sauf dans des circonstances spécifiques, liées notamment à l'état de santé du patient et au manque d'autres lits disponibles

Par contre les médecins non conventionnés peuvent compter des suppléments d'honoraires au patient, qu'il séjourne en chambre commune ou à deux lits, toutefois à condition que des tarifs maximaux soient fixés dans le règlement général de l'hôpital et que ces tarifs soient respectés par les médecins concernés.
Ils ne peuvent cependant demander aucun supplément à certaines catégories de patients, tels que les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, les patients admis dans un service de soins palliatifs, les patients reconnus comme malades chroniques.
L'hôpital doit également garantir que les patients séjournant en chambre commune ou à deux lits (ainsi que les patients y assimilés) pourront être soignés au tarif conventionnel s'ils le demandent; dans ce cas, le patient n'a toutefois plus le libre choix du médecin.

---

(1) Ce prix est fixé pour chaque hôpital par le Ministre de la Santé publique ou par convention. Il s'agit d'un prix de journée forfaitaire qui couvre tous les coûts de séjour et de soins, à l'exception toutefois des honoraires des médecins et du personnel paramédical, ainsi que des médicaments.
(2) A.R. du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 90, §1er, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M.B., 29 octobre 2002. Montant au 1er juin 2003.
(3) A.R. du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M.B., 29 octobre 2002.
A.R. du 9 janvier 2003 modifiant l'A.R. du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M.B., 3 février 2003.

2.4. Autres prestations

a) Prestations dispensées dans des maisons de repos et de soins (MRS).
Si le bénéficiaire qui réside dans une maison de repos et de soins répond à certains critères, une intervention forfaitaire journalière est accordée. Le montant de celle-ci varie selon la catégorie de dépendance à laquelle le bénéficiaire appartient.

b) Prestations dispensées dans les maisons de soins psychiatriques (MSP).
Une intervention forfaitaire journalière est accordée au bénéficiaire qui souffre de troubles psychiques stabilisés et prolongés et qui réside dans une maison de soins psychiatriques.

c) Prestations dispensées dans des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA).
Si le bénéficiaire répond à certains critères et réside dans une maison de repos pour personnes âgées agréée, une intervention forfaitaire est accordée selon la catégorie de dépendance à laquelle ce bénéficiaire appartient.

d) Prestations dispensées dans des résidences communes pour personnes âgées.
Si le bénéficiaire répond à certains critères et est admis dans un établissement qui, sans être reconnu comme maison de repos pour personnes âgées, constitue le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, une intervention forfaitaire journalière est accordée.

e) Placement en habitation protégée.
Pour le bénéficiaire qui séjourne dans une habitation protégée pour patients psychiatriques, aucune intervention personnelle n'est demandée. L'intervention de l'assurance est déterminée conformément à la loi sur les hôpitaux.

f) Prestations fournies dans des centres de soins de jour.
Une intervention forfaitaire journalière est accordée pour les prestations fournies par les centres de soins de jour agréés au bénéficiaire admis pendant au moins six heures par jour dans l'institution et qui répond à certaines conditions de dépendance.

C. Le maximum à facturer

Le maximum à facturer (1) (MAF) est une mesure visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé en limitant les frais de soins de santé d'un ménage à un montant maximal déterminé, variant soit en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire, soit en fonction de la catégorie sociale à laquelle appartient le bénéficiaire.

Dès que le montant des interventions personnelles en soins de santé d'un bénéficiaire de l'assurance ou du ménage dont il fait partie atteint le plafond qui lui est applicable selon le type de MAF dont il peut bénéficier, les dépenses de soins ultérieures seront remboursées intégralement.

---

1) Loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, M.B., 4 juillet 2002 introduisant un Chapitre III bis dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Toutefois, seuls certains tickets modérateurs sont pris en compte pour le calcul du plafond, à savoir :

- les honoraires des médecins, kinésithérapeutes, praticiens de l'art infirmier et paramédicaux, …;
- les coûts des prestations techniques (imagerie médicale, examens de laboratoires.);
- les spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C;
- les frais d'hospitalisation (notamment l'intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien). Les frais d'hospitalisation pris en compte sont toutefois limités à la première année d'admission dans un hôpital psychiatrique.
- l'intervention personnelle pour le matériel endoscopique et de viscérosynthèse.

Le remboursement est effectué soit par l'organisme assureur, soit par l'administration fiscale en fonction du type de maximum à facturer qui est d'application.

Il existe en effet trois types de maximum à facturer :

a) Le MAF social, à savoir le maximum à facturer déterminé en fonction de la catégorie sociale des bénéficiaires.

Il est d'application pour le ménage comptant en son sein une personne bénéficiaire de l'intervention majorée de l'assurance ou une personne bénéficiaire d'une allocation de handicapé, dès que le ménage a supporté effectivement au cours de l'année de référence 450 EUR d'interventions personnelles.
Les bénéficiaires du MAF social peuvent obtenir le remboursement de leurs interventions personnelles relatives à 2005 au cours de la même année.

b) Le MAF revenus modestes, à savoir le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire et exécuté par les organismes assureurs.

Il concerne les personnes suivantes :

- les membres d'un ménage dont les revenus annuels nets sont compris entre 0 et 14.475,81 EUR (1) et qui ont supporté 450 EUR d'interventions personnelles;
- les membres d'un ménage dont les revenus annuels nets sont compris entre 14.475,82 EUR et 22.253,85 EUR (2) et qui ont supporté 650 EUR d'interventions personnelles;
- l'enfant qui, au 1er janvier de l'année d'octroi, est âgé de moins de 19 ans et qui a effectivement supporté des interventions personnelles d'un montant de 650 EUR : il bénéficie alors du MAF à titre individuel.

Les bénéficiaires du MAF revenus modestes peuvent obtenir le remboursement de leurs interventions personnelles relatives à 2005 au cours de la même année.

c) Le MAF fiscal : le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire et exécuté par l'administration fiscale.

Tout ménage fiscal peut en bénéficier, à condition d'avoir supporté un montant d'interventions personnelles supérieur au montant de référence qui lui est applicable compte tenu de ses revenus annuels nets.

(1) Montants d'application pour l'exercice 2005.
(2) Montants d'application pour l'exercice 2005.

Pour l'exercice 2005, les plafonds de revenus s'établissent comme suit :

Plafonds de revenus	Plafond d'interventions personnelles
De 22.253,86 EUR à 30.031,91 EUR	1.000 EUR
De 30.031,92 EUR à 37.485,87 EUR	1.400 EUR
De 37.485,88 EUR à 53.582,10 EUR	1.800 EUR
A partir de 53.582,11 EUR	2.500 EUR

Les bénéficiaires du MAF fiscal seront remboursés par l'administration fiscale deux ans après l'année au cours de laquelle ils ont dépassé le plafond de dépenses personnelles qui leur était applicable.

D. Le fonds spécial de solidarité

Le fonds spécial de solidarité a été créé au sein du service des soins de santé de l'INAMI (1).

Il est financé par un prélèvement sur les ressources (2) de l'assurance obligatoire soins de santé.

Dans les limites des moyens financiers, le collège des médecins-directeurs accorde des interventions aux bénéficiaires dans le coût des prestations de soins de santé exceptionnelles qui ne donnent pas droit à un remboursement par l'assurance soins de santé, y compris des produits pharmaceutiques qui ne sont pas susceptibles d'être admis au remboursement en vertu des dispositions réglementaires visant le remboursement des fournitures pharmaceutiques, à l'exclusion de l'alimentation.

Pour pouvoir prétendre à une intervention du fonds spécial de solidarité, les prestations doivent répondre aux conditions suivantes :

– être onéreuses;
– viser une affection rare et portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire;
– répondre à une indication présentant pour le bénéficiaire un caractère absolu sur le plan médico-social;
– présenter une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité;
– avoir dépassé le stade expérimental;
– être prescrites par un médecin spécialisé dans le traitement de l'affection concernée, autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Le Collège des médecins-directeurs peut également accorder, dans les limites des moyens financiers disponibles, une intervention dans les coûts supplémentaires liés au traitement médical des enfants âgés de moins de 19 ans atteints de maladies chroniques. Par coûts supplémentaires, il y a lieu d'entendre les coûts médicaux s'éle-

(1) [article 25, L. 14.07.1994].
(2) Il s'agit des ressources de l'assurance soins de santé telles qu'énumérées à l'article 191, L. 14.07.1994.

vant à au moins 650 EUR sur base annuelle, qui n'ont fait l'objet d'aucun remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et qui répondent aux conditions suivantes :

– répondre à une indication présentant pour le bénéficiaire un caractère absolu sur le plan médico-social;
– présenter une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité;
– avoir dépassé le stade expérimental;
– être prescrites par un médecin traitant autorisé à pratiquer la médecine en Belgique.

Par enfant malade chronique, il faut entendre un enfant atteint d'un cancer, d'une insuffisance rénale dialysée ou d'une autre maladie menaçant la vie qui nécessite un traitement continu de 6 mois au moins ou un traitement répétitif de longue durée.
Ce groupe-cible peut cependant être élargi par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.

Le Collège des médecins-directeurs peut décider, dans des cas dignes d'intérêts, que le fonds spécial de solidarité peut prendre en charge les frais médicaux du bénéficiaire pour des prestations de santé dispensées à l'étranger, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire, et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne.

Section 3. Les conditions d'octroi des prestations

A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations

1. Affiliation ou inscription auprès d'un organisme assureur (1)

Pour bénéficier des prestations de l'assurance soins de santé, il convient d'être affilié à une mutualité ou inscrit à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité ou à la Caisse des soins de santé de la Société nationale des chemins de fer belge (SNCB).

A l'exception du personnel statutaire des chemins de fer belges qui doit obligatoirement s'inscrire auprès de la Caisse des soins de santé de la SNCB, le titulaire choisit librement son organisme assureur mais son choix détermine celui des personnes à sa charge.

L'inscription ou l'affiliation porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire est acquise. Elle est maintenue pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des prestations de santé.

Dans la mesure où le titulaire choisit librement son organisme assureur, il peut, tout aussi librement, en changer.

Le passage d'un titulaire d'un organisme assureur à un autre, appelé « mutation individuelle », s'opère le premier jour de chaque trimestre civil, sans aucune perte de droits pour le titulaire, et sans période de stage.
Le titulaire qui désire changer d'organisme assureur doit simplement en faire la demande à l'organisme assureur auprès duquel il désire s'inscrire.

(1) [article 118, L. 14.07.1994, articles 252 à 254 AR 03.07.1996].

2. Versement des cotisations requises (1)

Le droit aux soins de santé ne s'ouvre que si les cotisations destinées à l'assurance soins de santé ont été payées.
Cependant, les cotisations doivent atteindre une valeur minimale : elles doivent être perçues sur une rémunération minimale, fixée, pour l'année 2005, à 4.840 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans et plus, et à 3.630 EUR pour les titulaires âgés de moins de 21 ans.
Si le minimum requis n'est pas atteint, l'assuré peut conserver ses droits, moyennant paiement d'une cotisation complémentaire.

Les données relatives à la couverture d'assurance sont déduites, selon les cas, des déclarations trimestrielles des employeurs à l'Office national de sécurité sociale, des données d'identification des chômeurs de l'Office national pour l'emploi, soit de diverses attestations fournies par les titulaires.

Il convient également de relever que certains titulaires ne voient s'ouvrir leur droit aux soins de santé que moyennant paiement d'une cotisation personnelle (2).

Parmi les titulaires visés, il convient de citer les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques.
Il s'agit là d'une catégorie résiduelle qui permet d'intégrer dans l'assurance soins de santé des personnes qui ne peuvent se prévaloir d'aucun statut particulier (tel que le statut de travailleur, de chômeur, de pensionné, d'invalide, de handicapé, …).
Ces personnes sont tenues de payer des cotisations trimestrielles qui varient en fonction de leurs revenus, avec une cotisation nulle pour les personnes à très faibles revenus (3).
Cette catégorie est très importante, puisqu'elle a permis de réintégrer dans le champ d'application de l'assurance soins de santé des personnes qui auparavant en étaient exclues, en raison de leur situation précaire du point de vue social et financier.

3. Accomplissement d'un stage (4)

Le stage, en soins de santé, est de 6 mois, mais est devenu exceptionnel : dans la quasi-totalité des cas, le droit aux soins de santé s'ouvre en effet sans stage.

Le stage n'est d'application que dans un cas, plutôt rare, à savoir lorsque l'inscription à un organisme assureur doit être considérée comme une réinscription et que la validité de la précédente inscription est échue en raison du non-respect des obligations en matière de cotisations personnelles (5).

---

(1) [article 121, L. 14.07.1994, articles 132 et s. AR 03.07.1996].
(2) [articles 132 et suivants AR 03.07.1996] Sont visés, les veufs et veuves, certains pensionnés, ainsi que les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°(étudiants du troisième niveau) et 15° (personnes inscrites au Registre national) de la L. 14.07.1994.
(3) Montants d'application, au 1er janvier 2005.
- cotisation trimestrielle de base : 567,27 EUR
- revenus inférieurs à 28.914,79 EUR : 283,63 EUR
- revenus inférieurs au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée : 48,09 EUR
- revenus inférieurs au montant annuel du revenu d'intégration: 0 EUR
- si droit au revenu d'intégration ou à la garantie de revenus aux personnes âgées : 0 EUR.

(4) [article 121, L. 14.07.1994 - article 54, AR 03.07.1996].
(5) [article 130, AR 03.07.1996].

Il faut entendre par réinscription, toute demande d'inscription intervenue après que soit expirée la validité de la précédente inscription (celle-ci est assurée pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la dernière année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des prestations de santé).
Les règles qui précèdent ne s'appliquent toutefois pas, entre autres :

- aux personnes qui dans les 6 mois précédant leur réinscription pouvaient bénéficier d'interventions pour soins de santé à charge des pouvoirs publics belges ou étaient bénéficiaires d'un régime d'assurance soins de santé organisé par un Etat de l'EEE ou un Etat avec lequel la Belgique a conclu une convention de sécurité sociale relative à la totalisation des périodes d'assurance;
- aux personnes ayant leur résidence principale en Belgique et qui, dans les 6 mois précédant leur réinscription, tombent sous l'application d'un statut d'un organisme de droit international établi en Belgique, ou par lequel elles sont employées en Belgique, qui prévoit une intervention dans les coûts des soins de santé;
- aux personnes qui au cours des 6 mois précédant leur réinscription se trouvaient à l'étranger pour l'accomplissement d'une mission pour le compte de leur employeur;
- aux personnes qui ont la qualité de titulaire en tant que handicapés, pensionnés, bénéficiaires du revenu d'intégration ou de la garantie de revenus aux personnes âgées.

Il convient également de préciser que lorsqu'un travailleur indépendant passe du régime pour les travailleurs indépendants au régime général, le droit au remboursement des petits risques ne lui est octroyé immédiatement que s'il a versé, en tant qu'indépendant, des cotisations à l'assurance libre pour l'année de référence correspondante ou, si tel n'est pas le cas, s'il verse une cotisation complémentaire pour l'année de référence (1).

B. Conditions d'octroi des prestations

1. Le principe de la territorialité des prestations (2)

Sans préjudice de l'application de l'ordre juridique international (3), les prestations visées dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 sont refusées lorsque le bénéficiaire ne se trouve pas effectivement sur le territoire belge ou si les prestations de santé sont dispensées en dehors du territoire belge.

Les prestations peuvent toutefois être accordées dans les conditions déterminées par le Roi et dans les conditions prévues au sein de conventions conclues entre le Comité de l'assurance et le Comité de gestion des indemnités et les organismes compétents étrangers visant à favoriser la libre circulation des assurés dans les régions frontalières par la fixation de règles de coopération.

Parmi les exceptions apportées par le Roi (4) au principe de la territorialité des prestations, on relève notamment :

(1) [article 129, AR 03.07.1996].
(2) [article 136, §1er, L. 14.07.1994].
(3) Est notamment visé, le règlement (CEE) n°1408/71 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés, et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté. A noter que, au sein de l'Union européenne, la Cour de Justice a rendu en 1998, un arrêt « Kohll et Decker » tendant à favoriser la liberté de circulation des patients : en application de cet arrêt, toute personne entrant dans le champ d'application de la législation européenne qui se rend dans un autre État membre de l'Union européenne pour y recevoir des soins ambulatoires doit bénéficier d'un remboursement de ces soins, à charge de son organisme assureur. Il s'agit là d'une exception notable au principe de la territorialité des prestations. Il convient cependant de souligner que seuls le Luxembourg , la Belgique et le Danemark (partiellement) ont donné suite à cet arrêt.
(4) [article 294, AR 03.07.1996].

- le cas dans lequel le titulaire en incapacité de travail a été autorisé préalablement par le médecin-conseil à séjourner temporairement à l'étranger, tout en gardant sa résidence principale en Belgique (à noter que l'autorisation du médecin-conseil n'est pas requise lorsque le titulaire tombe sous le champ d'application du règlement (CEE) n°1408/71 et qu'il réside temporairement sur le territoire d'un autre Etat membre);
- le cas dans lequel le bénéficiaire doit, au cours d'un séjour à l'étranger, être hospitalisé d'urgence;
- le cas dans lequel le rétablissement de la santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation qui peut être donnée dans de meilleures conditions médicales à l'étranger et qui est jugée préalablement indispensable par le médecin-conseil;
- le cas des bénéficiaires résidant en zone frontalière.

2. Les autres motifs de refus d'octroi des prestations (1)

a) L'interdiction du cumul

Si le dommage à l'origine des prestations est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun, les prestations de soins ne sont octroyées qu'à certaines conditions en attendant que le dommage soit indemnisé en vertu de cette autre législation. Dans ce cas, l'organisme assureur intervient de plein droit à la place du titulaire. Le titulaire doit en tout cas recevoir un montant au moins égal au montant des prestations de l'assurance.

b) Le non-respect des obligations de contrôle

L'octroi des prestations est supprimé aussi longtemps que le bénéficiaire ne répond pas aux obligations de contrôle qui lui sont imposées.

Section 4. Rapports avec les prestataires de soins, les services et les établissements

A. Rapports avec les médecins et les dentistes

Les rapports financiers administratifs entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et des dentistes, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part, sont régis par des accords, conclus au sein de commissions instituées auprès de l'Institut National d'Assurance maladie-Invalidité (2). Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée 45 jours après leur publication au Moniteur belge sauf si plus de 40% des médecins ou des dentistes ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes des accords.

En outre, pour que, dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50% des médecins généralistes et 50% des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer (3).

(1) [article 136, §2, §3 et §4, L. 14.07.1994].
(2) Les termes "accords et conventions" couvrent en fait pratiquement les mêmes réalités juridiques, mais la première notion s'applique exclusivement au texte établi dans la commission médico-mutualiste et dans la commission dento-mutualiste.
(3) [art. 50, §§1 et 2, L. 14.07.1994].

Les accords conclus au sein de la commission nationale médico-mutualiste et de la commission nationale dento-mutualiste fixent notamment les honoraires qui doivent être respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les dentistes qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

Les médecins et les dentistes qui n'ont pas notifié de refus d'adhésion aux accords sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf si, dans les délais et suivant les modalités déterminés par le Roi, ils ont communiqué, à la commission compétente, des conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui sont fixés. Ils sont également censés avoir adhéré aux accords lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les patients des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords (1).

Les médecins et dentistes n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront dans leur salle d'attente et, en ce qui concerne les institutions, soit dans la salle d'attente, soit dans le local de réception, soit dans le local d'inscription, un document établi suivant les directives du Service des soins de santé de l'I.N.A.M.I. et qui indique s'ils ont adhéré à l'accord ainsi que les jours et heures de consultation auxquels ils appliquent les tarifs de cet accord et ceux auxquels ils ne les appliquent pas (2).

Si, à la date d'expiration, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ne peut entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut notamment fixer des tarifs maximaux d'honoraires pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions, pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires.

Chaque convention ou accord doit contenir des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire est dépassé pour le secteur pour lequel la convention ou l'accord a été conclu au cours de l'exécution de la convention ou de l'accord.
Les médecins et dentistes qui ont adhéré à l'accord national et les pharmaciens qui ont adhéré à la convention les concernant peuvent bénéficier de certains avantages sociaux. Le Service des soins de santé de l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité verse une cotisation annuelle, en complément de la cotisation personnelle des médecins, dentistes et pharmaciens concernés pour la constitution d'une rente et/ou d'une pension en cas de cessation d'activité, de décès ou d'invalidité.

B. Rapports avec les autres prestataires de soins, services et établissements

Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et, d'autre part, les pharmaciens, les établissements hospitaliers, les accoucheuses, les infirmières, les services de soins à domicile, les kinésithérapeutes, les logopèdes, les fournisseurs de prothèses, d'appareils et d'implants, les maisons de repos pour personnes âgées, les maisons de repos et de soins, les maisons de soins psychiatriques et les centres de soins de jour, les domiciles ou résidences communes des personnes âgées et le placement en habitation protégée et en home de séjour provisoire sont normalement régis par les conventions.

(1) [art. 50, §3, L. 14.07.1994].
(2) Accord national médico-mutualiste du 15 décembre 2003.
Accord national dento-mutualiste du 15 décembre 2004, M.B. 17 janvier 2005.

Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et les dispensateurs de soins à domicile, les fournisseurs du sang et des dérivés sanguins, la fourniture de matériel et de produit de soins pour les soins à domicile des bénéficiaires qui souffrent d'une affection grave ou des bénéficiaires qui ont besoin de soins palliatifs à domicile sont régis par le Roi (1).

(1) article 42, L. 14.07.1994.

III. Le régime des travailleurs indépendants

L'assurance obligatoire soins de santé pour travailleurs indépendants est entrée en vigueur le 1er juillet 1964.
Elle est actuellement régie par un A.R. du 29 décembre 1997 qui étend l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (1).

Section 1. Les bénéficiaires

A. Les titulaires

Sont considérés comme titulaires de l'assurance (2) :

- les travailleurs indépendants et aidants qui, en application de la législation organisant le statut social des travailleurs indépendants, sont assujettis à un régime d'assurance maladie-invalidité obligatoire;
- les travailleurs indépendants qui ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité et qui, en cette qualité, maintiennent leur droit en matière de pension de retraite et de survie en application de la même législation;
- les travailleurs indépendants reconnus incapables de travailler au sens de l'A.R. du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants;
- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée dans les conditions prévues en vertu de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;
- les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale en cas de faillite, pendant quatre trimestres au maximum;
- les anciens colons qui sont admis au régime de pension des travailleurs indépendants et effectuent des versements en cette qualité;
- les travailleurs indépendants qui ont atteint l'âge normal de la pension et qui justifient au moins d'une année d'occupation en qualité de travailleur indépendant, pouvant ouvrir le droit à la pension de retraite en tant qu'indépendant;
- les travailleurs indépendants qui, en cette qualité, bénéficient d'une pension de retraite ayant pris cours avant qu'ils n'aient atteint l'âge normal de la pension;
- les conjoints survivants des travailleurs indépendants qui ont été occupés au moins une année en qualité d'indépendant, qui ont droit à une pension de survie;
- les enfants des titulaires susvisés, orphelins de père et de mère et qui bénéficient d'allocations familiales ou perçoivent une allocation de remplacement de revenus au sens de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés;
- les membres des Communautés religieuses.

(1) A.R. du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses.
(2) [article 4, A.R. 29.12.1997].

B. Les personnes à charge

Les personnes à charge des titulaires sont également bénéficiaires des prestations de santé.
La notion de personne à charge dans le régime des travailleurs indépendants est identique à celle existant dans le régime général.

Cependant, il existe des dispositions spécifiques qu'il convient de mentionner (1) :

- pour la détermination du plafond de revenus au-delà duquel une personne ne peut plus être à charge, ne sont pas considérés comme des revenus professionnels, les revenus professionnels provenant de l'activité indépendante de l'épouse dont le conjoint aidant est assujetti, en lieu et place de cette dernière, au statut social des travailleurs indépendants;
- pour la détermination du plafond de revenus au-delà duquel une personne ne peut plus être à charge, n'est pas considérée comme des revenus professionnels, la partie des revenus professionnels qui, en application de l'article 86 du code des impôts sur les revenus 1992, est octroyée au conjoint aidant du titulaire travailleur indépendant.

Section 2. Les prestations

A. Répartition des prestations

Si l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a été étendue aux travailleurs indépendants, cette extension n'est toutefois que partielle : elle ne vise que ce qui est communément appelé « les gros risques » de santé.

Sont notamment considérés comme des « gros risques » (2) :

- les soins médicaux et obstétricaux en cas d'accouchement;
- l'hospitalisation pour mise en observation et traitement;
- les médicaments délivrés lors d'une hospitalisation;
- les prestations d'anesthésiologie;
- les prestations de réanimation;
- les prestations de radiothérapie et de médecine nucléaire;
- l'hémodialyse et dialyse péritonéale ainsi que la dialyse dans un centre collectif d'autodialyse;
- les prestations dispensées par des maisons de repos pour personnes âgées ou des maisons de repos et de soins;
- certaines prestations d'imagerie médicale;
- le traitement dispensé durant une hospitalisation dans un hôpital psychiatrique;
- la délivrance d'organes et de tissus d'origine humaine;
- le forfait annuel pour matériel d'incontinence;
- certaines prestations effectuées par les logopèdes;
- le placement dans les centres médico-pédiatriques pour les enfants atteints d'une maladie chronique;
- les médicaments, administrés à des bénéficiaires porteurs du virus HIV, qui sont admis au remboursement en vertu des critères visant les antiviraux et les médicaments destinés au traitement des infections dues au virus HIV;
- les soins palliatifs.

Les travailleurs indépendants ne sont donc pas assurés pour les « petits risques » de santé, tels que les consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, les consultations de dentistes, les médicaments délivrés en dehors d'une hospitalisation.

(1) [article 24, A.R. 29.12.1997].
(2) Pour un aperçu complet des risques visés, voyez l'article 1er de l'A.R. du 29 décembre 1997.

Le travailleur indépendant souhaitant être couvert pour ces « petits risques » peut souscrire auprès d'une mutualité une assurance spécifique, appelée « assurance libre », en raison de son caractère facultatif. La souscription d'une telle assurance requiert évidemment le paiement de cotisations, dont le montant varie selon les mutualités.

L'absence de couverture obligatoire pour les petits risques dans le chef des travailleurs indépendants connaît toutefois une exception.
En effet, le droit aux « petits risques » est accordé entre autres aux indépendants handicapés ou invalides, ainsi qu'aux enfants handicapés bénéficiaires d'allocations familiales majorées et ce, sans paiement d'une cotisation complémentaire (1).

B. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations

1. Les gros risques

L'intervention de l'assurance dans le coût des « gros risques » de santé est la même que celle accordée dans le régime des travailleurs salariés.

Le régime des travailleurs indépendants connaît également un système de remboursement préférentiel des prestations de santé.

L'intervention majorée dans le coût des prestations est accordée à certaines catégories de personnes, à savoir (2) :

- les travailleurs indépendants qui ont interrompu leur activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité, et qui en cette qualité maintiennent leurs droits en application de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants, à condition d'avoir, pendant quatre trimestres consécutifs, remis à leur organisme assureur, l'attestation ad hoc délivrée par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants;
- les travailleurs indépendants reconnus incapables de travailler et qui reçoivent une indemnité d'invalidité (3);
- les travailleurs pensionnés et les conjoints survivants de travailleurs indépendants qui bénéficient d'une pension de retraite ou de survie en vertu du régime de pension des travailleurs indépendants;
- les travailleurs indépendants ayant atteint l'âge de la pension et les conjoints survivants de travailleurs indépendants qui ne bénéficient pas d'une pension de retraite ou de survie en vertu du régime de pension des travailleurs indépendants, à condition qu'ils n'exercent aucune activité professionnelle d'indépendant incompatible avec le bénéfice d'une pension de retraite ou de survie comme indépendant;
- les enfants de travailleurs indépendants, orphelins de père et de mère, et bénéficiant d'allocations familiales;
- les personnes à charge des bénéficiaires énumérés ci-avant;
- les membres des Communautés religieuses.

Toutefois, les personnes susmentionnées ne bénéficient de ce remboursement préférentiel que si le montant annuel des revenus bruts imposables de leur ménage n'excède pas 12.732,29 EUR, augmentés de 2.357,09 EUR par personne à charge (montants au 1er juin 2003).

(1) [article 5, A.R. 29.12.1997].
(2) [article 32, A.R. 29.12.1997].
(3) Et ce, en application de l'A.R. du 20 juillet 1971 instituant un régime d'assurance contre l'incapacité de travail en faveur des travailleurs indépendants.

2. Les petits risques

Pour les travailleurs indépendants qui bénéficient des petits risques sans paiement d'une cotisation personnelle, à savoir les travailleurs indépendants invalides ou handicapés ainsi que les enfants handicapés bénéficiaires d'allocations familiales majorées, l'intervention de l'assurance est identique à l'intervention de l'assurance dans le régime général.
Ces personnes bénéficient du remboursement préférentiel de leurs « petits » risques si elles remplissent les conditions requises, identiques à celles exigées pour obtenir le remboursement préférentiel des « gros risques ».

A noter que les travailleurs indépendants qui ont souscrit une assurance libre pour les « petits risques » auprès d'une mutualité bénéficient également des mêmes remboursements que ceux existants dans le régime général. Toutefois, s'agissant d'une assurance libre, donc de type purement contractuel, l'octroi ou non du remboursement préférentiel varie selon la mutualité à laquelle le travailleur indépendant est affilié.

C. Le maximum à facturer

Les règles du maximum à facturer, applicables dans le cadre du régime général de l'assurance soins de santé, sont également applicables pour le régime soins de santé des travailleurs indépendants, dans les conditions fixées par l'A.R. du 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses (1).
Les spécificités du MàF pour les travailleurs indépendants sont les suivantes :

1. Le MàF social

Peuvent bénéficier du MàF social les ménages dont au moins un membre est :

- soit bénéficiaire d'allocations de handicapé;
- soit bénéficiaire de l'intervention majorée en tant que :
  - travailleur indépendant ayant interrompu son activité professionnelle pour cause de maladie ou d'invalidité, et qui en cette qualité maintient ses droits en application de la législation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants;
  - travailleur indépendant reconnu incapable de travailler recevant une indemnité d'invalidité;
  - travailleur pensionné ou conjoint survivant de travailleur indépendant bénéficiant d'une pension de retraite ou de survie en vertu du régime de pension des travailleurs indépendants;
  - travailleur indépendant ayant atteint l'âge de la pension ou conjoint survivant de travailleur indépendant ne bénéficiant pas d'une pension de retraite ou de survie en vertu du régime de pension des travailleurs indépendants, à condition qu'il n'exerce aucune activité professionnelle d'indépendant incompatible avec le bénéfice d'une pension de retraite ou de survie comme indépendant;
- enfant de travailleur indépendant, orphelin de père et de mère, et bénéficiant d'allocations familiales;
- membre des communautés religieuses;
- bénéficiaire du revenu garanti;
- bénéficiaire de la garantie de revenus aux personnes âgées;
- bénéficiaire d'une aide accordée par le CPAS.

Dès que le ménage a supporté effectivement au cours de l'année de référence 450 EUR d'interventions personnelles, les dépenses de soins ultérieures seront remboursées intégralement, mais il s'agit des dépenses relatives aux prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire, à savoir uniquement les dépenses relatives aux « gros risques ».

(1) Articles 32bis, 32ter, 32quater , AR 29.12.1997.

Toutefois, pour déterminer quand le plafond d'interventions personnelles de 450 EUR est atteint, il est tenu compte des interventions personnelles relatives non seulement aux prestations entrant dans la catégorie des « gros risques » mais aussi aux prestations entrant dans la catégorie des « petits risques » pour lesquelles le bénéficiaire reçoit une intervention en raison de la souscription d'une assurance libre « petits risques ».

2. Le MàF « revenus modestes »

Dès que le ménage a atteint le plafond d'interventions personnelles qui lui est applicable, les dépenses de soins ultérieures lui seront remboursées intégralement, mais il s'agit des dépenses relatives aux prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire, à savoir uniquement les dépenses relatives aux « gros risques ».
Toutefois, pour déterminer quand le plafond d'interventions personnelles est atteint, il est tenu compte des interventions personnelles relatives non seulement aux prestations entrant dans la catégorie des « gros risques » mais aussi aux prestations entrant dans la catégorie des « petits risques » pour lesquelles le bénéficiaire reçoit une intervention en raison de la souscription d'une assurance libre « petits risques ».

3. Le MàF fiscal

Dès que le plafond d'interventions personnelles est atteint, les dépenses de soins ultérieures du ménage seront remboursées intégralement, mais il s'agit des dépenses relatives aux prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire, à savoir uniquement les dépenses relatives aux « gros risques ».
Pour déterminer quand le plafond d'interventions personnelles est atteint, il est tenu compte des interventions personnelles relatives aux prestations prises en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire, à savoir uniquement les dépenses relatives aux « gros risques ».

D. Le fonds spécial de solidarité

L'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en tant qu'elle vise le fonds spécial de solidarité, a été étendue aux travailleurs indépendants (1).

Ce fonds est financé grâce à un prélèvement sur l'ensemble des ressources de l'assurance soins de santé pour travailleurs indépendants. Ainsi, pour l'année 2003, ce prélèvement s'élève à 871.700 EUR.

Les règles de fonctionnement et d'intervention du fonds sont identiques à celles existant dans le régime général.

Il convient de noter que comme l'assurance obligatoire pour travailleurs indépendants ne couvre que les « gros risques », le fonds ne peut pas intervenir dans le coût des prestations qui sont considérées comme des « petits risques », et qui font comme telles l'objet d'un remboursement par l'assurance obligatoire – régime général (2).

Section 3. Les conditions d'octroi des prestations

A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations

1. Affiliation ou inscription auprès d'un organisme assureur (3)

(1) [article 1er, 22° A.R. 29.12. 1997].
(2) A titre d'exemple : un travailleur indépendant ne cotise pas à l'assurance libre pour les « petits risques »; un médecin lui prescrit un médicament, pour une maladie qui ne peut être considérée comme un "gros risque". Ce travailleur indépendant ne peut faire appel au fonds de solidarité pour obtenir le remboursement de ce médicament.
(3) [article 6, A.R. 29.12.1997 susvisé].

Pour bénéficier de l'assurance soins de santé, le travailleur indépendant doit être affilié à une mutualité de son choix ou inscrit à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Les règles applicables en cas de mutation individuelle sont les mêmes que dans le régime général.

Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'affiliation ou de l'inscription, laquelle porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire est acquise.

2. Versement des cotisations requises (1)

Le droit aux soins de santé ne s'ouvre que si le travailleur indépendant a versé les cotisations requises à la caisse d'assurances sociales à laquelle il est affilié.
Celle-ci doit communiquer à l'organisme assureur de l'intéressé les données concernant l'accomplissement de cette obligation de cotisation, via la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

Les travailleurs indépendants qui bénéficient d'une pension dont le montant est égal ou supérieur au tiers de la pension correspondant à une carrière complète, ont droit aux prestations sans paiement de cotisations.
Une disposition similaire est également d'application, pour une période limitée à douze mois, pour les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale en cas de faillite.

3. Accomplissement d'un stage (2)

Les règles applicables sont les mêmes que celles existant dans le régime général.

Les titulaires dont le droit est ouvert conservent ce droit jusqu'au 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le droit est ouvert.
Une fois que le droit aux prestations a été ouvert, l'octroi ultérieur du droit pendant une année civile est subordonné au respect des deux conditions suivantes :

– pour la seconde année civile - appelée année de référence - précédant l'année en question, les titulaires doivent avoir satisfait à l'obligation de cotisations;
– la qualité de titulaire doit avoir été conservée au cours du dernier trimestre de l'année de référence ou dans le courant de l'année civile suivante.

B. Conditions d'octroi des prestations (3)

Les dispositions de l'A.R. royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application.

Section 4. Les rapports avec les prestataires, les services et les établissements de soins

Les règles applicables aux travailleurs indépendants sont identiques à celles du régime général, telles qu'exposées ci-dessus.

(1) [articles 9 et s., A.R. 29.12.1997].
(2) [article 39, A.R. 29.12.1997].
(3) Voyez les règles applicables dans le régime général, point II, section 3.

IV. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Service public fédéral Sécurité sociale (02) 528 63 00
Direction générale Politique sociale
Domaine réglementation
Place Victor Horta 40, boîte 20 (5ème étage)
1060 Bruxelles
dg-soc@minsoc.fed.be

Service public fédéral Sécurité sociale (02) 528 64 50
Direction générale Indépendants
Place Victor Horta 40, boîte 20
1060 Bruxelles
zelfindep@minsoc.fed.be

Service public fédéral Personnel et Organisation
02/ 790 53 15
Direction générale Organisation
02/ 790 53 05
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi (boîte 4)
1040 Bruxelles

Service public fédéral Emploi, Travail
et Concertation sociale 02/ 233 41 11
Rue Belliard, 51
1040 Bruxelles

Banque Carrefour de la sécurité sociale (02) 741 83 11
Chaussée Saint-Pierre, 375
1040 Bruxelles
http://www.bcss.fgov.be/fr/contact/contactfr_1.htm

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (02) 739.71.11
Avenue de Tervuren, 211
1150 Bruxelles

Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs
Indépendants (02) 507.62.11
Place Jean Jacobs, 6
1050 Bruxelles
http://www.rszv-inasti.fgov.be

Office de Contrôle des Mutualités et des Unions nationales
de Mutualités (02) 209 19 11
Avenue de l'Astronomie, 1
1210 Bruxelles
http://users.skynet.be/com.cdz

Organismes assureurs

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes (02) 246 41 11
Chaussée de Haecht 579 (boîte 40)
1031 Bruxelles
alliance@mc.be

Union nationale des Mutualités socialistes (02) 515 02 11
Rue St. Jean, 32-38
1000 Bruxelles
unms@mutsoc.be

Union nationale des Mutualités neutres (02) 538 83 00
Chaussée de Charleroi, 145
1060 Bruxelles
info@unmn.be

Union nationale des Mutualités libérales (02) 542 86 00
Rue de Livourne, 25
1050 Bruxelles
info@mut400.be

Union nationale des Mutualités libres (02) 778 92 11
Rue St. Hubert, 19
1150 Bruxelles
info@mloz.be

Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité (02) 229 35 00
Rue du **T**rône, 30
1000 Bruxelles
info@caami-hzv.fgov.be

Caisse des Soins de santé de la S.N.C.B. (02) 525 21 11
Rue de France, 85
1060 Bruxelles
900.css-kgv@B-RAIL.be

B. Réglementation

L'INAMI publie les textes de base coordonnés et les met à jour sous forme de brochure ou de disquette. Sont disponibles :

- la loi du 14 juillet 1994;
- l'A.R. du 3 juillet 1996.

L'INAMI publie et tient à jour les textes coordonnés des conventions internationales en matière de sécurité sociale ainsi que les textes coordonnés concernant la rééducation fonctionnelle.

C. Publications

L'INAMI publie en outre (1) :

- les circulaires aux organismes assureurs;
- la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables;
- la liste des préparations magistrales remboursables;
- le répertoire des Unions nationales de mutualités et des mutualités de Belgique;
- la nomenclature des prestations de santé;
- un aperçu de la jurisprudence relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité. De plus l'INAMI publie un bulletin d'information.

(1) Liste et prix disponibles à l'INAMI - Service des abonnements, au numéro de téléphone (02) 739 72 32 – voir également : http: // inami.fgov.be.

Titre II. Les prestations de l'assurance indemnités

I. Le régime des travailleurs salariés

Section 1. L'organisation administrative et le financement

A. L'organisation administrative

La structure administrative est comparable à celle de l'assurance obligatoire soins de santé. Les particularités se situent au niveau de l'INAMI.

Le service indemnités de l'INAMI est chargé notamment de l'administration de l'assurance indemnités (incapacité, invalidité, maternité). Il est géré par un Comité de gestion.

1. Le Comité de gestion du Service indemnités (1)

La gestion de l'assurance indemnités, en ce qui concerne le régime des travailleurs salariés, est confiée à un Comité de gestion composé d'un nombre égal de représentants des organisations représentatives des travailleurs et des employeurs et des représentants des organismes assureurs compétents dans le cadre de l'assurance indemnités. Chaque organisme assureur a droit à au moins un représentant.

Outre sa compétence d'avis, le Comité de gestion exerce des compétences bien définies sur le plan financier et budgétaire (budget, comptes, etc.). Il a une compétence de décision sur le plan réglementaire (règlement relatif aux modalités de calculs des indemnités notamment), en ce qui concerne l'introduction d'actions en justice et en matière de renonciation à récupérer tout ou une partie de l'indu.

2. Le Conseil médical de l'invalidité (2)

Il est institué auprès du Service des indemnités, un Conseil médical de l'invalidité qui comprend une commission supérieure qui a son siège à Bruxelles et onze commissions régionales qui sont habilitées à procéder à l'examen des titulaires en période d'invalidité.

(1) [Art. 161 à 166, A.R. du 03.07.1996].
(2) [Art. 81 et 82, L. du 14.07.1994] [Art. 167 et suivants, A.R. du 03.07.1996].

Le Conseil médical de l'invalidité se prononce sur la reconnaissance de l'incapacité de travail en période d'invalidité (soit, après une première année d'incapacité « primaire »), il reconnaît l'état d'invalidité. A la fin de la période primaire, le médecin-conseil rédige un rapport médical détaillé à l'intention du Conseil médical de l'invalidité, contenant une proposition de décision en matière d'invalidité. La Commission supérieure de ce Conseil se prononce sur le rapport médical.
Si la Commission supérieure de ce Conseil estime qu'un examen corporel est nécessaire pour pouvoir statuer, elle transmet le dossier à une Commission régionale.
Outre cette compétence de décision, il appartient également au Conseil médical de l'invalidité de fixer les directives et critères médicaux généraux sur proposition du Conseil technique médical.

La Commission supérieure a également entre autres pour mission de veiller au bon fonctionnement des commissions régionales; afin de remplir cette mission, un ou plusieurs de ses membres peuvent être désignés pour assister à des séances de la commission régionale et de ses sections ainsi que pour émettre un rapport sur son activité.

3. Conseil technique intermutualiste (1)

Un conseil technique intermutualiste est institué auprès du Service des indemnités. Il a pour tâche de donner des avis en vue de leur examen au Comité de gestion du Service des indemnités, sur les problèmes relatifs aux conditions d'octroi des indemnités d'incapacité (en ce compris l'allocation pour frais funéraires) et de maternité.

Le Conseil technique est un organe d'avis sur le plan administratif dont les travaux permettent de déterminer les alternatives ou les options soumises au Comité de gestion.

4. Conseil technique médical (2)

Il est institué auprès du Service des indemnités, un Conseil technique médical qui propose des directives et critères médicaux généraux en vue de résoudre les problèmes d'évaluation relatifs à l'incapacité de travail, directives et critères qui seront ensuite fixés par le Conseil médical de l'invalidité. Dans le cadre de sa compétence, il peut procéder à des investigations sur le fonctionnement de l'assurance et sur les problèmes médicaux en rapport avec la reconnaissance de l'incapacité de travail.

B. Le financement (3)

Les ressources de l'assurance indemnités des travailleurs salariés sont constituées par :

- les moyens financiers qui lui sont attribués dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale et qui proviennent des cotisations des travailleurs et des employeurs, de la subvention de l'Etat ainsi que du financement alternatif;

(1) [Art. 83 et 84, L. du 14.07.1994] [Art. 193 à 198, A.R. du 03.07.1996].
(2) [Art. 85, L. du 14.07.1994] [Art. 198*bis* à *septies*, A.R. du 03.07.1996].
(3) [Art. 191 et 192, L. du 14.07.1994].

- les dons et legs acceptés;
- le produit des placements autorisés;
- les montants qui, provenant d'autres secteurs de la sécurité sociale, sont attribués par ou en vertu de la loi à l'assurance indemnités.

De ces ressources et de celles de l'assurance obligatoire soins de santé, sont prélevés, par l'INAMI, les montants nécessaires à couvrir ses frais d'administration.

Section 2. Les bénéficiaires (1)

a) Les bénéficiaires d'une indemnité d'incapacité de travail sont notamment :

- les travailleurs assujettis à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, secteur des indemnités;
- les travailleuses qui interrompent le travail ou ne reprennent pas le travail pour se reposer, au plus tôt à partir du 5e mois de grossesse;
- les travailleurs en chômage contrôlé;
- les travailleurs qui, pour mettre un terme à leur chômage, effectuent un travail domestique et qui, pour l'application de la réglementation de l'assurance-chômage, conservent la qualité de salarié habituel;
- les travailleurs navigants;
- les travailleurs reconnus incapables de travailler ou les travailleuses qui se trouvent dans une période de repos de maternité et qui perdent leur qualité de titulaires;
- les travailleurs qui, à l'expiration de la période d'assurance continuée, sont devenus incapables de travailler ou se sont trouvés dans une période de protection de la maternité, au plus tard le 1er jour ouvrable suivant l'expiration de ladite période.

b) Sont bénéficiaires de l'allocation pour frais funéraires, le titulaire du droit aux indemnités d'incapacité de travail, qu'il soit ou non en état d'incapacité de travail reconnue, le titulaire ayant droit à une pension de retraite en qualité de travailleur salarié ou à une pension anticipée en vertu d'un statut particulier propre du personnel d'une entreprise ou le titulaire ayant droit à une pension de retraite ou d'invalidité en qualité d'ouvrier mineur.

Cette allocation est fixée à 148,74 EUR. La qualité de bénéficiaire est attribuée à la personne qui a effectivement supporté les frais funéraires exposés.

Ne sont jamais considérés comme tels les entrepreneurs de pompes funèbres, leurs parents, préposés ou mandataires sauf s'ils sont conjoints ou parents alliés jusqu'au 3éme degré du défunt, ni les personnes morales de droit privé qui, en exécution d'un contrat d'assurance, ont pris en charge une partie ou la totalité des frais funéraires exposés.

L'allocation est due sur présentation des documents acquittés relatifs au paiement de frais funéraires.

La personne physique ou morale qui présente le document acquitté, établi à son nom, relatif à la fourniture du cercueil est considérée avoir supporté effectivement les frais funéraires.

(1) [Art. 86, L. du 14.07.1994].

En l'absence de ce document, il suffit qu'il y ait un document acquitté, établi à son nom, relatif à des dépenses afférentes aux funérailles ou aux cérémonies qui en tiennent lieu.

Si plusieurs personnes ont supporté des frais funéraires, la préférence doit être donnée au conjoint survivant ou, à son défaut, à l'héritier le plus proche.

Section 3. Prestations

A. Indemnités d'incapacité de travail

1. Notions d'incapacité de travail (1)

Est reconnu incapable de travailler :

- le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain, à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Si ce travailleur a par ailleurs acquis une formation professionnelle au cours d'une période de rééducation professionnelle, il est tenu compte de cette nouvelle formation pour l'évaluation de la réduction de sa capacité de gain.

Toutefois, pendant les six premiers mois de l'incapacité primaire, ce taux de réduction de sa capacité de gain est évalué par rapport à la profession habituelle de l'intéressé, pour autant que l'affection causale soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance.

Est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur qui reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 %.

Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué, sans l'autorisation préalable du médecin-conseil, un travail compatible avec son état de santé mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de la sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.

(1) [Art. 100, §1 et 2, 101, L. du 14.07.1994].

Dans les cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie à la récupération.

2. Présomptions d'incapacité de travail (1)

Plusieurs présomptions d'incapacité de travail sont admises pour déterminer qu'un travailleur a atteint le degré requis d'incapacité de travail.

Celles-ci sont :

- l'hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé ou dans un hôpital militaire;
- le travailleur qui reprend un travail préalablement autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve la réduction de sa capacité d'au moins 50%;
- le travailleur à qui il est interdit de se rendre à son travail pendant la période ci-après indiquée parce qu'il a été en contact avec une personne atteinte d'une des maladies contagieuses suivantes :

Diphtérie (pouvant être prolongée si l'intéressé est porteur de germes)	7 jours
Encéphalite épidémique	17 jours
Morve	12 jours
Méningite cérébro-spinale	9 jours
Variole	18 jours
Poliomyélite	17 jours
Scarlatine	10 jours
Fièvre typhoïde et paratyphoïde	12 jours

- le travailleur en état d'incapacité de travail pendant la période au cours de laquelle il suit un programme de rééducation fonctionnelle ou professionnelle agréé par le Collège des médecins-directeurs.

3. Incapacité primaire (2)

3.1. Rémunération garantie (3)

Les dispositions relatives à la rémunération garantie ne font pas partie de la sécurité sociale mais sont issues du droit du travail. Cependant, elles ont une incidence directe sur l'application de l'assurance indemnités étant donné que durant la première période d'incapacité, elles se substituent l'une à l'autre ou se complètent (voir infra refus des indemnités).

Pendant les trente premiers jours de l'incapacité primaire, le travailleur perçoit, à charge de son employeur, un salaire garanti. Une distinction doit être opérée entre le régime des ouvriers et le régime des employés.

(1) [Art. 100, § 1 et 2, L. du 14.07.1994] [Art. 239, A.R. du 03.07.1996] [Art. 4, R. du 16.04.1997].
(2) [Art. 211 et suivants, A.R. du 03.07.1996] [Art. 87 et suivants, L. du 14.07.1994].
(3) [Art. 52, 56, 57, 70 à 73, L. du 03.07.1978].

a) Régime des ouvriers

1° Si l'ouvrier est occupé depuis moins d'un mois, il n'aura pas droit à la rémunération garantie.

2° Si l'ouvrier est occupé depuis plus d'un mois, il a droit à la rémunération garantie. Le principe en est le suivant :

L'employeur garantit à l'ouvrier sa rémunération normale pendant les sept premiers jours d'incapacité de travail et pendant les sept jours suivants, 60% de la partie de sa rémunération maximale. La rémunération maximale (ou plafond) est fixée à 103,2407 EUR (montant au 1er octobre 2004) (1).

L'ouvrier a droit, en outre, toujours à charge de son employeur, à une indemnité complémentaire pour une période de 23 jours calendrier qui suit la période des sept premiers jours d'incapacité de travail : cette indemnité correspond à 25,88% de la partie du salaire normal qui ne dépasse pas le plafond et à 85,88% pour la partie du salaire normal qui excède le plafond.

Les indemnités d'incapacité de travail versées par la mutualité doivent quant à elles être refusées pour les sept premiers jours durant lesquels l'ouvrier conserve le droit à sa rémunération normale et pour les sept jours suivants durant lesquels l'intéressé a droit à 60% de la partie de la rémunération qui n'excède pas le plafond et à l'indemnité complémentaire visée ci-dessus.

Durant les troisième et quatrième semaines, les indemnités versées par la mutualité peuvent être cumulées intégralement avec l'indemnité complémentaire accordée par l'employeur au cours de cette même période.

b) Régime des employés

1° Si l'employé est à l'essai ou sous contrat à durée déterminée de moins de trois mois mais est occupé depuis moins d'un mois, il n'a pas droit à la rémunération garantie.

2° Si l'employé est à l'essai ou sous contrat à durée déterminée de moins de trois mois et est occupé depuis plus d'un mois, il a droit à une rémunération garantie calculée selon les mêmes principes que ceux exposés dans le point 2) du régime des ouvriers. Cependant, les pourcentages appliqués pour le calcul des indemnités complémentaires diffèrent de la manière suivante : 26,93% au lieu de 25,88% pour la partie de la rémunération qui ne dépasse pas le plafond et 86,93% au lieu de 85,88% pour la partie de la rémunération qui se situe au-dessus du plafond.

3) Si l'employé est engagé à durée indéterminée ou a un contrat à durée déterminée de plus de trois mois, il a alors droit, à charge de son employeur, à sa rémunération normale pendant les trente premiers jours d'incapacité de travail.

3.2. Les indemnités versées par la mutualité

Un travailleur titulaire qui est en état d'incapacité de travail reçoit pour chaque jour ouvrable de la période d'un an prenant cours à la date de début de son incapacité de travail ou pour chaque jour de cette même période assimilé à un jour ouvrable, une

(1) Le plafond de rémunération fixé à 103,2407 EUR a été revalorisé de 2 % pour certaines catégories de personnes et est donc passé à 105,3055 EUR au 1er janvier 2005.

indemnité dite "d'incapacité primaire". Celle-ci est calculée sur base d'un salaire journalier plafonné à 103,2407 EUR et ne peut être inférieure à 55% de la rémunération perdue calculée sur une période de référence (*).
Le plafond de rémunération est cependant revalorisé de 2 % (105,3055 EUR) pour les incapacités prenant cours au plus tôt le 1er janvier 2005.

Toutefois, pendant les trente premiers jours de l'incapacité de travail, le taux de l'indemnité ne peut être inférieur à 60% de la rémunération perdue pour tous les titulaires (voir point *3.1. Rémunération garantie*); à partir du trente et unième jour, le taux de l'indemnité ne peut être inférieur à 60% de la même rémunération pour les titulaires qui ont des personnes à charge ou qui ont perdu leur revenu unique. Pour les titulaires sans personnes à charge et sans perte du revenu unique, le pourcentage est fixé à 55%.

Pour les chômeurs qui tombent malades, l'indemnité d'incapacité de travail qu'ils reçoivent durant les six premiers mois, ne peut être inférieure au montant de l'allocation de chômage à laquelle ils avaient droit.

Pour la détermination de la période de six mois, il est tenu compte de la durée de la période du repos de maternité précédant immédiatement la période d'incapacité de travail.

Les chômeurs temporaires et les chômeurs assimilés à des chômeurs temporaires sont toutefois exclus de cette disposition.

La période d'incapacité primaire n'est pas interrompue par une interruption de moins de quatorze jours.

Les périodes de la maternité qui surviennent dans le courant d'une période d'incapacité primaire suspendent le cours de ladite période.

4. L'invalidité (1)

Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période de l'incapacité primaire, il est payé pour chaque jour ouvrable de l'incapacité de travail ou pour chaque jour y assimilé, et une indemnité dite "indemnité d'invalidité".

Le taux de l'indemnité d'invalidité octroyée est fixé pour un titulaire avec personne à charge à 65% de la rémunération perdue qui est limitée au même montant que pour le calcul de l'indemnité d'incapacité primaire (voir supra, point 3 Incapacité primaire).

Pour les titulaires sans charge de famille, ce taux est réduit à 50 % ou 40% de la même rémunération selon qu'il s'agit ou non de la perte d'un revenu unique.

(*) Indemnité journalière maximale [art. 212, A.R. du 03.07.1996 modifié par l'A.R. du 04.03.2005]. Au 1er octobre 2004, le montant maximal de la rémunération est égal à 93,5067 EUR x 1,1041 = 103,2407 EUR. L'indemnité journalière maximale s'élève à 60% du montant maximal de la rémunération : 103,2407 EUR x 60% = 61,94 EUR. Dès lors, les titulaires cohabitants ne peuvent bénéficier que d'une indemnité maximale de 55% du salaire maximal, soit 103,2407 EUR x 55% = 56,78 EUR.
Pour les incapacités à partir du 1er janvier 2005, le montant maximal de la rémunération est égal à 95;3768 x 1,2041 = 105,3055 EUR . Dès lors, les montants de 61,94 EUR et 56,78 EUR deviennent respectivement 63,18 EUR et 57,92 EUR.
(1) [Art. 93, L. du 14.07.1994] [Art. 213, 225 à 227, A.R. du 03.07.1996].

La preuve de la situation du titulaire est apportée par le fait soit qu'il vit seul, soit qu'il cohabite exclusivement avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme des personnes à charge.

Cette preuve découle des informations obtenues auprès du Registre national, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents probants produits à cet effet que la situation à prendre en considération ne correspond pas ou plus à ces informations.

Le titulaire conserve cependant sa qualité « d'isolé qui doit perdre son revenu unique » lorsqu'il cohabite avec des personnes qui lui ont été confiées, soit dans le cadre d'une des formes réglementées de placement familial ou lorsqu'il fait lui-même l'objet d'une des formes de placement familial.

Hormis la limite d'un pourcentage de la rémunération perdue, l'indemnité d'invalidité est limitée à un montant maximal exprimé en euro qui diffère en fonction de la date de prise de cours de l'incapacité de travail (1).

Si le titulaire cesse d'être en état d'invalidité pendant une période comptant moins de 3 mois, cette période non indemnisée n'interrompt pas le cours de la période d'invalidité.

Les périodes de protection de maternité qui surviennent dans le courant d'une période d'invalidité suspendent le cours de cette période.

Les indemnités (incapacité primaire et invalidité) sont dues pour tous les jours de l'année sauf les dimanches et varient selon l'indice des prix à la consommation conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971.

Un coefficient de réévaluation peut être appliqué chaque année sur l'indemnité d'invalidité.

Sauf dispositions spéciales, elles sont payées par l'organisme assureur en principe au titulaire au cours des cinq premiers jours du mois suivant celui auquel les indemnités se rapportent.

5. Bénéficiaire ayant personne à charge (2)

Par "titulaire ayant personne à charge", il faut entendre :

a) le titulaire cohabitant avec son conjoint;

b) le titulaire cohabitant avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait; cette personne ne peut cependant être un parent ou allié jusqu'au troisième degré du titulaire ni un enfant bénéficiaire d'allocations familiales ou à charge d'un parent tenu à une obligation d'entretien;

c) le titulaire qui cohabite avec un ou des enfants, exception faite de la condition d'âge de 25 ans;

(1) [A.R. du 05.05.04, M.B. du 01.06.04. Ces montants maximaux ne sont pas d'application pour les titulaires dont l'invalidité a débuté à partir du 1 avril 2004.
(2) [Art. 225, A.R. du 03/07.1996.

d) le titulaire qui cohabite avec un ou plusieurs parents ou alliés jusqu'au troisième degré;

e) le titulaire qui paie une pension alimentaire sur base d'une décision judiciaire ou d'un acte notarié ou sur base d'un acte sous seing privé déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et biens par consentement mutuel et le titulaire dont le conjoint perçoit une partie de ses indemnités au titre de sommes dues par des tiers. Cette disposition n'est cependant applicable qu'au titulaire sans personne à charge auquel une indemnité plus élevée peut être accordée pour perte de revenu unique et pour autant que le montant de la pension alimentaire ou de la délégation de sommes soit au moins égal à 111,55 EUR par mois;

f) le titulaire qui n'est pas hospitalisé, hébergé dans une institution ou un service tel qu'une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques ou encore un centre de soins de jour, ni en situation de détention préventive ou de privation de liberté et pour lequel le Conseil médical de l'invalidité a décidé que l'aide d'une tierce personne est nécessaire du fait que son état physique ou mental ne lui permet pas d'accomplir seul les actes courants de la vie journalière.

Les personnes visées aux points 1 à 4 ne peuvent être considérées comme à charge que si elles n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension ou d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère. Elles doivent en outre être financièrement à charge du titulaire lui-même.

Le titulaire visé aux points 3 et 4 qui cohabite simultanément avec des personnes autres que celles qui sont énumérées à ce paragraphe, ne peut conserver la qualité de travailleur ayant personne à charge que si ces autres personnes n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient effectivement ni d'une pension, ni d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère. Pour l'application de la présente disposition, sont assimilés aux parents ou alliés du titulaire, les parents ou alliés jusqu'au troisième degré y inclus du conjoint du titulaire ou de la personne visée au point 2.

Par activité professionnelle, il faut entendre toute activité professionnelle susceptible de produire des revenus même si elle est exercée par personne interposée et toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou au service d'une organisation internationale ou supranationale.

Il faut uniquement tenir compte de ces revenus ainsi que des pensions, rentes, allocations et indemnités précitées si leur montant est supérieur au montant journalier maximal de base de l'allocation de chômage multiplié par 26. Au 1er octobre 2004, le montant maximal de revenu autorisé est de 714,88 EUR.

6. Travailleur régulier (15)

Pour être considéré comme travailleur régulier, le titulaire doit réunir simultanément les conditions suivantes :

(1) [Art. 224, A.R. du 03.07.1996].

- avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis six mois au moins au début de l'incapacité de travail. Le titulaire doit en outre totaliser 120 jours de travail ou assimilés. Le travailleur saisonnier, le travailleur intermittent ou le travailleur à temps partiel doit totaliser 400 heures de travail ou assimilées;
- totaliser, pendant la période prenant cours à la date à laquelle il est devenu titulaire et expirant la veille du début de son incapacité de travail, un nombre de jours de travail ou assimilés correspondant au moins aux trois quarts des jours ouvrables de la période considérée;
- justifier pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence sous 2, d'une rémunération journalière moyenne au moins égale à 40,7044 EUR, s'ils sont âgés de 21 ans ou plus, 30,5190 EUR s'ils sont âgés de 18 à 20 ans, et 20,3523 EUR, s'ils sont âgés de moins de 18 ans (montants au 1er janvier 2005).

La personne qui ne remplit pas simultanément les trois conditions est un travailleur non régulier. La différence est importante afin de fixer les indemnités minimales. L'art. 214, §2 de l'A.R. du 3 juillet 1996 fixe l'indemnité minimale pour les invalides, travailleurs non réguliers. Le montant journalier minimal de l'indemnité d'invalidité accordée aux travailleurs non réguliers est égal au montant du revenu d'intégration, évalué en jours ouvrables. A partir du 1er janvier 2005, cette indemnité minimale s'élève à :

- avec personnes à charge : 31,67 EUR;
- sans personne à charge : 23,75 EUR.

A partir du 1er janvier 2005, le tableau des indemnités se présente comme suit :

	Anciens maxima (au 01/10/2004)	Nouveaux maxima (au 01/01/2005)
A. Indemnité pour incapacité primaire : indemnité journalière maximale	61,94 EUR	63,18 EUR
B. Indemnité journalière maximale à partir de la 2e année d'incapacité de travail :		
1. incapacité de travail prenant cours avant le 1/10/1974 :		
– avec charge de famille	42,39 EUR	
– sans charge de famille	28,37 EUR	
2. incapacité de travail prenant cours à partir du 1/10/1974 :		
– avec charge de famille	61,94 EUR	
– sans charge de famille	41,30 EUR	
3. incapacité de travail prenant cours à partir du 1/04/2004 (*)		
– avec charge de famille	67,11 EUR	68,45 EUR
– isolés	51,62 EUR	52,65 EUR
– cohabitants	41,30 EUR	42,12 EUR
C. Montant minimal des indemnités d'invalidité pour le travailleur régulier		
1. avec charge de famille	38,73 EUR	
2. sans charge de famille :		
– isolé	31,23 EUR	
– cohabitant	27,73 EUR	
D. Montant minimal des indemnités d'invalidité pour les titulaires qui n'ont pas la qualité de travailleur régulier :		
1. avec charge de famille	31,67 EUR	
2. sans charge de famille	23,75 EUR	
E. Allocations pour frais funéraires	148,74 EUR	

(*) Circulaire O.A. 2004/110 du 9 avril 2004. A.R. du 05.05.2004, M.B. du 01.06.2004. A partir du 1er avril 2004, augmentation des indemnités maximales pour les invalides isolés et pour les invalides avec charge de famille dont l'invalidité commence au plus tôt le 1er avril 2004.

7. Calcul des prestations (1)

L'indemnité (rémunération perdue) est calculée sur base de la rémunération journalière moyenne. La rémunération journalière moyenne comprend tous les montants ou avantages auxquels le travailleur peut prétendre en exécution de son contrat de travail et pour lesquels des cotisations de sécurité sociale sont dues, à l'exception du pécule de vacances complémentaire et de la rémunération portant sur le travail supplémentaire.

Hormis les dimanches et jours fériés légaux, tous les jours de l'année sont considérés comme des jours ouvrables.

Les jours fériés légaux sont pris en considération comme des jours ouvrables sur les mêmes bases pour la détermination des jours pour lesquels les indemnités peuvent être accordées :

- pour le travailleur qui a droit à une rémunération mensuelle fixe, la rémunération journalière moyenne est égale à 1/26ème de la rémunération mensuelle;
- pour le travailleur dont la rémunération varie, la rémunération journalière moyenne est obtenue en divisant la rémunération normale du cycle de travail par le nombre de jours ouvrables que comporte ce cycle;
- pour plusieurs autres catégories de titulaires, la réglementation prévoit également des règles spécifiques pour le calcul de la rémunération perdue.

8. Retenue de 3,5% sur les indemnités d'invalidité

Une cotisation de 3,5% sur les indemnités d'invalidité est établie au profit du secteur des pensions.

Cette retenue ne s'applique pas aux indemnités d'incapacité de travail primaire.

Elle ne peut avoir pour conséquence que le montant de l'indemnité passe sous un certain seuil variant selon que l'intéressé a ou non une charge de famille.

A partir du 1er janvier 2005, ce seuil s'élève à :

- 39,85 EUR pour les titulaires sans charge de famille;
- 48,00 EUR pour les titulaires avec charge de famille.

B. Allocations pour frais funéraires (2)

(Voir supra section 2.2).

(1) [Art. 22 et 23, .Règlement du 16.04.1997].
(2) [Art. 110, L. du 14.07.1994].

Section 4. Conditions d'octroi et de maintien de droit aux indemnités

A. Indemnités d'incapacité de travail

1. Conditions d'ouverture du droit

4.1. L'affiliation ou l'inscription auprès d'un organisme assureur

Voir Titre I, II, Conditions d'octroi

4.2. Stage (1)

Les travailleurs titulaires doivent totaliser, au cours d'une période de six mois, au moins 120 jours de travail. Les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et travailleurs à temps partiel accomplissent leur stage s'ils prestent sur une période de 6 mois, 400 heures de travail. La période de référence est toutefois prolongée jusqu'à 18 mois pour ceux qui se trouvent dans l'impossibilité d'accomplir leur stage en raison de leur régime de travail.

Sont notamment assimilés à des jours de travail, les jours d'inactivité découlant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, les jours des vacances légales, les jours de chômage involontaire contrôlés, les jours de lock-out ou de grèves.

Dans certains cas, la réduction de la durée du stage ou la dispense du stage d'attente peuvent être obtenues.

4.3. Valeur minimale des documents de cotisation (2)

Les travailleurs titulaires doivent apporter la preuve qu'ils ont effectivement payé leurs cotisations pour le secteur des indemnités couvrant cette même période (voir point 4.2.); celles-ci doivent atteindre un montant minimal ou être complétées par des cotisations personnelles.

Les travailleurs doivent justifier de leur qualité de titulaire à l'aide d'un document de cotisation délivré par leur organisme assureur.

2. Maintien du droit aux indemnités (3)

Les titulaires qui ont satisfait aux conditions précitées conservent leur droit aux indemnités jusqu'à la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont terminé leur stage.

Les titulaires qui sont dispensés de l'exécution du stage conservent le droit à ces mêmes prestations jusqu'à la fin du troisième trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont obtenu la qualité de titulaire.

(1) [Art. 203 et 205, A.R. du 03.07.1996].
(2) [Art. 128, L. du 14.07.1994].
(3) [Art. 129 et 130, L. du 14.07.1994].

Les titulaires peuvent continuer à percevoir ces prestations à condition qu'ils apportent la preuve, pour les deuxième et troisième trimestres avant celui au cours duquel ils y font appel :

- qu'ils conservent la qualité de titulaire pendant 120 jours de travail (ou, pour les travailleurs saisonniers, intermittents ou à temps partiel, pendant 400 heures de travail) ou assimilés;
- que les cotisations pour le secteur des indemnités sont payées et le montant minimal a été atteint ou complété par des cotisations personnelles.

Un titulaire qui perçoit des indemnités à la fin d'un trimestre continue à les percevoir jusqu'à la fin de l'incapacité en cours.

3. Refus des indemnités (1)

Dans plusieurs cas, le travailleur ne peut prétendre à des indemnités. C'est le cas notamment :

- pour la période au cours de laquelle il a droit à une rémunération. Par rémunération, il faut entendre toutes les sommes ou avantages auxquels un travailleur a droit dans l'exécution de son contrat de travail;
- pour la période couverte par le pécule de vacances c'est-à-dire les jours de vacances légales qui coïncident avec une période d'incapacité de travail, à condition que l'incapacité de travail ait débuté pendant la période de vacances, ainsi que les jours de vacances légales que le titulaire est dans l'impossibilité de prendre avant la fin de chaque année de vacances du fait de son incapacité de travail.
  Sur demande écrite des titulaires, les jours de vacances sont imputés sur la période comprise entre la date de cette demande et l'expiration de l'année des vacances;
- pour la période pendant laquelle il peut prétendre à une indemnité due pour rupture ou cessation du contrat de travail;
- pour la période pendant laquelle il reçoit une indemnité garantie par une loi belge ou étrangère pour interruption temporaire ou définitive de son activité professionnelle habituelle, qui est ou risque d'être nuisible à sa santé;
- pour la période pendant laquelle il peut faire appel à des allocations de chômage en vertu d'une législation belge ou étrangère;
- pour la période pendant laquelle il reçoit, en application des dispositions de la législation relative aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles, une indemnité d'incapacité temporaire et totale de travail pour cessation d'une remise au travail;
- pour la période pendant laquelle il peut faire appel à une allocation d'interruption en cas d'interruption de sa carrière complète.

Toutefois, le travailleur peut être autorisé, dans les conditions déterminées par le Roi, à bénéficier des indemnités d'incapacité de travail lorsqu'il a droit à un des avantages énumérés ci-dessus ou en attendant qu'il reçoive un de ces avantages :

- pour la période pendant laquelle une travailleuse a droit à des indemnités de maternité.

(1) [Art. 103 et suivants, L. du 14.07.1994. Art. 228, A.R. du 03.07.1996].

4. Réduction des indemnités (1)

En cas de cumul :

- avec une allocation aux handicapés, complétée ou non d'un revenu professionnel;
- avec une pension (de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou tout avantage tenant lieu de pareille pension) complété d'un revenu professionnel ou d'une allocation aux handicapés ou des deux à la fois;
- avec un revenu professionnel découlant d'un travail préalablement autorisé, complété ou non d'une allocations aux handicapés.

Le montant de l'indemnité pour incapacité de travail est égal à : (un pourcentage de l'indemnité pour incapacité de travail pour bénéficiaires ayant des personnes à charge) – (l'intervention, la pension ou l'allocation complétées du revenu professionnel).

Ce pourcentage s'élève à :

- 150% (s'il y a des personnes à charge et uniquement une intervention aux handicapés ou pension);
- 125% (s'il n'y a pas de personnes à charge et uniquement intervention aux handicapés ou pension);
- 170% (s'il y a des personnes à charge et également une intervention aux handicapés ou une pension et un revenu professionnel);
- 145% (s'il n'y a pas de personnes à charge et une intervention aux handicapés ou une pension et un revenu professionnel).

L'indemnité pour incapacité de travail est égale à maximum le montant journalier qui serait alloué s'il n'y avait pas de cumul.
En cas de cumul avec un travail préalablement autorisé, le montant de l'indemnité d'incapacité de travail est égal à : (le montant journalier de l'indemnité d'incapacité de travail allouée en l'absence de cumul) – (le montant brut du revenu professionnel évalué en jours ouvrables diminués des cotisations de sécurité sociale à charge du titulaire).

Le montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables n'est considéré qu'à concurrence du pourcentage suivant fixé par tranches de revenus :

Indemnités d'incapacité de travail des travailleurs – Réduction en cas de cumul avec une activité autorisée préalablement (montants au 1er janvier 2005)	
Revenu professionnel	% considéré
0 – 10,00 EUR	0%
10,00 – 20,00 EUR	25%
20,00 – 30,00 EUR	50%
Plus de 30,00 EUR	75%

(1) [Art. 108, L. du 14.07.1994. Art. 229 et suivants, A.R. du 03.07.1996].
(*) Circulaire OA 2004/411 du 24 décembre 2004 – Augmentation du montant des tranches de revenus professionnels de 8,32 à 9,06 EUR (art. 230 de l'A.R. du 3 juillet 1996). Au 1er janvier 2005 et compte tenu de l'indexation, ce montant est de 10,00 EUR.

Les primes, participations aux bénéfices, treizième mois, gratifications et autres avantages de même nature, payés annuellement, sont censés faire partie du revenu professionnel des quatre trimestres suivant celui au cours desquels ils ont été alloués.

Le titulaire qui n'a pas de personne à charge et qui se trouve dans une période de détention préventive ou de privation de liberté, a droit à une indemnité réduite de moitié. L'indemnité non réduite peut toutefois être accordée dès le premier jour de la libération conditionnelle ou de la mise en liberté provisoire et lorsque le titulaire a obtenu l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins 7 jours.

L'indemnité d'incapacité de travail est réduite de 10% aussi longtemps que le titulaire refuse de se soumettre à un programme de rééducation fonctionnelle ou professionnelle préconisé par son organisme assureur et décidé par le collège des médecins-directeurs.

B. Allocations pour frais funéraires

En cas de décès d'un bénéficiaire qui était ou non en état d'incapacité reconnu ou d'un travailleur retraité, 148,74 EUR sont octroyés en tant qu'allocations pour frais funéraires (voir section 2.2).

Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail

A. L'obligation de déclaration (1)

Lorsqu'il n'y a pas de présomption légale d'incapacité de travail, l'état d'incapacité de travail doit être constaté.

En cas d'absence d'un service de contrôle médical agréé :

Lorsqu'il n'existe pas de service agréé pour le contrôle médical dans l'entreprise, le titulaire doit, au plus tard le deuxième jour civil qui suit le début de son incapacité, envoyer par la poste, le cachet postal faisant foi, au médecin-conseil de son organisme assureur ou lui remettre contre accusé de réception, un certificat médical qui est complété, daté et signé et précise les motifs de son incapacité.

Le titulaire qui, au début de son incapacité de travail, est chômeur contrôlé peut soit remplir les formalités reprises ci-dessus, soit envoyer une notification de l'incapacité de travail délivrée par le bureau de chômage au médecin-conseil de son organisme assureur.

Toutefois, pour le titulaire qui, lors de la survenance de son incapacité de travail, est engagé dans les liens d'un contrat de travail d'ouvrier ou d'employé, le délai est prolongé respectivement jusqu'au quatorzième jour civil (voir Section 3, point 3, 1) ou

(1) [Art. 2 et suivants, R. du 16.04.1997].

jusqu'au vingt-huitième jour civil (voir également Section 3, point 3, 1) à dater du début de l'incapacité. En cas de rechute, le délai de 2 jours est prolongé à concurrence du solde des quatorze et vingt-huit jours civils.

Le titulaire dont l'incapacité de travail a été déclarée comme accident de travail est dispensé de cette obligation de déclaration.

En cas d'existence d'un Service de contrôle médical agréé :

Lorsque l'employeur fait appel à un service de contrôle médical agréé, le titulaire doit seulement déclarer son incapacité auprès de ce service. Dans ce cas, le début de l'état d'incapacité de travail est constaté par le médecin du service de contrôle agréé.

Si l'incapacité de travail dure cependant plus que la période à charge de l'employeur (voir Section 3, point 3, 1)), le dossier est transféré au médecin-conseil de l'organisme assureur qui est exclusivement compétent.

Lorsqu'un titulaire a, au cours de six mois consécutifs comptés de date à date, bénéficié à quatre reprises d'indemnités, le médecin-conseil de l'organisme assureur ou subsidiairement le médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (1) de l'INAMI lui notifie qu'à partir de la survenance d'une nouvelle incapacité, il devra, le premier jour de celle-ci, remplir, dater et signer un formulaire « Déclaration d'incapacité de travail » à renvoyer le même jour par la poste ou à remettre contre accusé de réception ou à défaut, selon les mêmes modalités et dans le même délai un certificat médical motivant l'incapacité.

Il peut toutefois, dans certains cas, être dérogé à ces dispositions.

Une fois l'incapacité de travail déclarée, le titulaire doit rester à la disposition des services de l'organisme assureur et de l'INAMI.

B. Feuille de renseignements et attestation (2)

Dès que l'organisme assureur a pris connaissance du début de l'incapacité, il envoie au titulaire une feuille de renseignements, le cas échéant, une attestation relative aux conditions d'assurance requises dans le cadre du secteur indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, ainsi qu'une attestation de reprise de travail ou de chômage.

Toutefois, les entreprises qui désirent utiliser des modèles de feuilles de renseignements ou de l'attestation en forme simplifiée doivent en faire la demande au fonctionnaire dirigeant du service des Indemnités ou à son fonctionnaire délégué, qui prendra une décision.

Le titulaire renvoie à son organisme assureur, dans les plus brefs délais, la feuille de renseignements ainsi qu'éventuellement l'attestation, complétées et signées par son employeur, par lui-même ou éventuellement par l'Office national de l'emploi, l'organisme de paiement des allocations de chômage ou le débiteur des prestations prévues en matière d'accidents de travail ou de maladies professionnelles.

(1) [Règlement du 15 septembre 2004, M.B. du 25 novembre 2004, Ed. 1].
(2) [Art. 10, R. du 16.04.1997].

C. La décision médicale (1)

En cas d'absence d'un service de contrôle médical agréé :

Le médecin-conseil de l'organisme assureur estime, après examen éventuel, au plus tard trois jours après réception des documents relatifs à la constatation de l'incapacité de travail, si l'incapacité de travail répond aux conditions pour prétendre aux indemnités.

Il notifie sa décision de début ou de fin d'incapacité de travail au titulaire dans les mêmes délais (dans certains cas, ce délai peut toutefois être porté à 5 jours). Il adresse simultanément une copie de la notification à l'organisme assureur.

Il peut également décider de faire contrôler le titulaire par un médecin-inspecteur. Ce dernier notifiera, le cas échéant, sa décision immédiatement au titulaire et au médecin-conseil.

En cas d'existence d'un Service de contrôle médical agréé :

Le médecin du Service de contrôle agréé se prononce sur les cas d'incapacité qui lui sont déclarés et notifie sa décision au titulaire et selon le cas, envoie éventuellement un exemplaire de cette notification ainsi qu'une notification de ses constatations et conclusions médicales au médecin-conseil de l'organisme.

La notification au titulaire se fait soit lors de l'examen auquel le médecin se livrera, soit dans les deux jours civils suivant la réception des documents relatifs à la constatation de l'incapacité de travail.

D. Le contrôle (2)

Le titulaire en état d'incapacité de travail doit obligatoirement donner suite à toute convocation à un examen de contrôle imposé par le médecin-conseil de son organisme assureur, par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou par le Conseil médical de l'invalidité.

Si, en raison de son état de santé, le titulaire ne peut se rendre au siège du contrôle, il peut être examiné à la requête du médecin-conseil par le médecin-inspecteur du service d'évaluation et de contrôle médicaux.

E. Fin de l'incapacité de travail (3)

Si le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur, après examen, estime que le degré requis d'incapacité de travail n'existe plus ou que le titulaire peut reprendre le travail à une date déterminée, il lui remet contre accusé de réception un formulaire "fin de l'incapacité de travail" sur lequel est indiqué le jour à partir duquel il doit reprendre

(1) [Art. 11 et 13, R. du 16.04.1997].
(2) [Art. 15, R. du 16.04.1997].
(3) [Art. 167, L. du 14.07.1994] [Art. 17 et 18, R. du 16.04.1997].

le travail ou se faire inscrire comme demandeur d'emploi auprès de l'Office national de l'emploi. Le titulaire peut introduire un recours contre cette décision dans les trois mois suivant la notification, et ce auprès du tribunal du travail compétent.

Sauf si le médecin du Service de contrôle agréé fait reprendre le travail à l'intéressé dans la période au cours de laquelle le titulaire peut prétendre à charge de son employeur au paiement de la rémunération garantie, pendant les 14 jours ou les 30 premiers jours d'incapacité de travail (voir Section 3, point 3, 1)), le titulaire remet à son organisme assureur dans les 8 jours qui suivent la fin de toute incapacité de travail une attestation qui est complétée, datée et signée par son employeur ou par les services de l'organisme qui paie les allocations de chômage, et sur laquelle est indiquée la date à laquelle l'intéressé a repris le travail ou s'est présenté au contrôle de chômage.

Lorsque le titulaire reprend spontanément le travail, le médecin-conseil en est informé par l'organisme assureur auprès duquel le titulaire doit signaler sa reprise de travail.

F. Etat d'invalidité

Si l'incapacité de travail perdure après la période d'incapacité primaire, l'état d'invalidité est constaté par le Conseil médical de l'invalidité sur base d'un rapport, contenant toutes les données qui permettent d'établir l'état d'invalidité, dressé par le médecin-conseil de l'organisme assureur.

L'invalidité n'est pas interrompue par une reprise du travail de moins de trois mois et pas davantage par une période de repos de maternité.

II. Le régime des travailleurs indépendants

Section 1. L'organisation administrative

A. Le Comité de gestion du Service des indemnités

[Art. 39-43, A.R. du 20.07.1971]

Le Service des indemnités est géré, en ce qui concerne les travailleurs indépendants par un Comité de gestion distinct, composé des représentants des travailleurs indépendants et des organismes assureurs.

Le Comité de gestion est composé comme suit :

- trois membres représentant les agriculteurs, onze membres représentant les autres travailleurs indépendants. Parmi ces membres, il en est nommé un en qualité de président et un autre en qualité de vice-président;
- six membres choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs. Un vice-président est aussi nommé parmi ces membres.

Tous sont nommés par le Roi.

Le Comité de gestion se réunit sur convocation de son président, soit sur l'initiative de ce dernier, soit à la requête du Ministre des Affaires sociales, soit à la demande de trois membres au moins formulée par écrit et mentionnant l'objet de la réunion.

Le Comité détient, en ce qui concerne l'assurance contre l'incapacité de travail des travailleurs indépendants, notamment les pouvoirs suivants :

- émettre d'initiative ou à la demande du Ministre des Affaires sociales des avis concernant la modification des dispositions légales ou réglementaires visant l'octroi des prestations;
- gérer le fonds de réserve constitué au moyen du boni réalisé dans la gestion de l'assurance;
- arrêter les comptes et établir le budget des prestations; ces comptes et ce budget comprennent séparément les indemnités d'incapacité primaire, les indemnités d'invalidité et les allocations de maternité;
- proposer au Comité général le budget des frais d'administration du Service des indemnités;
- examiner les rapports qui lui sont soumis par le Service du contrôle médical ou par le service du contrôle administratif et faire part au Ministre des Affaires sociales des mesures qu'il propose ou qu'il a arrêtées;
- décider des actions en justice dans le cadre de sa compétence.

Le siège du Comité est valablement constitué si au moins la moitié des membres est présente.
Les décisions sont prises à la majorité simple des membres ayant voix délibérative et participant au vote.

B. La section spéciale du Conseil technique intermutualiste

[Art. 47-48 , A.R. du 20.07.1971]

Cette section spéciale est créée auprès du Conseil technique intermutualiste (voir régime des travailleurs salariés, section 1, point 3) et a pour mission d'émettre des avis sur les problèmes relatifs à l'octroi des prestations en vue de leur examen par le Comité de gestion.

La section comprend :

- un membre, représentant les agriculteurs et cinq membres représentant les autres travailleurs indépendants;
- huit membres choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs.

Ces membres sont nommés par le Roi qui désigne parmi eux un président.

Section 2. Les bénéficiaires

[Art. 3, A.R. du 20.07.1971]

Les bénéficiaires des indemnités d'incapacité de travail sont les suivants :

- les travailleurs indépendants et les aidants assujettis au statut social des travailleurs indépendants sauf les indépendants à titre complémentaire, les indépendants à titre principal qui sont assimilés aux indépendants à titre complémentaire, ou les personnes qui ont atteint l'âge de la pension;
- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée en matière de pension;
- les anciens colons effectuant des versements en vue de maintenir leurs droits à la pension;
- les travailleurs indépendants ayant interrompu leur activité pour cause de maladie ou d'invalidité et qui sauvegardent leurs droits à la pension;
- les personnes reconnues en état d'incapacité de travail dans le régime des indépendants;
- les conjoints aidants des travailleurs indépendants assujettis au statut social des travailleurs indépendants.

Section 3. Les prestations

A. Notions d'incapacité de travail

[Art. 18, 19, A.R. du 20.07.1971]

Est reconnu se trouver en état d'incapacité de travail, le titulaire qui, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels a dû mettre fin à l'accomplissement des tâches qui étaient afférentes à son activité de titulaire indépendant et qu'il assumait avant le

début de l'incapacité de travail. Il ne peut en outre exercer aucune autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité.

Lorsque, au moment où débute l'état d'incapacité de travail, le titulaire n'exerçait plus d'activité professionnelle, l'état d'incapacité est apprécié en fonction de l'activité de travailleur indépendant qu'il a exercée en dernier lieu.

Une période d'incapacité de travail ne peut être reconnue qu'à la condition qu'il ne se soit pas écoulé une période ininterrompue de plus de 30 jours entre la date de début de l'incapacité de travail et le dernier jour d'une période pendant laquelle le titulaire avait la qualité de travailleur indépendant.

B. Présomptions d'incapacité de travail

[Art. 21 à 23bis, A.R. du 20.07.1971]

L'état d'incapacité de travail est notamment censé exister lorsque le titulaire est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre de la Santé publique ou dans un hôpital militaire. Il est censé s'être maintenu notamment :

- au cours des périodes de rééducation professionnelle ou fonctionnelle;
- pendant les périodes d'occupation par un atelier protégé;
- pendant une période de six mois au maximum en faveur du titulaire qui, en vue de son reclassement et avec l'autorisation du médecin-conseil, entame l'exercice d'une autre activité indépendante, d'une activité d'aidant ou de tout autre activité professionnelle;
- pendant la période (18 mois maximum) au cours de laquelle le titulaire a repris avec l'autorisation préalable du médecin-conseil et en vue de son reclassement, une partie des activités qu'il exerçait au moment où l'état d'incapacité de travail a commencé.

C. Incapacité primaire

[Art. 6 à 9bis, A.R. du 20.07.1971]

On distingue 2 périodes d'incapacité primaire :

- la période d'incapacité primaire non indemnisable;
- la période d'incapacité primaire indemnisable;

La période d'incapacité primaire non indemnisable concerne le premier mois d'incapacité de travail, la période d'incapacité primaire indemnisable les onze mois suivants. La période d'invalidité prend cours lorsque la période d'incapacité primaire indemnisable est révolue.

Au cours de la période d'incapacité primaire indemnisable le titulaire obtient une indemnité d'incapacité primaire dont le montant est fixé comme suit (montants au 1er janvier 2005 selon que l'intéressé a ou non des personnes à charge) :

- sans personne à charge : 23,56 EUR
- avec personne à charge : 31,14 EUR

De plus, le titulaire en incapacité primaire qui n'est pas hospitalisé, hébergé dans une institution ou un service tel qu'une maison de repos et de soins, une maison de soins psychiatriques ou un centre de soins de jour, peut prétendre, à partir du quatrième mois de l'incapacité de travail, à une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne, dont le montant quotidien s'élève à 5,37 EUR (montant au 1er janvier 2005).

Une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas quatorze jours est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'incapacité primaire non indemnisable ou indemnisable.

D. L'invalidité

[Art. 10 à 12ter, A.R. du 20.07.1971]

Au cours de la période d'invalidité, le titulaire obtient une indemnité d'invalidité dont le montant varie suivant que l'intéressé a ou non des personnes à charge et a mis fin ou non à son entreprise. Au 1er janvier 2004, les montants sont les suivants :

Invalidité :
- sans charge de famille : 23,51 EUR
- avec charge de famille : 31,35 EUR

Invalidité après fermeture de l'entreprise ou cessation complète de l'activité :
- sans charge de famille : 25,78 EUR
- avec charge de famille : 34,38 EUR

Une interruption dans l'état d'incapacité de travail qui n'atteint pas trois mois est censée ne pas avoir interrompu le cours de la période d'invalidité.

Les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité sont dues pour tous les jours de l'année excepté les dimanches. Elles sont toujours versées par l'organisme assureur.

Les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité ayant charge de famille ont droit à une allocation forfaitaire pour l'aide d'un tiers quand la nécessité de l'aide d'une tierce personne est reconnue, selon les mêmes conditions que celles exposées au point 3 précédent et selon le même montant.

Section 4. Conditions d'octroi et de maintien

A. L'affiliation

[Art. 4, A.R. du 20.07.1971]

Un travailleur indépendant doit être affilié pour l'assurance soins de santé à une mutualité ou s'inscrire à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Cette affiliation ou inscription implique l'affiliation ou l'inscription en vue de l'assurance contre l'incapacité de travail. Le conjoint aidant du travailleur indépendant, assujetti au statut social des indépendants, doit être affilié ou inscrit auprès du même organisme assureur que le travailleur indépendant.

B. Le stage

[Art. 14 et suivants, A.R. du 20.07.1971]

Le titulaire doit avoir accompli un stage de six mois prenant cours dès le début du premier trimestre civil pour lequel la cotisation due a été payée (voir point 3. suivant).

Dans certains cas, la réduction de la durée du stage ou la dispense du stage peuvent être obtenues.

C. Les cotisations

[A.R. n°38 du 27.07.1967]

Le travailleur indépendant est tenu de verser, à sa caisse d'assurances sociales, les cotisations dont il est redevable. Ce sont des cotisations qui sont exprimées par un pourcentage des revenus professionnels.

D. Refus des indemnités

[Art. 26 à 28, A.R. du 20.07.1971]

Les indemnités sont notamment refusées, comme dans le régime des travailleurs salariés, lorsque l'âge normal de la retraite est atteint, ainsi qu'en cas d'accidents découlant d'une faute grave commise par le bénéficiaire ou survenus à l'occasion de compétitions ou d'exhibitions sportives pour lesquelles l'organisateur a perçu un droit d'entrée et les participants une rémunération.

E. Réduction des indemnités

[Art. 29, 31 et 32, A.R. du 20.07.1971]

Elles sont diminuées du montant des indemnités, réparations ou allocations servies à l'intéressé en vertu d'une autre législation ou réglementation ou en vertu du droit commun.

Les indemnités sont réduites de moitié pour les bénéficiaires sans personnes à charge qui sont détenus en prison ou internés dans un établissement de défense sociale.

Une diminution de 10% est notamment appliquée lorsque le bénéficiaire refuse de se soumettre à un programme de rééducation fonctionnelle ou professionnelle.

Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail

A. L'obligation de déclaration

[Art. 53 et 54, A.R. du 20.07.1971]

Une période d'incapacité de travail ne peut prendre cours que si le titulaire a fait constater son état d'incapacité de travail.

Le titulaire doit envoyer, dans les 28 jours, par la poste, le cachet postal faisant foi, au médecin-conseil de son organisme assureur ou lui remettre contre accusé de réception, un certificat médical, complété, daté et signé, motivant son incapacité. Ce certificat constitue la déclaration de l'incapacité de travail.

B. La décision médicale

[Art. 59 et 60, A.R. du 20.07.1971]

Le début, le maintien, la reprise, la durée et la fin de l'incapacité de travail au cours des périodes d'incapacité primaire sont établis par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou, dans certaines conditions, par le médecin-inspecteur du Service du contrôle médical.

Le médecin-conseil notifie au titulaire sa décision. Il en fait parvenir une copie à l'organisme assureur. Si la décision est par contre prise par le médecin-inspecteur, ce dernier en donne connaissance au titulaire et au médecin-conseil.

C. Feuille de renseignements

[Art. 63, A.R. du 20.07.1971]

Dès qu'il est en possession de la formule « déclaration d'incapacité de travail », le médecin-conseil envoie au titulaire la feuille de renseignements destinée au calcul des indemnités, ainsi que le questionnaire relatif à l'activité professionnelle du titulaire, qui doivent être retournés sans délai par l'intéressé à l'organisme assureur.

Le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur prend sa décision en se basant notamment sur les indications contenues dans la déclaration et dans le questionnaire relatif à l'activité professionnelle du titulaire. Le médecin-conseil peut demander à l'INASTI d'effectuer une enquête relative aux activités professionnelles du titulaire et transmet à cette fin, à l'Institut, une copie du questionnaire complété par l'intéressé. Le rapport d'enquête est adressé au médecin-conseil dans un délai de trente jours. Ce rapport peut également être établi d'initiative par l'institut en vue de le transmettre au médecin-conseil.

D. Le contrôle

[Art. 64 et suivants, A.R. du 20.07.1971]

Le titulaire est tenu de répondre à toute convocation à un examen émanant du médecin-conseil de son organisme assureur, du Service du contrôle médical ou du Conseil médical de l'invalidité.

En cas d'incapacité de se déplacer, il est tenu de signaler immédiatement cette impossibilité à l'adresse indiquée sur la convocation et doit, dès ce moment et pendant huit jours au maximum, se tenir à la disposition du contrôle à l'adresse indiquée par lui jusqu'à ce qu'il ait été avisé de la date à laquelle l'examen est postposé ou qu'il ait reçu la visite du médecin-conseil ou d'un médecin-inspecteur du Service du contrôle médical habilité à prendre une décision.

E. Fin de l'incapacité de travail

[Art. 59 et 61, A.R. du 20.07.1971]

Le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur, suivant le cas, qui, à l'occasion d'un examen médical, constate que le titulaire n'est plus en état d'incapacité ou qui estime que cet état prendra fin à une date déterminée, lui remet immédiatement, contre accusé de réception, une formule de "fin d'incapacité de travail".

Si le titulaire refuse de signer la formule, elle lui est envoyée sans délai sous la formalité de la recommandation à la poste.

La décision de fin d'incapacité prend effet le lendemain du jour de la remise ou de l'envoi de la formule dont question ci-dessus, sauf si le médecin-conseil ou le médecin-inspecteur a fixé une date ultérieure.

F. Etat d'invalidité

[Art. 62, A.R. du 20.07.1971]

L'état d'invalidité est constaté par le Conseil médical de l'invalidité, sur base d'un rapport établi par le médecin-conseil de l'organisme assureur. Il en fixe la durée.

III. Le régime des fonctionnaires

Le risque maladie est couvert, pour les fonctionnaires fédéraux, par une réglementation spécifique (A.R. du 19.11.1998). Celle-ci régit l'incapacité de travail en termes de congé.

Section 1. Les bénéficiaires

Sont visées les personnes, nommées à titre définitif ou stagiaires statutaires, qui prestent leurs services aux administrations fédérales de l'Etat, c'est-à-dire les "services publics fédéraux" ou aux organismes d'intérêt public de la fonction publique administrative du pouvoir fédéral.

En principe, le personnel contractuel engagé dans les administrations de l'Etat reste soumis au régime des travailleurs salariés (voir chapitre 1er).

Section 2. Les prestations

A. Congés pour maladie

Ils sont accordés à concurrence de 21 jours ouvrables par 12 mois d'ancienneté de service avec un maximum de 63 jours ouvrables pour les trois premières années de service.

Le traitement à 100% est accordé.

B. La disponibilité pour maladie

L'agent se trouve de plein droit en disponibilité lorsqu'il est absent pour cause de maladie après avoir atteint la durée maximale des congés qui peuvent lui être accordés pour ce motif.

Un traitement d'attente égal au minimum à 60% du dernier traitement d'activité est accordé indépendamment de la situation familiale du fonctionnaire. L'agent aura cependant droit à un traitement d'attente mensuel égal au montant de son dernier traitement d'activité si l'affection dont il souffre est reconnue comme maladie grave et de longue durée par l'Office médico-social de l'Etat. Ce droit ne produit ses effets qu'à partir du moment où l'agent a été mis en disponibilité pour une période ininterrompue de 3 mois au moins.

C. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique

Dès lors que le fonctionnaire a épuisé la somme de congés à laquelle il peut prétendre en raison de son ancienneté de service, il peut être déclaré définitivement inapte. Il sera alors mis à la pension anticipativement et recevra un montant annuel qui dépend de sa rémunération, de son degré d'incapacité et des personnes à sa charge.

En outre, dans tous les cas, la personne âgée de plus de 60 ans et qui, à partir de cet âge, compte une période de 365 jours de maladie (calendrier) est mise à la retraite d'office.

Section 3. Procédure d'octroi des prestations

A. Congés pour maladie et disponibilité pour maladie

L'agent absent pour maladie est soumis au contrôle médical de l'Office médico-social de l'Etat. Si l'indisposition n'apparaît pas devoir durer plus d'un jour, il avertit sans retard son chef immédiat. S'il prévoit que son absence sera de plus longue durée, il doit se faire examiner par un médecin de son choix qui dresse un certificat médical.

B. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique

La pension prématurée pour motif de santé ou inaptitude physique est accordée à titre définitif si la commission des pensions reconnaît que l'agent est définitivement incapable de remplir d'une manière régulière ses fonctions ou d'autres fonctions par voie de réaffectation ou de réutilisation dans un autre emploi mieux en rapport avec ses aptitudes physiques, suivant les règlements applicables dans les différents services publics.

IV. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Service public fédéral Sécurité sociale (02) 528 64 18
Direction générale Politique sociale
Place Victor Horta 40, boîte 20
1060 Bruxelles

Service public fédéral Sécurité sociale (02) 528 64 52
Direction générale Indépendants
Place Victor Horta 40, boîte 20
1060 Bruxelles

Banque Carrefour de la Sécurité sociale (02) 741 83 11
Chaussée Saint-Pierre 375
1040 Bruxelles

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (02) 739.71.11
Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles

Institut National d'Assurances Sociales pour
Travailleurs Indépendants (02) 507.62.11
Place Jean Jacobs 6
1050 Bruxelles

Office de Contrôle des Mutualités et des Unions nationales
de Mutualités (02) 209 19 11

Organismes assureurs

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes (02) 246 41 11
Chaussée de Haecht 579
1031 Bruxelles

Union nationale des Mutualités socialistes (02) 515 02 11
Rue St. Jean 32-38
1000 Bruxelles

Union nationale des Mutualités neutres (02) 538 83 00
Chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles

Union nationale des Mutualités libérales Rue de Livourne 25 1050 Bruxelles	(02) 542 86 00
Union nationale des Mutualités libres Rue St. Hubert 19 1150 Bruxelles	(02) 778 92 11
Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité Rue du Trône 30, boîte A 1000 Bruxelles	(02) 229 35 00
Caisse des Soins de santé de la S.N.C.B. Rue de France 85 1060 Bruxelles	(02) 525 35 51

B. Réglementation

L'INAMI publie les textes de base coordonnés et les met à jour sous forme de brochure ou de disquette. Sont disponibles :

- la loi du 14 juillet 1994;
- l'A.R. du 3 juillet 1996;
- le règlement du 16 avril 1997.

L'INAMI publie et tient à jour les textes coordonnés des conventions internationales en matière de sécurité sociale ainsi que les textes coordonnés concernant la rééducation fonctionnelle.

La réglementation coordonnée officieusement concernant les fonctionnaires est consultable sur le site : http://www.belgium.be/eportal/ sous la rubrique 'Fonctionnaires'.

C. Publications

L'INAMI publie en outre (1) :

- les circulaires aux organismes assureurs;
- un aperçu de la jurisprudence relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;
- un rapport annuel.

De plus l'INAMI publie un bulletin d'information.

(1) Liste et prix disponibles à l'INAMI - Service des abonnements, au numéro de téléphone (02) 739 72 32 – voir également : http://inami.fgov.be

Titre III. Les prestations de l'assurance maternité

I. Le régime des travailleurs salariés

Les périodes de protection de la maternité ne *doivent* pas être considérées comme des périodes d'incapacité de travail. Elles visent à permettre à la femme enceinte de se reposer tout en lui garantissant, pendant cette période, un revenu de remplacement. Aussi, les discussions concernant l'assurance maternité, dont l'application remonte au 1er janvier 1991, se sont articulées autour de trois axes :

- solidarisation de la charge dans la mesure où l'assurance maternité intervient dès le premier jour du repos en lieu et place du paiement d'un salaire garanti, comme c'était le cas avant 1991, par l'employeur. Cette solidarisation permet de lever les obstacles à l'engagement de jeunes travailleuses;
- égalité de traitement des travailleuses qui appartiennent au groupe des femmes actives. L'indemnité est fixée à un même niveau de prestations durant les trente premiers jours tant pour les ouvrières que pour les employées;
- instaurer une prestation spécifique compte tenu de l'éventualité couverte en intégrant cependant l'assurance maternité dans les structures institutionnelles existantes.

Section 1. L'organisation administrative et le financement (1)

L'assurance maternité est rattachée fonctionnellement à la structure administrative qui a en charge l'incapacité de travail.

Les différents organes administratifs qui interviennent dans le cadre de l'assurance indemnités sont donc également compétents.

(Voir titre II, chapitre I, Section 1)

(1) [Art. 111, L. du 14.07.1994].

Section 2. Les bénéficiaires (1)

(Voir titre II, chapitre I, Section 2, 1)

Section 3. Les prestations

A. Principe (2)

Pour chaque jour ouvrable des périodes de protection de la maternité et pour chaque jour de ces mêmes périodes assimilé à un jour ouvrable, la titulaire reçoit une indemnité de maternité.

B. Les périodes de protection de la maternité (3)

Par périodes de protection de la maternité, il y a lieu d'entendre :

- le repos prénatal;
- le repos postnatal;
- la période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42, §1er, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail.

Les périodes de repos prénatal et de repos postnatal ne sont retenues qu'à la condition que la titulaire ait cessé toute activité ou interrompu le chômage contrôlé.

1. Le repos prénatal (4)

1.1. Durée

Le repos prénatal débute à la demande de la titulaire, au plus tôt six (6) semaines avant la date présumée de l'accouchement ou huit (8) semaines lorsqu'une naissance multiple est prévue.

Si l'accouchement se produit après la date prévue par le médecin, le repos prénatal est prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement.

La période de repos prénatal comporte donc une période facultative de cinq ou sept semaines (naissance multiple), c.-à-d. de la sixième ou de la huitième semaine (naissance multiple) jusqu'à la deuxième semaine incluse précédant l'accouchement, et une période obligatoire couvrant les sept jours précédant l'accouchement.

1.2. Démarche administrative

Pour prendre son repos prénatal, la titulaire doit remettre à son organisme assureur un certificat médical attestant de la date à laquelle l'accouchement doit normalement se produire.

---

(1) [Art. 112, L. du 14.07.1994].
(2) [Art. 113, L. du 14.07.1994]..
(3) [Art. 114 à 115, L. du 14.07.1994].
(4) [Art. 114, L. du 14.07.1994].
Pour les accouchements qui se produisent dès le 1er juillet 2004 [voir nouvel article 114 de la L. du 14.07.1994, remplacé par l'article 184 de la loi-programme du 9 juillet 2004]. Pour les accouchements qui se produisent avant cette date, la durée est respectivement de 7 et 9 semaines.

2. Le repos postnatal

2.1. Durée

Le repos postnatal s'étend sur une période de neuf semaines qui prend cours le jour de l'accouchement. Cette période peut être prolongée d'une période égale à celle pendant laquelle elle a continué à travailler ou à chômer et ce, à partir de la septième semaine (ou neuvième semaine si naissance multiple) précédant la date réelle de son accouchement. La travailleuse peut au maximum reporter 5 semaines (7 semaines en cas de naissance multiple), la semaine obligatoire avant l'accouchement ne pouvant être reportée.

En cas de naissance multiple, la période de repos postnatal de 9 semaines peut être prolongée de 2 semaines (art. 114, al.3, L 14.07.94).

Certaines périodes sont cependant considérées comme assimilées à des jours de travail ou de chômage et entrent donc en compte pour la prolongation du repos postnatal.

Ces périodes sont (1) :

- les périodes de vacances légales, en ce compris la période couverte par le traitement différé accordé aux enseignantes temporaires ou intérimaires après la fin du contrat de travail ou de la désignation à titre temporaire, les périodes de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire et les périodes de vacances complémentaires;
- la période pendant laquelle est exercée la fonction de juge social;
- les jours de petits chômages;
- les jours pour raisons impérieuses avec ou sans maintien de la rémunération;
- les jours d'absence avec rémunération journalière garantie;
- les périodes d'accident technique, de chômage temporaire par suite d'un accident technique, d'intempéries ou de manque de travail résultant de causes économiques;
- la période de fermeture de l'entreprise à titre de protection de l'environnement;
- les jours fériés pendant le contrat de travail, les jours de remplacement d'un jour férié et les jours fériés ou jours de remplacement durant une période de chômage temporaire;
- pour la titulaire qui travaille alternativement en régime de cinq et de six jours, le jour de la semaine du régime de cinq jours qui aurait normalement été travaillé s'il s'était agi d'une semaine du régime de six jours;
- les jours de repos compensatoire;
- les jours de vacances et les jours fériés légaux des gardiens et gardiennes d'enfants sans accueil d'enfants (A.R. du 25.04.04).

Il convient de noter que lorsque l'enfant nouveau-né doit rester hospitalisé après les sept premiers jours à compter de la naissance, la période de repos postnatal peut, à la demande de la titulaire, être prolongée d'une durée égale à la période d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces sept premiers jours (voir note de bas de page 4). La durée de cette prolongation ne peut dépasser vingt-quatre semaines. A cet effet, la titulaire remet à son organisme assureur un certificat de l'institution hospitalière attestant la durée d'hospitalisation de l'enfant.

2.2. Démarche administrative

(Voir Point 1. Repos prénatal)

Une période d'incapacité de travail n'étant ni une période de travail ni une période de chômage ni une période assimilée au sens précité, elle ne saurait valablement prolonger le repos postnatal.

(1) [Art. 220, A.R. du 03.07.1996.

La prolongation du repos postnatal prend cours soit à l'expiration des huit semaines suivant l'accouchement soit au moment où le nouveau-né entre au foyer ou décède.

3. La période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42, §1er, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail (1)

La période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42, §1er, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail est également considérée comme une période de protection de la maternité.

Ces mesures sont les suivantes :

- soit aménager provisoirement les conditions de travail ou le temps de travail à risque de la travailleuse concernée;
- si un tel aménagement n'est pas possible, affecter la travailleuse à un autre poste de travail compatible avec l'état de santé de la travailleuse;
- si le changement de poste de travail n'est pas possible, suspendre l'exécution du contrat de travail. Dans ce cas, la travailleuse enceinte reçoit une indemnité dans le cadre de la protection de la maternité.

C. L'indemnisation des périodes de protection de la maternité

1. Le repos prénatal et postnatal (2)

1.1. La situation avant le 1er janvier 2005

Le montant de l'indemnité de maternité est fixé à un pourcentage du salaire perdu plafonné (le plafond de rémunération fixé à 103,2407 EUR au 01.10.04 a été revalorisé de 2 % pour certaines catégories de personnes et est donc porté à 105,3055 EUR au 1er janvier 2005) à l'exception de l'indemnisation des trente premiers jours de la période de protection de la maternité de la travailleuse active qui est calculée sur un salaire non plafonné :

	Trente premiers jours de la période de protection de la maternité	A partir du 31ème jour de la période de protection de la maternité ou en cas de prolongation de la période de protection de la maternité après 15 semaines (naissance multiple : 17 semaines)
Travailleuses actives	82% du salaire non plafonné	75% du salaire plafonné
Chômeuses (6 premiers mois d'incapacité de travail) (*)	indemnité de base (1) + 19,5 % du salaire plafonné	indemnité de base (1) + 15 % du salaire plafonné
Invalides (**) et autres	79,5 % du salaire plafonné	75 % du salaire plafonné

(*) L'indemnité de base s'élève à 60% de la rémunération perdue. Le montant de cette indemnité de base est cependant égal à celui de l'allocation de chômage à laquelle la titulaire a droit lorsqu'elle n'est pas en période de protection de la maternité. Cette mesure d'alignement cesse toutefois de s'appliquer dès qu'une période de 6 mois est écoulée, compte tenu de la durée de la période de protection de la maternité et de la période d'incapacité de travail qui la précède immédiatement.
(**) Le montant ne peut pas être inférieur à l'indemnité à laquelle la titulaire a droit lorsqu'elle n'est pas en repos de maternité.

(1) [Art. 114 L. 14.07.94].[Art. 219bis et 219ter, AR 03.07.96]
(2) [Art. 216 et 217, A.R. du 03.07.1996].

1.2. La situation à partir du 1er janvier 2005

Etant donné que le plafond journalier AMI a été revalorisé pour les cas d'incapacité primaire, de maternité et d'invalidité prenant cours au plus tôt au 1er janvier 2005, les maxima sont les suivants :

Titulaire	Période du repos de maternité			
	30 premier jours		A partir du 31ième jour	
Travailleuses actives	82 % du salaire non plafonné		75% du salaire plafonné (cas avant le 01/01/2005)	77,43 EUR
			75% du salaire plafonné (cas à partir du 01/01/2005)	78,98 EUR
		Maximum		Maximum
Travailleuses non actives (en chômage)	Indemnité de base (1) +19,5% du salaire plafonné (cas avant le 01/01/2005)	82,08 EUR	Indemnité de base (1) +15% du salaire plafonné (cas avante le 01/01/2005)	77,43 EUR
	Indemnité de base (1) +19,5% du salaire plafonné (cas à partir du 01/01/2005)	83,72 EUR	Indemnité de base (1) +15% du salaire plafonné (cas à partir du 01/01/2005)	78,98 EUR
		Maximum		Maximum
Invalides (2)	79,5% du salaire plafonné (cas avant le 01/01/2005)	82,08 EUR	75% du salaire plafonné (cas avant le 01/01/2005)	77,43 EUR
	79,5% du salaire plafonné (cas à partir du 01/01/2005)	83,72 EUR	75% du salaire plafonné (cas à partir du 01/01/2005)	78,98 EUR

(1) L'indemnité de base s'élève à 60 % du salaire plafonné. Pour les chômeuses, l'indemnité de base est égale au montant de l'allocation de chômage (durée de l'incapacité est inférieure à 7 mois).
(2) Le montant ne peut pas être inférieur à l'indemnité que l'intéressée aurait obtenue si elle n'avait pas été en repos de maternité.

2. La période pendant laquelle la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante bénéficie d'une mesure visée aux articles 42, §1er, 43 ou 43bis de la loi du 16 mars 1971 sur le travail (1)

La travailleuse dont l'exécution du contrat de travail est suspendue ou qui est dispensée du travail a droit à une indemnité de maternité dont le montant est égal à 60% de la rémunération perdue plafonnée au montant maximal de la rémunération qui est prise en considération pour le calcul de l'indemnité d'incapacité de travail. La travailleuse allaitante bénéficie de cette indemnité pendant une période maximale de cinq mois prenant cours le jour de l'accouchement.

Si la travailleuse bénéficie d'un aménagement de ses conditions de travail ou du temps de travail ou obtient un travail de remplacement, elle a droit au salaire qui correspond à sa nouvelle fonction.

Si elle reçoit une rémunération inférieure à celle qui découle de son emploi habituel, elle a droit à une indemnité de maternité. L'indemnité est fixée à 60% de la rémunération brute plafonnée et est limitée à un montant égal à la différence entre 75% de la rémunération antérieure et la rémunération perçue pendant la période de protection.

Dans le cas où son contrat de travail serait suspendu, la travailleuse est en période d'écartement temporaire et a droit à une indemnité de maternité dont le montant est égal à 60% de la rémunération brute plafonnée à 105,3055 EUR par jour.

(1) [Art. 219bis, lit. 1 et 2, A.R. du 03.07.1996].

D. Conversion du congé de maternité (1)

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, le père de l'enfant peut, à la place de la mère, épuiser le reste du congé postnatal à condition qu'il ait la qualité de titulaire aux indemnités.

En cas de décès de la mère :

Le père de l'enfant peut bénéficier d'un congé de paternité. La durée de celui-ci ne peut excéder la partie du repos postnatal à laquelle la mère avait encore droit au moment de son décès. Il doit pour cela introduire une demande auprès de sa mutualité, accompagnée :

- d'un extrait d'acte de décès;
- d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant que le nouveau-né a quitté l'hôpital.

Le père bénéficie d'une indemnité pour chaque jour ouvrable ainsi que pour chaque jour assimilé.
Le montant de l'indemnité est déterminé sur base de la rémunération du père de l'enfant, au même taux que l'indemnité de maternité, compte tenu de la durée déjà écoulée du congé de maternité.

En cas d'hospitalisation de la mère :

Le père peut bénéficier d'un congé de paternité prenant cours au plus tôt à partir du 8ème jour à compter de la naissance de l'enfant, à condition que :

- l'hospitalisation de la mère ait une durée supérieure à 7 jours,
- et que le nouveau-né ait quitté l'hôpital.

Le père qui désire bénéficier du congé de paternité doit introduire une demande (accompagnée d'une attestation de l'hôpital) auprès de sa mutualité.
Le père bénéficie pour chaque jour ouvrable ainsi que pour chaque jour assimilé d'une indemnité fixée à 60% de la rémunération perdue plafonnée. La rémunération prise en considération est celle perdue par le père comme s'il était en incapacité de travail après la période de rémunération garantie.

Pendant la durée du congé de paternité, la mère conserve son droit à l'indemnité de maternité.

E. Congé de paternité (2)

Le travailleur (à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail) a le droit de s'absenter du travail à l'occasion de la naissance de son enfant, durant dix jours, à choisir par l'intéressé dans les trente jours à dater du jour de l'accouchement (jour compris dans la période des trente jours). Ces dix jours peuvent être pris en une fois ou de manière échelonnée.

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur perçoit sa rémunération normale. Pour les sept jours suivants, l'intéressé a droit à une indemnité pour congé de paternité. L'indemnité est allouée pour les jours de congé de paternité coïncidant avec des jours au cours desquels le travailleur aurait normalement travaillé, selon son régime de travail. Le taux de l'indemnité est fixé à 82% de la rémunération perdue plafonnée (ce maximum est égal à : 84,66 EUR pour les cas antérieurs au 01/01/05. Pour les cas prenant cours à partir du 01/01/05, ce plafond est fixé à 86,35 EUR). Cette indemnité est allouée dans les mêmes conditions que celles fixées pour l'octroi de l'indemnité de maternité.

(1) [Art. 114, L. du 14.07.1994, Art. 221 à 223, A.R. du 03.07.1996].
(2) [Art. 223bis, A.R. du 03.07.1996, Art.30, L. du 03.07.1978].

Pour bénéficier de cette indemnité, le travailleur doit introduire une demande auprès de son organisme assureur, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant. L'organisme assureur lui remet une feuille de renseignements à renvoyer remplie et signée à la fin de son congé de paternité.

F. Congé d'adoption (1)

Avant le 25 juillet 2004 (date de l'entrée en vigueur de la loi-programme du 9 juillet 2004), le père et/ou la mère d'adoption avait le droit de s'absenter de son travail durant 10 jours maximum, à choisir durant les 30 jours à dater du lendemain de l'inscription de l'enfant au registre de la population ou au registre des étrangers.

A partir du 25 juillet 2004, la durée du congé d'adoption, peut, dans la plupart des situations, être prolongée. La durée maximale autorisée de ce nouveau congé d'adoption dépend de l'âge de l'enfant au début du congé et de son éventuel handicap (voir tableaux ci-dessous). Dès que l'enfant atteint l'âge de 8 ans, le droit à ce congé prend fin.

Pour pouvoir prétendre à ce nouveau congé d'adoption, l'enfant doit être inscrit au registre de la population ou au registre des étrangers de la commune de résidence du titulaire au plus tôt le 25 juillet 2004.

Concrètement, la durée maximale autorisée du congé d'adoption dépend donc :

1. de l'âge de l'enfant au début du congé :

Age de l'enfant	Durée max. autorisée du congé d'adoption
Moins de 3 ans	6 semaines
Entre 3 ans et 8 ans	4 semaines
A partir de 8 ans	0

2. et de son éventuel handicap :

Cette durée maximale autorisée est doublée si l'enfant est atteint :

- d'une incapacité physique ou mentale de 66% au moins;
- ou d'une affection qui a pour conséquence qu'au moins 4 points sont octroyés dans le pilier 1 de l'échelle médico-sociale, au sens de la réglementation relative aux allocations familiales.

Il est à noter que le congé d'adoption devra être pris en une seule fois, sans pouvoir être fractionné et que le début du congé devra se situer dans les 2 mois qui suivent l'inscription de l'enfant au registre de la population ou au registre des étrangers.

Ce congé prend fin :

- si le père et/ou la mère le souhaite, il/elle peut fixer la fin de son congé avant la fin de la période maximale autorisée, à condition d'avoir pris une période de congé d'au moins une semaine ou d'un multiple d'une semaine;
- sinon, le congé durera jusqu'à la fin de la période maximale autorisée.

De plus, si l'enfant atteint son huitième anniversaire durant le congé, celui-ci prendra fin la veille de cette date.

(1) [Art. 223ter, A.R. du 03.07.1996, Art.30 § 3, L. du 03.07.1978, telle que modifiée par la LP du 09.07.04 (art. 293].

Le (la) salarié(e) souhaitant bénéficier d'un congé d'adoption doit avertir son employeur au moins un mois avant le début du congé, au moyen d'une lettre recommandée ou par la remise d'un écrit dont le double sera signé par l'employeur. Cet avertissement doit mentionner le début et la fin du congé. Au plus tard le jour où le congé prend cours, il (elle) doit fournir à son employeur les documents prouvant l'adoption de l'enfant.

Le (la) salarié(e) qui désire recevoir l'indemnité pour le repos d'adoption doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Cette demande doit être accompagnée d'un document prouvant l'inscription de l'enfant au registre de la population ou au registre des étrangers de la commune de résidence du (de la) travailleur(se). En cas de handicap de l'enfant, une attestation doit également être jointe.

Au niveau des indemnités, trois jours sont à charge de l'employeur. Les autres jours sont indemnisés à 82% du salaire plafonné (maximum égal à : 84,66 EUR ou 86,35 EUR selon que le cas est antérieur ou non au 1er janvier 2005.), à raison de 6 jours par semaine.

G. Pauses d'allaitement (1)

La travailleuse, à l'exception de celle qui perçoit une indemnité pour rupture du contrat de travail, peut prétendre à des indemnités pour les heures ou demi-heures de pause d'allaitement qui lui sont accordées conformément aux dispositions de la réglementation du travail applicable aux travailleuses concernées, jusqu'à sept mois après la naissance de l'enfant. Dans des circonstances exceptionnelles liées à l'état de santé de l'enfant (par exemple en cas de naissance prématurée), l'intéressée peut prendre des pauses pendant neuf mois après la naissance.

L'indemnité est égale à 82% du montant brut de la rémunération perdue non plafonnée qui aurait été due pour les heures ou demi-heures de pause d'allaitement.

L'employeur délivre à l'intéressée, au plus tard à la date de paiement du salaire, une attestation mentionnant le nombre d'heures ou de demi-heures de pauses d'allaitement qu'elle a prises au cours du mois. L'intéressée complète l'attestation et la remet à sa mutualité qui lui verse les indemnités dues dans les trente jours.

Section 4. Les conditions d'octroi des prestations

(Voir titre II, chapitre I, Section 4)

(1) [Art. 223quater, A.R. du 03.07.1996, C.C.T. 27.11.2001].

II. Le régime des travailleurs indépendants

Une assurance maternité distincte de l'assurance contre l'incapacité de travail a été créée en faveur des travailleuses indépendantes et des conjointes aidantes [A.R. 20.07.1971, modifié par l'A.R. du 13 janvier 2003].

Auparavant, le repos de maternité des travailleuses indépendantes et des conjointes aidantes couvrait une période de trois semaines prenant cours le lendemain du jour de l'accouchement. Durant cette période, la titulaire était présumée incapable de travailler et percevait une indemnité forfaitaire de 962,03 EUR (montant applicable à partir du 1er février 2002).

Cependant, les conjointes aidantes ne peuvent, sauf affiliation volontaire préalable au 1er janvier 2003 dans le cadre des dispositions applicables à l'époque, se prévaloir des nouvelles dispositions et percevoir des indemnités qu'à partir du 1er juillet 2003.

Les nouvelles dispositions relatives au repos de maternité ne sont applicables que pour les accouchements survenus à partir du 1er janvier 2003.

Section 1. L'organisation administrative et le financement

(Voir titre II, chapitre II, Section 1)

Section 2. Les bénéficiaires

(Voir titre II, chapitre II, Section 2)

Section 3. Les prestations

A. Principe

La période de repos de maternité est une période ininterrompue de six semaines qui prend cours le lendemain du jour de l'accouchement : trois semaines de repos prénatal et trois semaines de repos postnatal. La titulaire a la faculté d'opter pour une semaine de repos prénatal et cinq semaines de repos postnatal. Une semaine de repos supplémentaire est accordée en cas de naissance multiple. Le jour de l'accouchement est considéré comme le premier jour de repos postnatal, comme dans le cadre du régime des travailleurs salariés. Durant cette période, la titulaire ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle en quelque qualité que ce soit.

B. Démarche administrative

Pour bénéficier de l'allocation de maternité, la titulaire doit envoyer une demande à sa mutualité indiquant la date à partir de laquelle elle souhaite faire débuter son repos de maternité. Cette date est déterminée en fonction de la date présumée de l'accouchement. Elle doit se situer au plus tôt à partir de la troisième semaine précédant la date présumée de l'accouchement et au plus tard une semaine avant la date présumée. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement.

Le certificat médical et la demande, indiquant respectivement la date présumée de l'accouchement et la date de prise de cours du repos de maternité, doivent être transmis au début du repos de maternité afin d'assurer l'effectivité du repos prénatal obligatoire d'au moins une semaine avant la date d'accouchement présumée.

Par la suite, la titulaire doit produire un extrait de l'acte de naissance ou un certificat médical confirmant l'accouchement (1). Elle doit également signaler à son organisme assureur, dans les deux jours, la reprise d'une activité professionnelle.

C. Le montant des indemnités de maternité

Durant la période de repos de maternité, la travailleuse bénéficie d'une indemnité forfaitaire de 2.001,84 EUR (333,64 EUR x 6). Mais hormis le cas des naissances multiples, aucune indemnité supplémentaire ne peut être accordée, même en cas de prolongation de la période de repos prénatal pour accouchement tardif.

L'organisme assureur doit payer l'allocation de maternité au plus tard dans le mois qui suit la fin de la période de repos de maternité.

Section 4. Les conditions d'octroi des prestations

Par le passé, le stage prévu pour l'octroi de l'allocation de maternité en faveur des conjointes aidantes était de douze mois et celles-ci devaient être affiliées volontairement pendant vingt-quatre mois au minimum. La durée du stage a été ramenée à six mois (comme pour les travailleuses indépendantes) et la condition d'affiliation pendant une durée minimale a été supprimée.

(1) A.R. du 20 juillet 1971, art. 95.

III. Le régime des fonctionnaires

Un congé rémunéré de quinze semaines (ou dix-sept en cas de naissance multiple) est accordé. Il prend cours au plus tôt à partir de la sixième (huitième en cas de naissance multiple) semaine se situant avant le septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement. Le temps de repos peut être allongé si l'accouchement n'a lieu qu'après la date prévue. Mais la rémunération ne peut couvrir plus de quinze (dix-sept) semaines. Cependant, au cas où l'accouchement a lieu après la date prévue et que l'intéressée a déjà épuisé le maximum de la période de congé prénatal que prévoit la réglementation (six ou huit semaines selon le cas), le congé prénatal est prolongé jusqu'à la date réelle de l'accouchement. Durant la totalité du congé de maternité, la fonctionnaire perçoit 100% de son traitement normal.

Les périodes d'absences dues à la grossesse qui se situent pendant les six semaines (huit en cas de naissance multiple) qui précèdent le septième jour qui précède la date réelle de l'accouchement sont converties en congé de maternité pour la détermination de la position administrative de l'agent féminin.

Certaines absences qui se situent pendant les six semaines (huit en cas de naissance multiple) qui tombent avant le septième jour qui précède la date réelle de l'accouchement sont assimilées à des journées de travail susceptibles d'être reportées au-delà du congé postnatal; il s'agit :

- des congés annuels de vacances;
- des jours fériés et congés réglementaires (2/11, 15/11 et 26/12);
- des congés de circonstances (absence avec maintien de la rémunération à l'occasion d'événements familiaux, pour l'accomplissement d'obligations civiques ou de missions civiles ou en cas de comparution ordonnée par une juridiction ou convocation en tant que témoin);
- des congés exceptionnels pour cas de force majeure (maladie ou accident d'une personne habitant sous le même toit - conjoint, parents, alliés -);
- des congés pour motif impérieux d'ordre familial;
- des absences pour maladie autres que celles qui sont dues à la grossesse.

L'agent féminin obtient, à sa demande, le congé nécessaire pour lui permettre de se rendre et de subir les examens médicaux prénatals qui ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de service. Elle conserve le bénéfice de son traitement pendant la durée de cette absence.

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, le père de l'enfant obtient, à sa demande un congé de paternité en vue d'assurer l'accueil de l'enfant. S'il s'agit d'un décès, la durée sera égale à la durée du congé de maternité non encore épuisé par la mère; en cas d'hospitalisation de la mère, le bénéfice du congé est limité : le nouveau-né doit avoir quitté l'hôpital et l'hospitalisation de la mère doit avoir une durée de plus de sept jours.

Pour les enfants nés à partir du 1er juillet 2004, les innovations suivantes sont apportées :

- le congé prénatal compte six semaines (ou huit semaines en cas de naissances multiples), dont les sept derniers jours précédant la date exacte de l'accouchement sont obligatoires;
- le congé postnatal obligatoire est porté de huit à neuf semaines;
- en cas de naissances multiples, l'agent peut solliciter un repos postnatal supplémentaire de deux semaines au maximum (1);
- en cas d'hospitalisation prolongée de l'enfant, l'agent peut demander de prolonger le repos postnatal d'une durée égale à la période pendant laquelle, après les sept premiers jours comptés à partir de la naissance, l'enfant a dû rester hospitalisé. La durée de cette prolongation ne peut excéder vingt-quatre semaines.

Si, en application des articles 42 et 43 de la loi du 16 mars 1971, l'agent féminin est dispensé de travail, elle est mise d'office en congé pendant la durée nécessaire. Durant cette période, l'intéressée bénéficie des dispositions prévues en cas d'incapacité temporaire totale par la législation relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles (100% de son traitement normal).

Les dispositions relatives aux pauses d'allaitement et au congé de paternité applicables aux travailleurs salariés, sont également d'application dans la fonction publique fédérale depuis le 1er juillet 2002.

Pour les agents statutaires et les stagiaires, le congé de paternité correspond à une extension du congé de circonstances, est rémunéré complètement et assimilé à une période d'activité de service. Pour les agents contractuels, trois jours sont à charge de l'Etat et les sept autres sont payés dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités.

En ce qui concerne les pauses d'allaitement, les statutaires comme les contractuelles peuvent recevoir une dispense de service afin de nourrir leur enfant au lait maternel ou de tirer leur lait, jusqu'à sept mois après la naissance.

Elles doivent, à cette fin, avertir l'autorité dont elles relèvent deux mois à l'avance et fournir la preuve de l'allaitement au moyen d'une attestation d'un centre de consultation pour nourrissons (O.N.E., Kind en Gezin ou Dienst für Kind und Familie) ou d'un certificat médical. Cette preuve doit être fournie chaque mois.

Adresse utile

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Organisation
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi, 51 (Bte 4)
1040 Bruxelles
Tél : (02) 790-53-13 et 790-53-05
Fax : (02) 790-53-99

Réglementation fédérale

La réglementation coordonnée officieusement est consultable sur le site http://www.belgium.be/eportal sous la rubrique fonctionnaires

(1) La rémunération de ce nouveau repos fait actuellement l'objet d'un projet d'arrêté royal.

Titre IV.
Les pensions

I. Introduction

Les pensions forment aujourd'hui la source première de revenus de près de 2 millions de personnes en Belgique. La masse financière de l'ensemble des pensions versées représente environ 10 % du produit national brut. Il s'agit en importance de la première prestation de sécurité sociale avant même les dépenses de santé.

Les pensions versées chaque mois (1) relèvent de régimes très divers : principalement les pensions de salariés, les pensions d'indépendants, les pensions des agents de l'Etat (et assimilés), la garantie de revenus aux personnes âgées et les pensions extra-légales. Chacun de ces régimes comprend de nombreuses sous-catégories particulières. Très souvent, une personne bénéficiera de plusieurs prestations calculées selon des règles spécifiques, par exemple, une pension de salarié avec un complément de garantie de revenus aux personnes âgées ou encore une pension d'indépendant, une pension de salarié et une pension extra-légale.

Le terme "pension" évoque d'abord la pension de retraite versée à partir d'un certain âge à certains anciens travailleurs. Quoiqu'il s'agisse là de la prestation la plus courante, il ne faut pas oublier qu'une part importante des pensions est constituée de pensions de survie (parfois appelées pensions de réversion). Les prestations de survie existent dans tous les régimes de pension à l'exception de la garantie de revenus aux personnes âgées (2). Elles sont octroyées tant aux hommes qu'aux femmes.

Dans le secteur public, le terme "pensions" recouvre également les pensions de retraite accordées, quel que soit leur âge, aux agents devenus inaptes médicalement à l'exercice de leurs fonctions.

Le langage courant entend également sous le terme "pensions" des prestations qui ne sont pas examinées dans ce chapitre notamment les allocations qui, dans le secteur privé, sont versées en cas d'invalidité (3), les prépensions conventionnelles (4), les pensions de dédommagement des victimes civiles de la guerre 1940-1945, les pensions "de réparation du temps de paix et du temps de guerre" (5) et les allocations aux handicapés notamment aux handicapés âgés (6).

(1) Les pensions sont généralement une allocation de longue durée versée mensuellement. Certaines petites pensions sont cependant versées annuellement ou sous forme de capital. Les pensions extra-légales sont également fréquemment versées sous forme de capital.
(2) Dans le cas de la garantie de revenus, le conjoint survivant aura droit à la garantie de revenus non pas indirectement comme droit dérivé mais directement parce que ses revenus sont insuffisants.
(3) Voir supra Titre II, L'incapacité de travail résultant d'un accident ou d'une maladie de la vie privée.
(4) Voir infra Titre V, Chômage et prépensions.
(5) Les administrations compétentes sont les suivantes. En ce qui concerne les victimes civiles de la guerre : Administration des victimes civiles de la guerre; pour les pensions de réparation du temps de paix et du temps de guerre : Service public fédéral Finances, Administration des pensions.
(6) Voir infra 3ème partie

Les prestations qui vont être examinées dans les pages qui suivent sont octroyées sous des conditions qui peuvent être regroupées sous 4 catégories :

- l'âge
- la rémunération ou le revenu
- la carrière
- la situation au moment du paiement

a) L'âge

Dans le secteur privé, l'âge d'octroi d'une pension de retraite sera généralement de 63 ans pour les femmes (1) et de 65 ans pour les hommes (2). Dans le secteur public, la limite d'âge est pour les agents définitifs fixée à 65 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Une pension anticipée peut toutefois, sous certaines conditions, être obtenue à partir de 60 ans.

Pour les pensions de survie, l'âge minimum est généralement de 45 ans si la veuve ou le veuf n'a pas d'enfant à charge au moment du décès du conjoint.

b) La rémunération ou le revenu

La pension de retraite ou de survie est une prestation qui a comme raison d'être essentielle, le maintien partiel du niveau de vie atteint avant l'âge de la retraite ou avant le décès du conjoint. C'est pourquoi la pension est basée sur le montant de la rémunération du travailleur (le revenu pour les indépendants). Dans le secteur privé, un certain pourcentage généralement de 60 ou de 75% de la rémunération est accordé.

Lorsque la personne, l'entreprise ou le secteur d'activité bénéficie d'une épargne extra-légale, le pourcentage octroyé pourra être plus élevé. Dans le secteur public, le pourcentage est, en principe, de 75%. Dans certains cas, ce n'est pas la rémunération réelle qui est prise en compte mais une rémunération fictive. On parle alors de périodes assimilées ou encore de périodes forfaitaires. Pour les travailleurs indépendants, une grande partie de la carrière est calculée sur base d'un revenu forfaitaire.

Lorsque la rémunération au cours de la carrière a été insuffisante, l'ancien travailleur aura cependant droit à un minimum : la pension minimale. De plus, si le droit à pension reste insuffisant et même en l'absence de tout revenu durant la carrière, une prestation peut être accordée à savoir la garantie de revenus aux personnes âgées. Cette prestation n'est cependant octroyée qu'en l'absence d'autres ressources.

Les rémunérations (le revenu pour les indépendants) au cours de la totalité de la carrière servent de base au calcul de la pension. Ces rémunérations et les pensions elles-mêmes sont adaptées périodiquement en fonction de l'évolution du coût de la vie et/ou des rémunérations selon des mécanismes variables selon le type de prestations. En principe, toutes ces prestations sont au moins adaptées à l'évolution du coût de la vie.

(1) 64 ans à partir de 2006 et 65 ans à partir de 2009.
(2) En ce qui concerne le secteur public, une pension de retraite peut également être octroyée pour cause d'inaptitude physique.

Dans le secteur public, le traitement servant de base au calcul de la pension est la moyenne des traitements des cinq dernières années de la carrière transposés dans les barèmes en vigueur à la date de prise de cours de la pension. Dans certains cas, un montant minimum garanti de pension est octroyé. En outre, les pensions sont augmentées (péréquation) en fonction du maximum barémique du dernier grade du titulaire de la pension (du conjoint pour les pensions de survie).

c) La carrière

Le droit à une pension complète n'est pas donné à tous les travailleurs mais seulement à ceux qui ont effectué une carrière complète. La durée d'une telle carrière est généralement de 45 ans (agents de l'Etat, hommes salariés et indépendants) ou de 43 ans (femmes salariées et indépendantes). Certaines catégories considérées comme particulièrement méritantes peuvent toutefois obtenir une pension complète après une carrière plus courte (ouvriers mineurs, enseignants, militaires, parlementaires, magistrats, ...).

Dans le secteur privé, une personne ayant une carrière incomplète aura droit à une pension au prorata de la durée de sa carrière. D'assez nombreuses périodes qui ne sont pas des périodes de travail y sont assimilées (chômage, service militaire ou civil, interruptions de carrière, vacances, maladie, ...).

Une personne ayant une carrière plus longue que la normale (par exemple une personne ayant été simultanément salariée et indépendante) n'aura en général droit qu'à la carrière complète la plus intéressante.

Tant pour la rémunération que pour la carrière, lorsque la personne est veuve, c'est la situation de l'époux décédé qui sera examinée et non la situation de la personne elle-même. Cependant, il se peut bien sûr qu'une veuve ou un veuf ait également travaillé. Il aura alors droit à deux pensions (une pension de survie et une pension de retraite) mais l'octroi ne sera effectué qu'à concurrence d'un certain plafond.

d) La situation au moment du paiement

Une pension n'est payée que sous certaines conditions. Les conditions principales tiennent à l'activité professionnelle : la pension n'est pas octroyée si l'intéressé bénéficie de revenus professionnels dépassant certains montants ou s'il bénéficie de certaines prestations sociales (allocations de chômage par exemple).

D'autres éléments entrent souvent en compte pour déterminer l'octroi de la pension : la situation de famille pour les salariés et les indépendants (par exemple octroi d'une pension de salarié au taux ménage), le lieu de la résidence (pour certains étrangers et pour la garantie de revenus aux personnes âgées) et le montant des ressources pour la garantie de revenus aux personnes âgées.

e) Le service Médiation

Signalons enfin, qu'un Service de médiation Pensions a été institué par l'A.R. du 27 avril 1997. Il est en place depuis le 1er juin 1999 et les médiateurs (un de chaque rôle linguistique) sont nommés pour une durée de 6 ans. Un rapport annuel est rédigé au mois de mars de chaque année, relatant les activités des médiateurs fédéraux et les difficultés rencontrées. Ce rapport est adressé à la Chambre des représentants, au Comité consultatif pour le secteur des pensions et au Ministre des Affaires sociales et des Pensions. Il est simultanément porté à la connaissance du grand public.

Le service Médiation Pensions ayant une fonction de médiation entre les administrations compétentes en matière de pensions et les citoyens, son public cible est constitué des pensionnés et des futurs pensionnés.

Les médiateurs pensions sont compétents en matière de pensions légales (pensions de survie, de retraite, et de conjoints divorcés), octroyées et liquidées par un service de pension belge aux ex-salariés, indépendants et fonctionnaires, peu importe la nationalité de ces ex-travailleurs.

La compétence du Service médiation subit aussi quelques limitations. Etant une institution fédérale, il est tenu de respecter l'autonomie des pouvoirs régionaux et locaux et n'est dès lors pas compétent pour les pensions légales gérées directement par les communes, les provinces, les Régions et les Communautés.

Ce service n'est pas non plus compétent pour les pensions étrangères ou celles des institutions internationales. En outre, le domaine des pensions légales au sens strict ne couvre pas certaines prestations ou allocations qui semblent pourtant à première vue en relever. Il s'agit des allocations complémentaires aux handicapés, des prépensions (relevant de la réglementation en matière de chômage), des pensions complémentaires (extra-légales), qui n'appartiennent pas à la sécurité sociale.

Une plainte peut être introduite par un simple écrit, en passant par le fax et même l'e-mail. Une réclamation communiquée par téléphone doit toutefois être confirmée par un écrit. La procédure est gratuite et comporte un formalisme minimal.

Elle est introduite personnellement ou par un mandataire, en possession d'une procuration. Afin de pouvoir traiter un dossier, différentes informations sont nécessaires aux médiateurs :

Les nom et prénom du plaignant, son adresse, son numéro de registre national, son numéro de compte pension, les éléments du problème soulevé, et, surtout, des éléments permettant de prouver que des démarches ont été effectuées au préalable devant l'administration.

Tout recours en justice portant sur le même objet entraîne automatiquement la *suspension* de l'enquête.

Le service est indépendant et exerce donc son travail en toute neutralité et impartialité, sans recevoir d'instructions d'aucune instance et sans que son autonomie dans l'exercice de sa mission ne soit limitée d'aucune façon.

Le Service de médiation Pensions est situé : WTC III, Bd Simon Bolivar 30, Bte 5, 1000 Bruxelles, tél. : 02/208.31.33.

II. Pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés

Section 1. Développements récents et perspectives

La Cour de justice des Communautés européennes ayant, dans un arrêt du 1er juillet 1993 (1), dit pour droit que la réglementation européenne s'oppose à ce qu'une réglementation nationale maintienne une différence suivant le sexe dans le mode de calcul de la pension alors que la retraite peut être demandée à un âge identique pour les hommes et les femmes.

Suite à cet arrêt, le Parlement belge adopta le 19 juin 1996 une loi interprétative (2) en vertu de laquelle une personne est présumée devenir inapte au travail à 60 ans s'il s'agit d'une femme et à 65 ans s'il s'agit d'un homme, la pension continuant cependant actuellement à pouvoir être prise par un homme comme par une femme à l'âge de 60 ans.

A la fin de l'été 1996, après l'adoption de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions, le gouvernement annonça d'importantes réformes en matière de pensions. Les plus importantes modifications concernent les différences de traitement entre hommes et femmes. Sauf exceptions, à l'issue d'une période transitoire débutant le 1er juillet 1997 et s'achevant le 31 décembre 2008, l'âge normal de la pension des salariés sera désormais de 65 ans pour les hommes comme pour les femmes. Parallèlement, l'âge minimum d'octroi de la garantie de revenus aux personnes âgées et des pensions pour indépendants et l'âge maximum pour le bénéfice des prépensions conventionnelles, des allocations de chômage et des indemnités en cas d'invalidité sera également de 65 ans pour tous et non plus de 65 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. Ces décisions ont été traduites dans un A.R. du 23 décembre 1996 et dans des arrêtés d'application (3).

Durant la période transitoire, l'âge normal de la pension et du bénéfice des autres prestations pour les femmes est de 61 ans de juillet 1997 à décembre 1999, de 62 ans de janvier 2000 à décembre 2002, de 63 ans de janvier 2003 à décembre 2005 puis de 64 ans de janvier 2006 à décembre 2008. Parallèlement, une carrière complète pour une femme est portée à 41 ans de juillet 1997 à 1999, 42 ans de 2000 à 2002, 43 ans de 2003 à 2005, 44 ans de 2006 à 2009 et 45 ans à partir de 2009.

La pension continuera cependant pour les hommes comme pour les femmes à pouvoir être prise à 60 ans à condition qu'une carrière d'une certaine durée soit prouvée à savoir 20 ans pour les pensions prenant cours de juillet 1997 à décembre 1997, 22 ans en 1998, 24 ans en 1999, 26 ans en 2000, 28 ans en 2001, 30 ans en 2002, 32 ans en 2003, 34 ans en 2004 et 35 ans à partir de 2005.

Par ailleurs, les dispositions relatives à la pension minimale ont également été modifiées afin que les personnes ayant eu une carrière courte (principalement des femmes) puissent également bénéficier d'un minimum de pension.

(1) Arrêt Van Cant n° 154/92, J.T. Droit européen 1993, p. 15.
(2) Loi interprétative de la loi du 20 juillet 1990 instaurant un âge flexible de la retraite pour les travailleurs salariés et adaptant les pensions des travailleurs salariés à l'évolution du bien-être général.
(3) Arrêté royal du 23 décembre 1996 (M.B. du 17 janvier 1997).
A.R. du 21 mars 1997 (M.B. du 29 mars 1997).
A.R. du 21 mars 1997 (M.B. du 29 mars 1997).
A.R. du 9 juillet 1997 (M.B. du 9 août 1997).
A.R. du 9 juillet 1997 (M.B. du 9 août 1998).

Enfin, le coefficient de réévaluation relatif aux années antérieures à 1975 est progressivement supprimé durant une période débutant en juillet 1997 et prenant fin en 2004 ce qui aura pour effet concret une diminution des montants de pension octroyés pour la carrière durant ces années.

Les dispositions législatives adoptées récemment visent à mettre fin aux litiges relatifs à l'égalité juridique entre hommes et femmes en supprimant progressivement les discriminations existantes. La Cour européenne de justice semble, dans un arrêt De Vriendt, accepter les solutions progressives adoptées (1). L'avenir dira s'il en ira de même pour les autres juridictions et dans d'autres litiges.

Section 2. Champ d'application

A. Principe

L'A.R. n° 50 du 24 octobre 1967 (2) est la base de la législation des pensions de travailleurs salariés. Il est applicable aux travailleurs salariés qui ont été occupés en Belgique en exécution d'un quelconque contrat de louage de travail pour ouvriers, employés, ouvriers mineurs ou marins.

B. Assimilations

Les journalistes professionnels et toutes les personnes auxquelles l'application du régime général de sécurité sociale est étendue peuvent bénéficier du régime institué par l'A.R. n° 50.

C. Exclusions

- les personnes pouvant bénéficier d'un autre régime de pension établi par ou en vertu d'une loi, par un règlement provincial ou par la Société nationale des Chemins de fer belges;
- les travailleurs domestiques externes dont la durée totale des prestations n'atteint pas 24 heures par semaine au service soit d'un seul soit de plusieurs employeurs et dont l'occupation n'atteint pas 4 heures par jour chez un même employeur.

D. Transfert du montant de la pension en faveur de fonctionnaires de l'Union européenne et d'institutions assimilées

Conformément à la loi du 21 mai 1991, les fonctionnaires de l'Union européenne et d'institutions assimilées peuvent, avec l'accord de leur institution, demander à l'organisme compétent en matière de pension que le montant de pension afférent aux services et périodes antérieurs à leur entrée au service de l'institution soit, sous certaines conditions et modalités, versé à l'Union européenne.

---

(1) Arrêt De Vriendt du 30 avril 1998 (nos 377/96 à 384/96) : la cour dit pour droit que lorsqu'une règle nationale a maintenu une différence dans l'âge de la retraite entre les travailleurs masculins et féminins, l'Etat membre concerné est en droit de calculer le montant de la pension différemment selon le sexe du travailleur.
(2) Les dispositions légales principales de la législation relative aux pensions de salariés sont contenues dans l'A.R. n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (ci-dessous l'A.R. n° 50), l'arrêté royal du 21 décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés (ci-dessous l'A.R. du 21.12.67), la loi du 20 juillet 1990 instaurant un âge flexible de la retraite pour les travailleurs salariés et adaptant les pensions des travailleurs salariés à l'évolution du bien-être général (ci-dessous la loi du 20 juillet 1990) et l'A.R. du 23 décembre 1996 portant exécution des articles 15, 16 et 17 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions (ci-dessous l'A.R. du 23.12.1996).

Section 3. Pensions de retraite

A. Conditions d'octroi et de paiement

1. Age

Depuis le 1er janvier 2003, la pension prend cours normalement au plus tôt le premier jour du mois qui suit celui du 63ème anniversaire pour les femmes et du 65ème anniversaire pour les hommes (1).

L'âge normal de la pension des femmes sera ensuite de 64 ans à partir de 2006 et de 65 ans à partir de 2009.

La pension peut cependant, pour les hommes comme pour les femmes, être prise de manière anticipée dès l'âge de 60 ans pour autant que la carrière soit égale à :

35 ans si la pension prend cours en 2005 (ou après).

Pour ce calcul, une année de carrière n'entre en ligne de compte que si elle correspond au tiers d'un régime de travail à temps plein tel que figurant au compte individuel.
Certaines périodes, notamment les périodes d'études régularisées, ne sont pas prises en compte pour ce calcul. Par contre, les périodes d'interruption de carrière pour élever un enfant de moins de 6 ans sont sous certaines conditions prises en compte même si elles n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul de la pension. De plus, les années de prestation portées en compte dans un autre régime de pension belge et pour une activité à l'étranger dans le cadre de réglementations européennes et de conventions internationales sont également prises en compte.

Enfin, la pension de retraite du prépensionné conventionnel (2) ne peut prendre cours avant l'âge de 65 ans s'il s'agit d'un homme alors que les femmes prépensionnées conventionnelles obtiennent leur pension de retraite dès 63 ans (3).

---

(1) Les ouvriers mineurs de fond et les membres du personnel navigant de l'aviation civile peuvent cependant obtenir leur pension à partir de 55 ans. Ils peuvent également, de même que les ouvriers du fond des carrières à exploitation souterraine, obtenir, sans condition d'âge, leur pension complète dès qu'ils prouvent une occupation en cette qualité pendant un certain nombre d'années de manière habituelle et en ordre principal (25 ans pour les mineurs, 30 ans pour le personnel de conduite, 34 ans pour le personnel de cabine).
(2) En ce qui concerne les prépensions conventionnelles, voir le titre relatif au chômage.
(3) Cette différence entre hommes et femmes, qui est en fait souvent défavorable aux femmes parce que les prépensions conventionnelles sont généralement plus élevées que les pensions, pose des problèmes juridiques.

2. Résidence

En principe les pensions de retraite et de survie ne sont octroyées qu'aux bénéficiaires résidant en Belgique (1).

Il n'y a cependant plus d'obligation de résidence pour les ressortissants belges, les apatrides et les réfugiés (reconnus au sens de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers), pour les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne et des Etats signataires de l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de ceux avec lesquels la Belgique a conclu une convention en matière de sécurité sociale ainsi que pour les ressortissants des Etats qui ont signé et ratifié l'Accord intérimaire européen concernant les régimes de sécurité sociale relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants. L'obligation de résider en Belgique n'est pas non plus requise de certains étrangers qui ont obtenu un permis de séjour spécial comme membre d'une organisation internationale agréée par le Ministre des Affaires étrangères, et qui ont constitué des droits à pension comme travailleur salarié pendant ce séjour.

3. Activité professionnelle autorisée (2)

La pension de retraite n'est payable que si le bénéficiaire a cessé toute activité professionnelle autre que celle autorisée par le Roi. En outre, la pension au taux ménage ne peut être payée, entre autres, que si le conjoint a cessé toute activité professionnelle autre que celle autorisée par le Roi.

Est considérée comme activité professionnelle, toute activité qui peut produire des revenus pouvant être considérés comme des revenus professionnels au sens des dispositions du Code des impôts sur les revenus (même si cette activité est exercée par un intermédiaire) ainsi que toute activité analogue exercée dans un pays étranger ou dans une organisation internationale ou supranationale.

Sauf exceptions, toute activité professionnelle doit être déclarée au préalable, même si les revenus qui en découlent ne dépassent pas la limite autorisée.

3.1. Activités professionnelles autorisées moyennant déclaration préalable

L'activité professionnelle et la pension sont compatibles à condition que les revenus n'excèdent pas la limite autorisée.

Cependant, une activité professionnelle consistant en la création d'œuvres scientifiques ou artistiques est autorisée sans restriction pour autant que l'activité soit déclarée au préalable, si elle n'a pas de répercussion sur le marché de l'emploi et si l'intéressé n'a pas la qualité de commerçant au sens du Code de commerce.

---

(1) Les allocations accordées en vertu d'une occupation comme ouvrier mineur sont, depuis août 1986, seulement payées à concurrence de 80% à l'étranger, sauf lorsque le bénéficiaire est belge, réfugié reconnu, apatride, ressortissant d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat lié à la Belgique par une convention internationale. Dans ce cas, la pension est payée intégralement.
(2) Article 64 de l'A. R. du 21. 12. 1967.

La limite de l'activité autorisée est variable et dépend de la nature de l'activité (travail salarié, travail indépendant, ...), de la situation familiale (avec ou sans enfant à charge), de l'âge (avoir ou non atteint l'âge de la pension légale et - si le bénéficiaire de la pension est âgé de moins de 65 ans - du type de pension octroyée (pension de survie ou autre(s)pension(s)).

a) Activité professionnelle exercée dans les liens d'un contrat de travail (secteur privé) ou de tout statut légal ou réglementaire analogue (secteur public) ainsi que toute autre activité, mandat, charge ou office

L'activité est autorisée lorsque le revenu professionnel brut (y inclus les pécules de vacances, avantages en nature, cotisations de sécurité sociale, précomptes professionnels,...) n'excède pas 7.421,57 ou 13.556,68 EUR par année civile, respectivement selon que l'intéressé n'a pas atteint ou a atteint l'âge de la pension légale. Ces montants sont portés à 11.132,37 ou à 17.267,48 EUR lorsque le bénéficiaire a au moins un enfant à charge au 1er janvier de l'année concernée.

b) Activité professionnelle comme travailleur indépendant ou comme aidant

L'activité est autorisée lorsque les revenus nets (revenus professionnels bruts diminués des charges, dépenses, pertes,...) n'excèdent pas 5.937,26 ou 10.845,34 EUR par année civile, respectivement selon que l'intéressé n'a pas atteint ou a atteint l'âge de la pension légale. Ces montants sont portés à 8.905,89 ou à 13.813,97 EUR lorsque le bénéficiaire a au moins un enfant à charge.

c) L'exercice simultané ou successif, dans la même année civile, de plusieurs activités professionnelles

Ces activités professionnelles sont autorisées à condition que le total des revenus qui en découlent ne dépasse pas les limites qui sont applicables à l'activité indépendante. Cependant, les revenus d'activité salariée ne sont pris en compte qu'à concurrence de 80% de leur montant.

Ces montants sont ceux en vigueur pour l'année 2004.

Lorsque la pension n'est pas accordée pour toute une année civile, les montants cités sont adaptés proportionnellement au nombre de mois couverts par la pension.

3.2. Conséquences du dépassement des limites autorisées

Le pensionné qui exerce une activité professionnelle voit le paiement de sa pension intégralement suspendu durant l'année civile concernée si la limite est dépassée de 15% au moins.

Ce paiement est suspendu durant l'année civile concernée à concurrence d'un pourcentage égal à celui du dépassement de la limite si celle-ci est dépassée de moins de 15%.

Exemple : un pensionné sans charge de famille bénéficie d'une pension de retraite annuelle de 10.000 EUR et de revenus annuels provenant d'un travail indépendant d'un montant de 6.500 EUR. Le montant total de ses revenus professionnels (6.500 EUR) excède de 562,74 EUR le montant de 5.937,26 EUR de l'activité autorisée comme indépendant soit de 9,47%. Sa pension sera donc suspendue à concurrence de 9,47% de 10.000 EUR soit 947 EUR.

Le pensionné, dont le conjoint exerce une activité dépassant la limite autorisée, verra sa pension intégralement calculée au taux isolé et non plus au taux ménage quel que soit le montant du dépassement.

3.3. Obligation de déclaration des activités et sanction du défaut de déclaration

Le bénéficiaire d'une pension est tenu de déclarer par lettre recommandée l'activité professionnelle au moyen d'un formulaire disponible à l'Administration communale et à l'Office national des pensions. Ce formulaire doit être envoyé à l'Office national des pensions.

Le bénéficiaire d'une pension est également tenu d'informer, par lettre recommandée, son employeur de sa situation en matière de pension. L'employeur est, à son tour, tenu, dans les 30 jours de l'expédition de la lettre recommandée du travailleur, de déclarer l'activité du travailleur, par lettre recommandée, à l'Office national des pensions au moyen d'un formulaire disponible à l'Administration communale et à l'Office national des pensions.

Enfin, le conjoint du bénéficiaire d'une pension est également tenu de déclarer son activité professionnelle à l'Office national des pensions selon les modalités décrites ci-dessus. Par contre, il n'est pas tenu d'informer son employeur et ledit employeur n'est pas tenu de déclarer l'activité du conjoint d'un pensionné.

En l'absence d'une déclaration préalable d'une activité professionnelle ou en l'absence d'une information préalable du bénéficiaire de la pension à son employeur, le paiement de la pension en cours est suspendu d'office pendant un mois et en cas de récidive pendant trois mois.

De même, en l'absence d'une déclaration préalable par le conjoint d'un bénéficiaire d'une pension calculée au taux ménage, la pension est recalculée d'office au taux isolé pendant un mois et en cas de récidive pendant trois mois.

La déclaration est considérée comme préalable si elle est effectuée au plus tard dans les trente jours suivant le début de l'activité ou la date de notification de la décision d'octroi de la pension.

Enfin, l'employeur qui néglige de déclarer l'activité dans les 30 jours de l'expédition de la lettre recommandée du travailleur doit payer à l'Office national des pensions une indemnité forfaitaire dont le montant est égal à trois fois le salaire moyen minimum mensuel garanti fixé par convention collective conclue au Conseil national du travail.

Les sanctions précitées sont d'application même si le bénéficiaire, le conjoint ou l'employeur a omis de déclarer une activité qui n'excède pas les limites autorisées.

Les sanctions sont prononcées par l'Office national des pensions qui peut, sous certaines conditions, renoncer à tout ou partie des sanctions. Un recours contre les sanctions est possible devant le Tribunal du travail.

3.4. Activités professionnelles autorisées sans déclaration

L'exercice, sous certaines conditions, d'un mandat politique ou de certains mandats publics, est autorisé pour autant que le mandat ait pris cours au plus tard le dernier jour du mois du 65ème anniversaire du mandataire.

Les revenus de cette activité sont sans incidence sur le montant de la pension payée.

4. Ne pas bénéficier de prestations sociales

La pension n'est pas payée lorsque le bénéficiaire reçoit une prestation pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire en application d'une législation belge ou étrangère en matière de sécurité sociale. La pension n'est pas payée non plus lorsque le bénéficiaire reçoit une allocation d'interruption de la carrière professionnelle, ou de crédit-temps, une allocation pour diminution des prestations de travail ou une indemnisation complémentaire accordée dans le cadre d'une prépension conventionnelle.

Le bénéficiaire marié dont le conjoint bénéficie d'un de ces avantages, ne peut obtenir la pension qu'au taux isolé.

Le cumul de la pension de retraite et d'une ou plusieurs prestations accordées en vertu d'une législation en matière de réparation des dommages qui découlent d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est, par contre, autorisé sans restriction dans le cadre de la législation relative aux pensions de travailleurs salariés. Toutefois, ce cumul de la pension et d'une indemnité "accident du travail" ou "maladie professionnelle" est réglementé dans le cadre de ces branches.

5. Introduction d'une demande

Voir infra : "Organisation administrative"

B. Calcul

La pension est égale :

- pour chaque année prise en considération;
- à une fraction;
- de 75% ou 60%;
- des rémunérations brutes, réelles, fictives ou forfaitaires correspondant à cette année;
- réévaluées;
- et éventuellement plafonnées.

1. Années prises en considération - Calcul de la carrière

1.1. Les composantes de la carrière

a) Les périodes d'occupation effective en tant que travailleur salarié

En principe, peuvent être prises en considération toutes les années civiles qui comportent des périodes de travail en qualité d'ouvrier, d'employé, de marin ou d'ouvrier mineur, même les périodes antérieures au 20ième anniversaire ou postérieures au 65ème anniversaire du travailleur salarié .

S'il s'agit de périodes de travail postérieures à 1954, chaque occupation ouvre le droit à une pension, quelle que soit la durée de la période, à condition que le travailleur soit soumis au régime de pensions pour travailleurs salariés, en raison de cette occupation.

Une occupation comme travailleur salarié, exercée durant les années antérieures à 1955, n'ouvre le droit à une pension que si l'occupation répond aux critères de l'occupation habituelle et en ordre principal. Est considérée comme telle toute occupation exercée en qualité de travailleur salarié, s'étendant normalement sur 185 jours de 4 heures au moins chacun par année civile, ou toute occupation en la même qualité comportant au moins 1.480 heures par année civile.

b) Les périodes d'inactivité assimilées à des périodes de travail effectif comme travailleur salarié (1)

Les périodes d'inactivité qui peuvent être assimilées à des périodes d'activité moyennant certaines conditions sont notamment les périodes :

- de chômage involontaire, de formation professionnelle en vue de l'exercice d'une activité en tant que travailleur salarié, de travail comme chômeur mis au travail par les provinces, les communes et les organismes publics. Les périodes de chômage et de formation professionnelle sont assimilées à condition que le travailleur salarié bénéficie des allocations ou d'une indemnité pour perte de rémunération prévues par la réglementation en matière de chômage involontaire;
- pendant lesquelles – à partir de juillet 1997 – le travailleur n'a pas exercé d'activité pour le motif qu'il a réduit ses prestations dans le cadre des dispositions en vue de la redistribution du temps de travail;
- d'inactivité pour le travailleur à temps partiel qui bénéficie du statut de "travailleur à temps partiel avec maintien des droits". L'assimilation est cependant limitée à 1.560 jours si le travailleur ne perçoit pas d'allocation de garantie de revenus. Le nombre de jours est réparti en fonction de l'importance de la réduction du temps de travail ce qui signifie par exemple qu'une personne travaillant à mi-temps pourra bénéficier d'une assimilation durant 3.120 jours;
- de prépension conventionnelle à plein temps ou à mi-temps;
- de crédit-temps (à temps plein ou à mi-temps) pour une durée maximale de 3 ans;
- de réduction des prestations de 1/5ème, pour une durée maximale de 5 ans;
- de réduction des prestations de 50% ou de 1/5ème à partir de 50 ans (sans limitation de durée);
- d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'invalidité et de repos d'accouchement, à condition que le travailleur bénéficie d'indemnités prévues par la législation relative à l'assurance maladie-invalidité;
- de congé de paternité ou d'adoption, à condition que le travailleur bénéficie de l'allocation payée dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités (les sept derniers jours);
- pendant lesquelles le travailleur bénéficie d'une indemnité d'incapacité de travail, en vertu de la législation sur la réparation des dommages qui découlent d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou des périodes d'inactivité pour lesquelles est établie soit une incapacité permanente de travail d'au moins 65% soit une diminution de la capacité de gain d'au moins deux tiers en application des législations relatives aux handicapés;
- de vacances visées par la législation relative aux vacances annuelles des travailleurs salariés à condition que l'intéressé soit déjà occupé en tant que travailleur salarié au moment où l'événement qui donne lieu à l'assimilation des périodes d'inactivité se produit, ou à condition qu'à ce moment, il se trouve déjà dans une période assimilée pour une autre raison;

(1) Voir notamment l'article 34 de l'A.R. du 21.12.1967.

- d'inactivité qui résultent d'un appel en vue d'accomplir le service militaire dans l'armée belge, d'affectation en application des lois portant le statut d'objecteur de conscience, ... à condition, si le travailleur n'avait pas la qualité de travailleur salarié auparavant, qu'il l'acquière au cours des trois années qui suivent la fin de la période d'assimilation et qu'il soit resté occupé en cette qualité pendant au moins un an, de façon habituelle et en ordre principal.

c) les périodes assimilées moyennant le versement de cotisations (1)

Certaines périodes peuvent être prises en considération pour le calcul de la pension, à condition qu'une demande soit introduite auprès de l'Office national des pensions et qu'une cotisation déterminée soit versée. Le montant de cette cotisation peut varier selon la nature de la période à régulariser.

Les périodes régularisables les plus importantes sont les suivantes :

- les périodes pendant lesquelles, à partir du 1er janvier de l'année de son 20ème anniversaire, le travailleur a fait des études, sont prises en considération lors de l'établissement des droits à pension comme travailleur salarié, à condition que l'intéressé soit assujetti au régime de pensions des travailleurs salariés, qu'il ait demandé à bénéficier de la régularisation dans un délai de dix ans suivant la fin des études et qu'il paie une cotisation de régularisation de 7,5%. Cette cotisation et ultérieurement la pension sont calculées sur base d'une rémunération mensuelle égale au revenu minimum mensuel moyen garanti. Le revenu minimum mensuel s'élève à 1.243,26 EUR et la cotisation à verser pour une année est de 1.118,93 EUR;
- les périodes d'occupation postérieures à 1944, pour lesquelles le travailleur ne peut prouver les versements de pension requis, peuvent néanmoins être prises en considération lors de l'établissement des droits à pension comme travailleur salarié, si certaines cotisations sont payées. Il s'agit donc des périodes pendant lesquelles l'intéressé était assujetti à la législation relative aux pensions, en qualité de travailleur salarié. Cette possibilité a également été étendue aux périodes pendant lesquelles l'intéressé n'était pas assujetti mais exerçait une activité qui était au 1er juillet 1970 de nature à l'assujettir à la sécurité sociale, en ce qui concerne la branche pensions.

d) Réglementation relative à la limite de 312 jours (2)

- si le nombre de journées effectives et assimilées atteint 312 jours, des journées assimilées ne peuvent plus être prises en compte;
- pour autant que le nombre de journées effectives et assimilées soit de 285 au moins, ce nombre est présumé être de 312 (soit une année complète en régime de 6 jours semaine).

1.2. Preuve de l'occupation

Elle est administrée, pour la période postérieure à 1945, par tout document attestant que les cotisations de pension ont été retenues ou par tout document attestant que le travailleur peut bénéficier des dispositions concernant l'assimilation de certaines périodes d'inactivité à des périodes d'activité.

(1)Voir notamment les articles 3bis, 6 et 7 de l'A.R. du 21.12.1967.
(2) Articles 28bis et 36bis de l'A.R. du 21.12.1967.

1.3. Limitation de la carrière (principe de l'unité)

a) Carrière accomplie exclusivement en tant que travailleur salarié

La fraction de carrière ou la somme des fractions de la carrière ne peut dépasser l'unité. Si elle l'excède, les années les moins favorables ne sont pas prises en compte.

Exemple :

- Un homme était ouvrier mineur pendant 20 ans et ouvrier d'usine pendant 17 années. Sa carrière comme ouvrier mineur est exprimée par la fraction 20/30 (la carrière complète d'un mineur étant de 30 ans), celle comme ouvrier par 17/45.

- Addition des fractions : 20/30 + 17/45 = 30/45 + 17/45 = 47/45.

- Excédent : 2/45. Deux années seront donc déduites de la carrière (à savoir les moins avantageuses).

b) Carrière accomplie comme travailleur salarié et dans un ou plusieurs autres régimes

- Règle générale
La somme des fractions qui expriment la carrière dans les différents régimes doit être limitée à l'unité, tout comme pour les carrières décrites ci-dessus, sous a). Si l'unité est dépassée, il y a une réduction dans le régime des travailleurs salariés.

Cependant, en cas de cumul d'une pension de retraite comme travailleur salarié et d'une pension de retraite comme travailleur indépendant, c'est la carrière d'indépendant qui est réduite en vertu de la législation des pensions d'indépendants.

- Assouplissements de la règle générale
Le montant converti de pension de l'autre régime est le montant qui aurait été accordé en cas de carrière complète. Si ce montant converti (ou le total des montants convertis des pensions d'un autre régime) est inférieur au montant forfaitaire de 8.757,92 EUR, la réduction n'est pas applicable.

Ce montant forfaitaire est le montant de pension au taux ménage qu'un travailleur salarié obtiendrait pour une carrière complète et une rémunération égale à la rémunération forfaitaire afférente aux années antérieures à 1955 (11.677,22 EUR x 45/45 x 0,75 = 8.757,92 EUR).

Si le montant converti dépasse 8.757,92 EUR, la réduction applicable en vertu du principe général est limitée à autant d'années que cette différence positive (montant converti moins montant forfaitaire) comporte de tranches de 875,79 EUR (= 10 % de 8.757,92 EUR).
Le résultat de cette division est arrondi à l'unité supérieure et la réduction ne peut en aucun cas être supérieure à 15.

La mesure d'assouplissement a pour objet de préserver, dans certaines limites, les droits issus d'activités simultanées (fonctions accessoires).

2. Fraction servant de base au calcul de la pension

Toute année prouvée de la carrière ouvre le droit à un montant de pension équivalant à une fraction de 60 ou 75% des rémunérations brutes, réelles, fictives ou forfaitaires correspondant à cette année. La fraction servant de base au calcul de la pension est égale à 1/45ème pour les hommes et à 1/43ème pour les femmes.

Le dénominateur de la fraction est identique que la pension soit prise à l'âge normal ou de manière anticipée. Un homme prenant sa pension à 60 ans aura donc une carrière incomplète sauf s'il a commencé à travailler très jeune.

Pour les femmes, la fraction évolue en même temps que l'âge normal de la pension. La fraction est donc de 1/43ème depuis 2003 (l'âge normal de la pension est de 63 ans), de 1/44ème en 2006 et de 1/45ème à partir de 2009.

Dès que la carrière de l'intéressé compte 45 ou 43 années, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, il n'est plus possible de constituer des droits à une pension supplémentaire. Seules les 45 ou 43 années les plus favorables seront prises en compte lors du calcul de la pension.

Enfin la carrière d'un marin sera calculée en quarantièmes ou, sous certaines conditions, en quatorzièmes et celle d'un ouvrier mineur en trentièmes à condition, pour l'ouvrier mineur, d'avoir été occupé habituellement et en ordre principal comme ouvrier mineur pendant au moins vingt années.

3. 75% ou 60% ?

75% : taux ménage pour le travailleur (homme ou femme) dont le conjoint a cessé toute activité professionnelle - autre que celle autorisée par le Roi - qui ne jouit pas soit d'une pension de retraite ou de survie ou d'un avantage en tenant lieu, soit d'une indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire, en application d'une législation de sécurité sociale belge ou étrangère, soit d'une allocation d'interruption de carrière ou de réduction des prestations de travail.

Lorsque les deux conjoints disposent d'une pension de travailleur salarié et que le montant de la pension la plus élevée calculée au taux ménage (75%) dépasse la somme des deux pensions calculées au taux isolé (60%), l'Office national des pensions suspend d'office le paiement de la pension la moins élevée afin de permettre à l'autre conjoint d'obtenir une pension au taux ménage.

Le bénéfice dans le chef d'un des conjoints d'une ou plusieurs pensions de retraite ou de survie ou de prestations en tenant lieu, accordées en vertu d'un ou de plusieurs régimes belges, autres que ceux pour les ouvriers, employés, mineurs, marins et travailleurs salariés, en vertu d'un régime d'un pays étranger ou en vertu d'un régime applicable au personnel d'une institution de droit international public ne fait pas obstacle à l'octroi de la pension calculée au taux ménage à l'autre conjoint. Toutefois, le montant de cette pension de ménage est diminué du montant de la pension de l'autre conjoint.

Si cette diminution s'avère moins avantageuse, chacun des conjoints conserve sa pension au taux isolé.

60% pour tous les autres travailleurs (taux isolé pour les célibataires, divorcés, personnes mariées dont le conjoint dispose d'une pension importante, ...).

4. Rémunérations brutes, réelles, fictives ou forfaitaires

4.1. Rémunérations réelles

Les rémunérations réelles sont celles qui ont servi de base au calcul de la cotisation de pension. Il s'agit de rémunérations brutes. Afin d'accélérer l'instruction des demandes de pensions, la rémunération afférente à l'année civile qui précède immédiatement la date de prise de cours de la pension est censée être égale à la rémunération de l'année civile précédente, multipliée par un coefficient.

4.2. Rémunérations fictives

Les rémunérations fictives sont celles afférentes aux périodes d'inactivité assimilées à des périodes d'activité.

En règle générale, la rémunération fictive (1) a comme base la moyenne des rémunérations réelles forfaitaires et fictives de l'année précédant la période concernée. Cependant :

- en l'absence d'élément de référence, on se base sur l'année en cours ou encore à défaut sur l'année suivant la période ou encore à défaut sur une somme forfaitaire;
- pour les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits et allocation de garantie de revenus, le salaire pris en considération ne peut être supérieur au salaire pris en considération l'année précédente;
- pour les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits mais sans allocation de garantie de revenus, le salaire pris en considération est un salaire forfaitaire de 14.520,06 EUR;
- en ce qui concerne les périodes régularisées moyennant le paiement de cotisations, la rémunération prise en compte est généralement basée sur les cotisations qui doivent être versées pour l'assimilation.

4.3. Rémunérations forfaitaires

L'expression "rémunérations forfaitaires" recouvre plusieurs réalités distinctes :

a) Années forfaitaires : la loi du 21 mai 1955 a prescrit la tenue d'un compte individuel, c'est-à-dire d'un compte regroupant tous les renseignements relatifs aux rémunérations, aux journées de travail effectif et aux journées assimilées à mettre au crédit des ouvriers.

Cette technique a par la suite été étendue aux marins par l'A.R. du 4 décembre 1956 et aux employés par la loi du 12 juillet 1957. Cependant, l'absence de pa-reil moyen d'investigation pour la période ayant précédé l'apparition des comptes individuels rendait impossible, dans la plupart des cas, une reconstitution exacte des rémunérations perçues par les intéressés au cours de cette période et a fortiori de celle antérieure à l'instauration de la sécurité sociale. L'objectif des lois de 1955 et 1957 - octroi d'une pension égale aux 60 ou 75% des rémunérations acquises durant la vie active - ne put donc être réalisé d'emblée et il fallut aménager une période transitoire durant laquelle les pensions seraient, au moins partiellement, calculées sur base d'un montant forfaitaire.

Ce dernier est égal à 11.677,22 EUR pour chaque année d'occupation antérieure à 1955 (2).

b) Journées forfaitaires : avant 1968, c'est une rémunération de référence - et non la rémunération réelle - qui a servi de base au calcul de la pension des ouvriers mineurs. Une rémunération forfaitaire a dès lors été également fixée, en faveur de cette catégorie de travailleurs, pour la période s'étendant du 1er janvier 1955 au 31 décembre 1967.

(1) Articles 24 bis et 34, §2, 6, b), de l'arrêté royal du 21.12.1967.
(2) Article 9 bis, 1°, de l'A.R.n° 50 : lorsqu'il s'agit d'une occupation en qualité d'ouvrier mineur de fond, ce montant est porté à 14.012,63 EUR.

c) Rémunérations forfaitaires : on appelle également rémunération forfaitaire celle qui, dans certains cas déterminés, se substitue à la rémunération réelle du travailleur si celle-ci est moins favorable (handicapés, travailleurs victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, etc.).

Toutes ces rémunérations tant réelles que fictives ou forfaitaires sont inscrites à un compte individuel dont la tenue a été confiée à l'ASBL CIMIRE (Compte individuel multisectoriel). L'ASBL délivre annuellement au travailleur un extrait de son compte individuel. Le travailleur a intérêt à s'assurer de l'exactitude des renseignements consignés sur l'extrait qui lui est adressé, et, le cas échéant, à signaler les discordances qu'il constaterait.

5. Réévaluation des rémunérations

5.1. Adaptation à l'augmentation du coût de la vie

Afin d'éviter que les rémunérations (réelles, fictives ou forfaitaires) des années les plus lointaines soient dépréciées par rapport à celles des dernières années de la carrière, elles sont, au moment de la fixation de la pension de retraite, prises en considération pour un montant annuel réévalué. A cet effet, elles sont multipliées par un coefficient. Le coefficient, applicable aux rémunérations d'une année déterminée, s'obtient en principe en divisant l'indice des prix à la consommation auquel les pensions en cours sont payées, par la moyenne des indices mensuels des prix à la consommation de l'année considérée.

5.2. Adaptation au niveau du bien-être général (1)

On a constaté que, depuis 1955, le revenu moyen de la population active s'est accru plus rapidement que l'indice du coût de la vie.

La loi du 27 février 1976 a fixé pour les pensions qui prennent cours après 1976, des coefficients d'adaptation au bien-être général pour les rémunérations applicables à la période 1955-1975. Ces coefficients ont été réduits d'abord par l'A.R. n° 415 du 16 juillet 1986, ensuite de manière progressive par un A.R. du 9 juillet 1997 modifiant l'A.R. du 21.12.1967. Depuis 2004 il n'y a plus plus d'adaptation au bien-être pour la période 1955-1975.

En principe, le Roi détermine chaque année le coefficient de réévaluation de la rémunération de l'avant-dernière année. Lorsqu'un coefficient est déterminé, il est également appliqué à l'ensemble des coefficients d'adaptation au bien-être général des années antérieures. Ces dernières années cependant, aucun coefficient n'a été déterminé.

(1) Voir aussi infra section 10 "Revalorisation des pensions".

6. Plafond des rémunérations

En ce qui concerne les années postérieures à 1980, on ne tient pas compte, pour le calcul des pensions des travailleurs salariés, de la partie du total des rémunérations réelles, fictives et forfaitaires qui dépasse un certain montant annuel. Ce plafond s'applique à toutes les catégories de travailleurs salariés et à toutes les pensions qui prennent cours au plus tôt le 1er janvier 1984 (1).

Le plafond salarial s'élève à 41.564,11 EUR pour l'année 2004.

Jusqu'au 1er janvier 1981 seul existait un plafond pour les rémunérations des employés et des officiers de la marine marchande. Pour ces catégories, les rémunérations afférentes aux années de la période 1957-1980 sont limitées au plafond fixé pour la retenue des cotisations de pension.

Les rémunérations des employés afférentes à la période 1958-1972 sont, pour le calcul de la pension, augmentées de 10% lorsqu'elles atteignent le plafond applicable à chacune de ces années.

Section 4. Pensions de survie (2)

La loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pension a introduit la pension de survie pour le conjoint survivant. Dorénavant, les hommes devenus veufs après 1983 peuvent également prétendre à une pension de survie, aux mêmes conditions que la veuve.

A. Conditions d'octroi et de paiement

1. Age

Afin de prétendre à la pension de survie, le conjoint survivant doit avoir atteint l'âge de 45 ans. Cette condition n'est toutefois pas requise lorsque le conjoint prouve :

- une incapacité de travail permanente de 66% au moins;
- ou qu'il a un enfant à charge;
- ou que son conjoint décédé a été occupé habituellement et en ordre principal comme ouvrier mineur du fond pendant au moins 20 ans.

Le conjoint survivant âgé de moins de 45 ans et qui bénéficie d'une pension de survie parce qu'il a un enfant à charge ou parce qu'il est atteint d'une incapacité permanente de travail d'au moins 66%, maintient ce droit lorsqu'il ne satisfait plus à ces conditions.

La pension est toutefois limitée au montant de la pension minimale garantie pour une carrière complète (art. 153 de la loi du 8 août 1980), multiplié par la fraction utilisée pour le calcul de la pension de survie. La pension n'est plus limitée quand le conjoint

(1) A.R. n° 50, art. 7 en premier lieu, le plafond salarial doit être porté au niveau des prix de l'année civile à laquelle se rapporte le total des rémunérations réelles, fictives et forfaitaires; il est comparé avec le total. Ensuite, pour le calcul de la pension, le montant adapté est réévalué, de la même manière que les rémunérations réelles. Le plafond doit en principe être révisé tous les 2 ans.

(2) Chapitre III de l'A.R. n° 50.

survivant atteint l'âge de 45 ans ou remplit à nouveau les conditions pour obtenir une pension de survie avant cet âge. Cette "pension de survie continuée" est assimilée à la pension de survie ordinaire.

2. Etat civil

La pension de survie n'est accordée que si, au moment du décès, le conjoint survivant était l'époux (l'épouse), depuis un an au moins, du travailleur décédé. Cette condition n'est pas exigée :

- lorsqu'un enfant est né du mariage;
- lorsque au moment du décès un enfant était à charge des époux, pour lequel un des époux percevait des allocations familiales;
- lorsque le décès est dû à un accident postérieur à la date du mariage ou a été causé par une maladie professionnelle contractée pendant ou à la suite de l'exercice de la profession, d'une mission confiée par le gouvernement belge ou d'une prestation effectuée dans le cadre de l'assistance technique belge, à condition que la maladie se soit manifestée ou se soit aggravée après la date du mariage.

Le bénéfice de la pension de survie est suspendu lorsque le conjoint survivant est remarié.

3. Résidence

Les conditions de résidence sont les mêmes que celles relatives à la pension de retraite.

4. Activité professionnelle autorisée, bénéfice de prestations sociales

Si l'intéressé est âgé d'au moins 65 ans les règles sont les mêmes que pour la pension de retraite : en cas d'activité salariée ou du secteur public : revenu professionnel annuel maximum de 13.556,68 EUR; activité indépendante : revenu professionnel annuel maximum de 10.845,34 EUR (1). Ces montants sont portés à 17.267,48 (activité salariée) ou à 13.813,97 (activité indépendante) en cas de charge d'enfants. Toutefois si l'intéressé(e) est âgé(e) de moins de 65 ans et bénéficie exclusivement de pension(s) de survie, les montants de l'activité autorisée (applicables en cas de pension de retraite) sont multipliés par 2. A partir de 2004, en cas d'activité salariée ou du secteur public : revenu professionnel annuel maximum de 14.843,13 EUR; activité indépendante : revenu professionnel annuel maximum de 11.874,50 EUR.

Les montants précités sont majorés en cas de charge d'enfant et sont donc portés à 18.553,93 EUR (activité salariée ou du secteur public) ou 14.843,13 EUR (activité indépendante).

(1) Voir supra section 3 (Pensions de retraite), A, 3 et 4.

5. Introduction d'une demande

Voir infra : "Organisation administrative"

B. Calcul

1. Le conjoint est décédé avant la prise de cours de sa pension de retraite

La base de calcul de la pension du survivant est la pension dont le conjoint aurait bénéficié s'il avait survécu.

Dans ce cas, la pension de survie est égale à 80% d'une pension de retraite théorique calculée au taux ménage. Ce taux est en fait égal au taux isolé (80% x 75% = 60%). La pension est calculée selon les règles applicables pour l'octroi d'une pension de retraite normale, mais il est tenu compte des particularités suivantes :

- la période de référence prise en considération pour déterminer le dénominateur applicable à chaque année civile débute le 1er janvier de l'année du 20ème anniversaire et prend fin le 31 décembre de l'année précédant celle du décès. Le dénominateur ne peut toutefois être supérieur à 45 ou 43 selon que le défunt était un homme ou une femme. Toutefois, en ce qui concerne les ouvriers mineurs (20 ans d'occupation au moins) et les marins, la pension de retraite théorique peut être calculée respectivement en 30èmes ou en 40èmes, si ce mode de calcul est plus avantageux pour le conjoint survivant. Dans tous les cas, la totalité des fractions ne peut donner un résultat supérieur à l'unité;
- pour chaque année d'occupation habituelle et en ordre principal antérieure à 1955, il est tenu compte dans tous les cas d'une rémunération forfaitaire fixée uniformément à 11.677,22 EUR.

Afin d'éviter que le montant de la pension de survie, en raison de la réduction de la période de référence pour le calcul de la pension de retraite théorique, ne soit exagérément influencé par l'incidence des rémunérations réellement perçues il est toutefois prévu que cette pension de survie ne peut être supérieure à une pension de référence.

Ceci pour éviter que la veuve ou le veuf d'un jeune travailleur salarié soit privilégié(e) vis-à-vis du conjoint survivant d'un travailleur salarié qui a atteint l'âge de la retraite ou qui a en tout cas atteint un âge plus élevé, lors de son décès.

La pension de survie calculée de cette manière est limitée au produit obtenu en multipliant la fraction ayant servi de base au calcul de la pension de survie par le montant de la pension de retraite calculée au taux ménage, que le conjoint décédé aurait reçu :

- le jour de son décès, s'il avait atteint l'âge de 65 ans;
- et s'il avait justifié d'une occupation habituelle et en ordre principal comme travailleur salarié pendant 45 ou 43 ans, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme. Pour les années sans occupation effective habituelle et en ordre principal il est tenu compte d'une rémunération forfaitaire.

Des modalités spéciales de calcul sont applicables lorsque le conjoint (mari ou femme) est décédé avant le 1er janvier de l'année de son 21ème anniversaire.

2. Le conjoint est décédé après la prise de cours de sa pension de retraite

La pension de survie est égale à 80% de la pension de retraite au taux ménage.

3. Limitation de la pension de survie

3.1. Cas de mariages successifs

Dans le cas de mariages successifs le conjoint survivant ne peut, dans le régime des travailleurs salariés, bénéficier que d'une seule pension, à savoir la plus favorable.

3.2. Cumul de pensions de survie et de pensions de retraite

Le cumul de la pension de survie "travailleur salarié" avec une pension de retraite du même ou d'un autre régime ou d'un avantage en tenant lieu n'est autorisé que jusqu'à 110% du montant de la pension de survie. Si la pension de survie est calculée sur base d'une carrière incomplète, le montant de cette pension est remplacé par l'équivalent pour une carrière complète. Le cas échéant, le cumul autorisé est l'objet d'autres modalités de calcul non détaillées ici.

C. Pensions de survie temporaire

1. Octroi temporaire d'une pension de survie

Le conjoint survivant qui, au moment du décès de son conjoint, ne remplit pas les conditions d'âge ou de durée du mariage, peut obtenir une pension de survie temporaire pendant une période de 12 mois.

Cette période prend cours le premier jour du mois du décès si le conjoint n'était pas pensionné et le premier jour du mois suivant s'il bénéficiait d'une pension de retraite. A l'exception des cas où le droit à la pension de survie doit être examiné d'office, le conjoint survivant doit introduire sa demande dans un délai de 12 mois à partir du jour du décès de son conjoint.

2. Maintien temporaire de la pension de survie en cas de suspension de droit

Le conjoint survivant qui bénéficie d'une pension de survie au moment où il se remarie ou qui étant âgé de moins de 45 ans ne justifie plus, avant cet âge, des conditions qui ont permis l'octroi d'une pension de survie, maintient toutefois son droit à cette pension dans les cas suivants et sous les conditions décrites ci-dessous.

2.1. Le conjoint survivant a bénéficié d'une pension de survie pendant moins de dix mois

Le conjoint survivant qui a bénéficié effectivement et sans interruption d'une pension de survie depuis le décès de son conjoint mais pendant moins de dix mois, peut continuer à prétendre à la pension de survie pendant un nombre de mois égal à la différence entre 12 et le nombre de mois pour lesquels il a bénéficié d'une pension de survie au moment où l'événement précité s'est produit.

2.2. Le conjoint survivant a bénéficié d'une pension de survie pendant au moins dix mois

Lorsqu'un des événements précités se produit (le conjoint survivant se remarie ou étant âgé de moins de 45 ans, il ne justifie plus des conditions d'octroi), le conjoint survivant qui bénéficie effectivement et depuis au moins 10 mois sans interruption d'une pension de survie, peut continuer à prétendre à la pension de survie pour une période de 12 mois à compter du mois suivant celui au cours duquel l'événement précité s'est produit. La période de 10 mois ininterrompus ne peut comporter des mois pendant lesquels la pension de survie a été accordée ou maintenue temporairement.

2.3. Pension de survie "continuée"

Le conjoint survivant qui n'a pas atteint l'âge de 45 ans et qui ne remplit plus les conditions pour obtenir la pension de survie avant cet âge, a droit à une pension de survie dite continuée. Cette pension ne peut prendre cours qu'après l'expiration du délai pendant lequel l'intéressé a droit à une pension de survie temporaire. Le montant de la pension est limité au montant minimum de la pension de survie multiplié par la fraction utilisée pour le calcul de la pension de survie.

Section 5. Conjoints divorcés ou séparés de corps ou de fait

Avant le vote de la loi du 15 mai 1984, seules les femmes pouvaient prétendre, en cas de divorce ou de séparation, à une pension qu'elles obtenaient à titre d'épouse séparée ou divorcée. Afin d'établir l'égalité des hommes et des femmes, ladite loi a généralisé ce droit.

A. Conjoints divorcés

1. Nature de la pension

Le conjoint divorcé non remarié d'un travailleur salarié ne peut pas obtenir une pension de survie. Par contre, le conjoint divorcé non remarié (homme ou femme) peut obtenir outre une pension en raison de ses propres prestations, une pension octroyée

à titre personnel en raison de l'activité professionnelle exercée par son ex-conjoint pendant leur mariage. La pension est accordée comme si l'activité avait été exercée par le demandeur lui-même.

Le droit à la pension comme conjoint divorcé est indépendant du fait que l'ex-conjoint soit encore en vie ou non et est sans influence sur les droits de l'ex-conjoint. Ainsi, la veuve d'un homme divorcé puis remarié peut bénéficier d'une pension de survie alors que l'ex-épouse continue à bénéficier d'une pension de divorcée.

2. Conditions

Pour avoir droit à une pension comme conjoint divorcé, le demandeur ne peut :

- être déclaré déchu de l'autorité parentale;
- avoir été condamné pour attentat à la vie de son conjoint;
- être remarié, sauf si le nouveau mariage a été dissous (par suite de décès ou de divorce).

Les autres conditions (âge, demande, résidence, cumul, etc.) sont identiques à celles de la pension de retraite.

3. Calcul de la pension

La pension comme conjoint divorcé est calculée de la même manière que la pension de retraite mais :

- seules les prestations effectuées par l'ex-conjoint pendant le mariage peuvent ouvrir le droit à une pension;
- lors du calcul de la pension de retraite précitée, il est tenu compte d'une rémunération dont le montant annuel équivaut à 62,5% de la rémunération annuelle correspondante qui devrait être prise en considération pour le calcul de la pension de l'ex-conjoint s'il devait faire valoir ses droits à la pension au même moment. Cette rémunération est néanmoins diminuée de la rémunération de l'année correspondante pour laquelle l'intéressé peut prétendre à une pension comme travailleur salarié en raison de prestations personnelles;
- les années pour lesquelles le conjoint divorcé peut obtenir une pension à titre personnel en vertu d'un autre régime belge ou étranger ne sont pas prises en considération, sauf s'il renonce au bénéfice de cette pension.

B. Conjoints séparés de corps ou de fait (1)

1. Notion de séparation

La séparation, telle qu'entendue dans le régime de pensions pour travailleurs salariés, se présente :

- lorsqu'il apparaît que les conjoints ont des résidences principales distinctes. Cette situation peut être constatée par les inscriptions au registre de la population;

(1) Chapitre XII de l'A.R. du 21.12.1967.

- lorsqu'un des conjoints est détenu en prison, interné dans un établissement de défense sociale, un dépôt de mendicité ou placé dans un établissement d'aliénés;
- lorsqu'il existe un jugement prononçant la séparation de corps.

2. Droits respectifs des conjoints à la pension de retraite

L'époux ou l'épouse peut obtenir une part de la pension qui aurait pu être accordée à l'autre conjoint s'il n'y avait pas eu séparation lorsque :

- il n'a ni été déclaré déchu de l'autorité parentale, ni été condamné pour attentat à la vie de son conjoint;
- il remplit les conditions de résidence, d'activité autorisée et les conditions en matière de cumul d'autres indemnités sociales pour bénéficier de la pension;
- il ne bénéficie pas d'une pension de retraite ou de survie belge ou étrangère ou d'un avantage en tenant lieu, d'un montant égal ou excédant la moitié de la pension au taux ménage qui aurait pu être accordée à l'autre conjoint en l'absence de séparation.

3. Les principales éventualités qui ouvrent des droits

Les règles détaillées ci-dessous ont généralement pour objet de permettre au conjoint séparé d'obtenir un montant total de pension (pension personnelle et pension de conjoint séparé) égal à la moitié du montant de la pension - calculée au taux ménage - de l'autre conjoint.

Il est à remarquer que la moitié de la pension du conjoint accordée au taux ménage (conjoint séparé) correspond à 62,5% de la pension de l'ex-conjoint accordée au taux isolé (conjoint divorcé). En effet : 50% de 75% (séparé) = 37,5% = 62,5% de 60% (divorcé).

- Le conjoint demandeur d'une part de la pension accordée à l'autre conjoint ne bénéficie pas d'une pension lui-même ou bénéficie d'une pension de travailleur salarié ou de travailleur indépendant dont le paiement est suspendu afin de permettre à l'autre conjoint de prétendre à une pension au taux ménage. Dans ce cas, les deux conjoints reçoivent chacun la moitié de la pension.
- Le conjoint demandeur d'une part de la pension bénéficie d'une ou plusieurs pensions ou prestations en tenant lieu accordées en vertu d'autres régimes que les régimes belges pour les ouvriers, employés, mineurs, marins et travailleurs salariés. L'autre conjoint bénéficie d'une pension au taux ménage diminuée du montant des pensions ou prestations accordées au demandeur. Le demandeur obtient la moitié de la pension au taux ménage sous déduction de ses pensions personnelles. Le conjoint du demandeur obtient l'autre moitié.
- Chacun des conjoints bénéficie d'une pension à titre personnel et la somme des avantages octroyés excède la pension au taux ménage qui aurait pu être accordée à chacun des deux. Le conjoint dont la pension est inférieure à la moitié de la pension au taux ménage qui pourrait être accordée à l'autre conjoint, peut alors obtenir une part de la pension octroyée à ce dernier en qualité d'isolé, afin de compléter sa propre pension en principe jusqu'à la moitié du taux ménage.

4. Modalités d'octroi

La personne séparée qui souhaite obtenir une part de la pension accordée à son conjoint doit introduire une demande auprès de l'administration communale de sa résidence principale. Lorsqu'un des conjoints néglige de faire valoir ses droits à une pension de retraite, quoiqu'ayant atteint l'âge de 65 ans et ayant cessé toutes activités professionnelles (sauf celles autorisées), l'autre conjoint peut, en ses lieu et place, introduire une demande de pension afin de bénéficier d'une part de la pension de retraite "théorique".

Cette demande produit ses effets à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel elle est introduite. Dans certains cas, le droit est examiné d'office.

5. Droit à la pension de survie

Le conjoint survivant séparé peut obtenir, en raison d'une activité exercée par l'autre conjoint, une pension de survie de la même manière que le veuf ou la veuve non séparé(e).

Une demande doit toutefois être introduite, sauf si le conjoint survivant a déjà obtenu une part de la pension du défunt.

Section 6. Droit minimum par année de carrière

Pour les pensions de retraite prenant cours à partir de juillet 1997 (1), lorsque les rémunérations prises en compte pour le calcul de la pension sont inférieures à 14.520,06 EUR, ces rémunérations sont remplacées par une rémunération minimale garantie annuelle de ce montant.

Ce droit est ouvert aux conditions suivantes :

- il faut prouver une carrière de 15 années au moins dans le régime des travailleurs salariés;
- seules les années durant lesquelles l'occupation était au moins égale au tiers d'un temps plein sont prises en considération et ceci au prorata de la durée du travail. Une année à mi-temps donnera donc droit à un minimum de 7.260,03 EUR;
- le montant total de la pension pour une carrière complète ne peut excéder 11.959,67 EUR par an pour un isolé et 14.949,59 EUR par an pour un ménage.

Section 7. Pension minimale

Les lois des 8 août 1980 et 10 février 1981 avaient fixé un minimum garanti pour les pensions acquises en raison d'une carrière équivalente à, au moins, les deux tiers d'une carrière complète dans le régime des travailleurs salariés. Ces dispositions continuent à s'appliquer aux pensions de survie. Elles s'appliquent aussi aux pensions de retraite lorsqu'elles sont plus avantageuses que les nouvelles dispositions relatives au droit minimum par année de carrière.

La pension pour une carrière complète ne peut être inférieure à 12.735,93 EUR par an au taux ménage, 10.191,95 EUR par an au taux isolé et à 10.031,70 EUR par an pour une pension de survie.

(1) Article 8 de l'A.R.du 23.12.1996.

La carrière est complète lorsque la fraction qui exprime sa valeur est égale à l'unité, mais il n'est pas tenu compte :

- de périodes de non-assujettissement valorisées par une cotisation libre;
- de périodes accordées en raison d'une activité exercée par le conjoint divorcé;
- des années civiles postérieures à 1954, pour lesquelles une occupation complète en qualité de travailleur salarié n'est pas prouvée. Est considérée comme une occupation complète en qualité de travailleur salarié toute occupation pour laquelle une rémunération est payée pour une activité à temps plein en qualité de travailleur salarié. En outre, est considérée comme occupation complète toute occupation en qualité de travailleur salarié qui comprend par année civile 285 jours d'au moins 6 heures par jour ou 1.710 heures.

Lorsque la carrière n'est pas complète, mais au moins égale à deux tiers, une pension minimale est également garantie. Le montant de cette pension est calculé sur base des mêmes montants précités, mais est réduit, dans la même mesure que la carrière.

Si la carrière professionnelle comme travailleur salarié du conjoint décédé est complète, la pension de survie ne peut être inférieure au minimum garanti de 9.834,53 EUR par an.

Une pension de survie minimale est également garantie, lorsque la carrière n'est pas complète, mais est au moins égale à deux tiers. Dans ce cas, le minimum garanti est proportionnel à la durée de la carrière.

Section 8. Autres prestations

A. Pécule de vacances et pécule complémentaire

Un pécule de vacances et un pécule complémentaire sont accordés annuellement aux bénéficiaires effectifs d'une pension de retraite ou de survie pour le mois de mai de l'année courante.

Les pécules de vacances ne sont cependant pas octroyés l'année de prise de cours de la pension et ne sont octroyés, au cours de l'année suivante, qu'au prorata du nombre de mois de pension obtenus au cours de l'année de prise de cours de la pension.

Cette restriction s'explique par le fait que beaucoup des pensionnés concernés bénéficient déjà d'un pécule de vacances de travailleur salarié durant les périodes visées. La restriction ne s'applique pas lorsque le pensionné (ou le conjoint décédé pour les pensions de survie) était invalide, prépensionné ou chômeur durant l'année précédant celle de la prise de cours de la pension.

Le pécule complémentaire et le pécule de vacances qui ont été payés en mai 2004 s'élèvent ensemble à maximum 631,33 EUR ou à 505,06 EUR, selon qu'il s'agit d'une pension au taux ménage ou d'une pension au taux isolé. Ces montants varient conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 (1).

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

Le montant global du pécule de vacances et du pécule complémentaire n'est pas pris en considération lors de l'application des règles de cumul relatives aux prestations sociales. De même, il n'entre pas en ligne de compte dans le calcul des ressources préalable à l'octroi de certaines prestations.

(1) Article 22 de l'A.R. n° 50 et chapitre VIII de l'A.R. du 21.12.1967. Les montants sont augmentés de 5% pour les bénéficiaires d'une pension de retraite ou de survie qui a pris cours avant 1968.

B. Allocation de chauffage

Une allocation de chauffage est accordée pour chaque année d'occupation habituelle et en ordre principal dans les mines de houille et pour 30 années au maximum, au bénéficiaire d'une pension de retraite qui a été occupé habituellement et en ordre principal pendant 20 ans au moins dans les mines de houille et, sous certaines conditions, au conjoint survivant d'un ouvrier mineur. Le montant maximal de l'allocation s'élève à 662,88 EUR (1).

Section 9. Pension des travailleurs salariés ayant été occupés à l'étranger

Au 1er janvier 1998, le règlement 1408/71 s'applique dans l'ensemble de l'Espace Economique Européen (EEE), c'est-à-dire les 15 Etats de l'Union européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.

Le règlement 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes et les conventions bilatérales conclues avec l'Algérie, l'Autriche, le Canada, les Etats-Unis d'Amérique, Israël, le Maroc, la Pologne, Saint-Marin, la Suisse, la Tunisie, la Turquie et la Yougoslavie (2) règlent généralement pour les ressortissants et/ou pour les travailleurs des Etats concernés les situations naissant entre autres de l'occupation salariée dans un ou plusieurs pays autres que ceux dont ils sont ressortissants.

La personne ayant été occupée dans un pays limitrophe de la Belgique en qualité de travailleur salarié ou ayant été occupée dans un pays étranger durant des périodes inférieures à un an chacune pour y effectuer un travail salarié ou assimilé à caractère saisonnier peut, sous certaines conditions, entre autres de résidence, obtenir une pension de retraite égale à la différence entre le montant de la pension de retraite qu'elle aurait obtenu en travaillant en Belgique et le montant de pension obtenu selon la législation du pays d'occupation. La pension garantie est établie sur base d'une rémunération forfaitaire.

A partir du 1er janvier 1999, les travailleurs frontaliers qui résident en Belgique et qui bénéficient d'indemnités pour incapacité de travail de longue durée à charge de la législation néerlandaise ne se constituent plus des droits à pension aux Pays-Bas et ils ne se constituent pas non plus des droits à pension en Belgique. En vue d'apporter une solution à ce problème, l'A.R. du 2 décembre 1998 tend à leur garantir une pension dans le régime des travailleurs salariés moyennant le paiement de cotisations volontaires (cotisations patronales et personnelles). C'est ainsi que pour les travailleurs frontaliers qui ont travaillé dans un pays limitrophe, tout en ayant conservé leur résidence principale en Belgique, ainsi que pour les travailleurs saisonniers et qui bénéficient d'une prestation d'invalidité en vertu de la législation du pays d'occupation, cet arrêté permet de prendre en considération les périodes non assurées pour le calcul de la pension. Car dans le cas des Pays-Bas, même si la législation de ce pays prévoit une assurance libre, celle-ci est très coûteuse et n'est pas fiscalement déductible en Belgique. L'arrêté exclut cependant les périodes pendant lesquelles le travailleur frontalier ou le travailleur saisonnier a été assujetti à un régime

(1) Chapitre IX de l'A.R. du 21.12.1967. Cette allocation se calcule sur base d'un montant de 22,09 EUR par année d'occupation.
(2) D'application au 1er janvier 1997 pour la majeure partie du territoire de l'ex-Yougoslavie.

de pension belge ou étranger ainsi que les périodes assimilables à des périodes d'occupation effective dans le régime de pension des travailleurs salariés. La demande de paiement de la cotisation doit être introduite dans un délai de trois ans à compter de la date de la décision qui octroie la prestation d'invalidité. Toutefois, ce délai ne peut pas commencer à courir avant le 1er janvier 1999.

Les pensions de certains travailleurs ayant été occupés au Congo, au Rwanda ou au Burundi avant l'indépendance de ces Etats sont garanties par la loi du 16 juin 1960 et payées par l'Office de Sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM).

Il est également possible, selon les conditions et modalités prévues par la loi du 17 juillet 1963, à des personnes travaillant dans un pays situé hors de l'Union européenne de cotiser à un régime de pensions payées par L'OSSOM. En pratique cette réglementation permet entre autres à des personnes travaillant actuellement au Congo, au Rwanda ou au Burundi de se constituer des droits à une rente de retraite ou de survie.

Section 10. Revalorisation des pensions

A. Liaison à l'augmentation du coût de la vie

Le montant initial de la prestation de pension octroyée est lié à l'indice des prix à la consommation en vigueur à la date de prise de cours de la pension. Il suit l'évolution de cet indice selon les règles exposées dans la partie générale de cet aperçu.

B. Liaison à l'évolution du bien-être général (1)

A plusieurs reprises les pensions ont été adaptées à l'évolution du bien-être général; ces adaptations ne sont pas automatiques.

Section 11. Répétition de l'indu

Le délai de prescription ordinaire de l'action en répétition des sommes payées indûment est fixé à 6 mois, à compter du moment où le paiement a été effectué.

Un délai de 5 ans a toutefois été introduit au cas où l'indu trouverait son origine dans des manœuvres frauduleuses, des déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

Section 12. Financement

Depuis 1995, la majeure partie des moyens financiers de la sécurité sociale fait l'objet d'une gestion financière globale (voir la partie "Introduction générale" de cet aperçu). Cependant, certaines recettes particulières continuent à être affectées au pai-

(1) Voir aussi supra section 3 (Pensions de retraite), B, 5 (Réévaluation des rémunérations).

ement des pensions de travailleurs salariés. Il en va ainsi, par exemple, d'une partie de la retenue de 0,5 à 2% effectuée sur les pensions et avantages équivalents (1) et d'une partie des retenues effectuées sur les prépensions conventionnelles.

Section 13. Organisation administrative

A. Introduction d'une demande : quand et où ?

Toute personne qui désire bénéficier de la pension de retraite ou de survie est tenue d'en introduire une demande.

1. Les droits à la pension de retraite sont cependant examinés d'office (sans demande) :

- en faveur de toute personne qui a sa résidence principale en Belgique et atteint l'âge légal de la pension, au plus tôt au 1er décembre 2003, à condition qu'elle ait été assujettie au régime de pension des travailleurs salariés;
- en faveur du travailleur qui atteint l'âge légal de la pension et perd le droit aux prestations de chômage ou de maladie et d'invalidité (d'application aux personnes qui ont atteint l'âge légal de la pension au plus tôt en décembre 2002);
- si l'ouvrier mineur atteint l'âge de 60 ans et bénéficie d'une pension d'invalidité accordée conformément à la législation en matière de pension d'invalidité des ouvriers mineurs. Toutefois, l'intéressé peut renoncer jusqu'à l'âge de 65 ans au bénéfice de la pension de retraite accordée lorsque le montant de celle-ci est inférieur au montant de la pension d'invalidité.

2. Les droits à la pension de survie sont examinés d'office :

- si le conjoint décédé bénéficiait à son décès effectivement d'une pension de retraite comme travailleur salarié, si auparavant il avait bénéficié effectivement de pareille pension ou s'il avait renoncé au paiement de la pension afin de permettre à l'autre conjoint d'obtenir une pension au taux ménage;
- si, au moment du décès du conjoint, aucune décision définitive n'avait encore été notifiée concernant le droit à la pension de retraite suite à l'introduction d'une demande ou suite à l'examen d'office;
- si une activité professionnelle, relevant du régime de pension des travailleurs salariés dans le chef du conjoint décédé, est constatée lors de l'examen d'office des droits à la pension de retraite de travailleur salarié (voir point 1. ci-dessus).

3. Polyvalence des demandes

Par ailleurs, l'A.R. n° 50 a confirmé le principe de la polyvalence des demandes entre le régime des pensions des travailleurs salariés et celui des travailleurs indépendants d'une part, et entre le régime des pensions de retraite et celui des pensions de survie d'autre part.

(1) Voir infra, section 13, D (Paiement de la pension et retenues).

Le principe de la polyvalence comporte en substance que :

- lorsque dans la demande valablement introduite en vue d'obtenir une pension de retraite ou une pension de survie du régime de pensions des travailleurs salariés, le demandeur fait état de périodes d'occupation conformément au régime des pensions des travailleurs indépendants ou inversement cette demande vaut également dans l'autre régime; il en va de même lorsque l'occupation dans l'autre régime est déterminée lors de l'examen de la demande, de l'examen d'office ou du recours;
- la demande de pension de survie vaut, le cas échéant, également demande de pension de retraite si le conjoint survivant a atteint l'âge de la retraite lors de l'introduction de la demande. D'autre part, la demande de pension de retraite introduite par le conjoint survivant vaut, le cas échéant, également comme demande de pension de survie.

Lorsque le demandeur réside en Belgique, il doit introduire la demande auprès du bourgmestre de la commune dans laquelle il a sa résidence ou directement auprès de l'Office national des pensions. La personne qui est chargée de la réception des demandes doit remettre au demandeur ou à son mandataire un reçu mentionnant la date à laquelle l'intéressé s'est présenté la première fois pour introduire la demande. Cette date peut s'avérer très importante dans le cas d'une contestation ultérieure.

Lorsque le demandeur ne réside pas en Belgique mais :

- dans un pays qui a conclu un traité ou une convention en matière de sécurité sociale avec la Belgique, il doit introduire la demande auprès de l'organisme assureur ou du service de pensions local, dont il peut obtenir l'adresse auprès de l'administration communale de sa résidence;
- dans un autre pays, il doit adresser la demande par une lettre recommandée à l'Office national des pensions et fournir le maximum de renseignements concernant son passé professionnel et sa situation actuelle.

La demande de pension de retraite peut être présentée au plus tôt le premier jour du mois précédant d'une année la date de prise de cours choisie par le demandeur. La pension prenant cours au plus tôt le mois suivant celui du 60ème anniversaire, la demande ne peut donc être présentée avant le 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel l'intéressé atteint l'âge de 59 ans.

La demande introduite avant le délai est cependant recevable si l'Office national des pensions ne notifie pas son irrecevabilité avant la prise de cours dudit délai.

Les personnes âgées de 55 ans au moins peuvent demander un calcul provisoire de leur pension. Le formulaire pour cette demande s'obtient entre autres à l'Office national des pensions et à l'administration communale. Il doit être envoyé à un service appelé service Info Pensions.

Cette demande d'information ne vaut pas demande de pension.

B. Date de prise de cours de la pension

La pension de retraite prend cours le premier jour du mois suivant celui au cours duquel l'intéressé en a fait la demande et au plus tôt le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il a atteint l'âge de 60 ans.

Une pension de survie ne peut évidemment pas être demandée au préalable. Le conjoint dispose de 12 mois pour introduire la demande, avec maintien de ses droits. Dans ce cas, la pension prend cours le mois du décès si le défunt n'était pas bénéficiaire d'une pension et le mois suivant le décès si le défunt bénéficiait d'une pension. Dans les autres cas, la pension prend cours au plus tôt le premier jour du mois suivant celui de la demande.

C. Attribution

L'Office national des pensions (ONP), établissement doté de la personnalité civile, institué auprès du Service public fédéral Sécurité sociale est compétent pour l'attribution et le paiement des pensions de salariés.

Partant de la demande introduite, l'O.N.P. constitue un dossier de base qui est ensuite confié au bureau régional chargé de compléter l'instruction.

Lorsque le dossier est complet, le bureau régional statue et expédie une notification détaillée de la décision à l'intéressé. En même temps, ce bureau transmet un ordre de paiement à son administration centrale.

Avant que l'O.N.P. ne paie la pension, il fait parvenir au demandeur de pension un document 74, "Déclaration relative à l'occupation professionnelle du pensionné" qui doit être rempli correctement par l'intéressé.

La décision de cet Office peut faire l'objet d'un recours auprès du tribunal du travail dont le jugement peut à son tour être contesté devant la Cour du travail.

D. Paiement de la pension et retenues

Les pensions de retraite et de survie sont acquises par douzièmes et sont payées par mois. Au paiement de la mensualité à titre de pension de retraite et de survie, sont liées les autres prestations correspondantes (allocation de chauffage, rente, pécule de vacances avec allocation complémentaire). Les paiements sont en principe effectués par virement sur un compte à vue personnel ouvert auprès d'une banque ou de la Poste. S'il s'agit d'une pension de ménage le paiement ne peut se faire que sur un compte à vue ouvert au nom des deux conjoints. Néanmoins, sur demande du bénéficiaire, le paiement peut être effectué au moyen d'assignations postales, établies par l'O.N.P., dont le montant est payable personnellement au domicile du bénéficiaire. Lors du paiement d'une pension au taux ménage, l'assignation est libellée au nom des deux conjoints s'ils ont la même résidence principale.

En cas de décès du bénéficiaire d'une prestation à charge du régime de pension des travailleurs salariés*, les arrérages échus et non payés, y compris la prestation du mois du décès* - pour autant que le bénéficiaire n'était pas décédé à la date d'émission de l'assignation postale ou, en cas de paiement sur un compte personnel, à la date de l'exécution du paiement auprès du système national de compensation - seront versés au conjoint avec lequel le bénéficiaire vivait au moment du décès. A défaut de ce conjoint, ils seront versés aux autres bénéficiaires désignés (dans l'ordre, les enfants avec lesquels le bénéficiaire vivait au moment du décès, toute personne avec qui il vivait au moment de son décès, la personne qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation, la personne qui a acquitté les frais des funérailles).

Les pensions d'un montant annuel inférieur à 95,31 EUR ne sont pas du tout payées.

Des retenues de sécurité sociale sont en principe effectuées sur l'ensemble des pensions de retraite et de survie (pensions de salariés, d'indépendants et de fonctionnaires, pensions extra-légales, ...).

Une retenue de 3,55%, destinée au financement de l'assurance maladie-invalidité, est effectuée sur les pensions de retraite et de survie (1). Cette retenue ne peut cependant avoir pour effet de réduire le montant total mensuel des pensions allouées à un montant inférieur à 1.321,18 EUR pour les bénéficiaires ayant charge de famille et à 1.114,78 EUR pour les autres bénéficiaires.

Depuis 1995, une seconde retenue est également effectuée sur le montant des pensions (2). Cette retenue ne s'effectue cependant que sur les pensions dont le montant dépasse 1.481,31 EUR pour les bénéficiaires ayant charge de famille ou 1.185,05 EUR pour les autres bénéficiaires.

La retenue varie, de manière progressive, de 0,5 à 2% selon le montant total des pensions. Les pensions dont le montant dépasse 2.394,74 EUR (bénéficiaires ayant charge de famille) ou 2.095,40 EUR (bénéficiaires sans charge de famille) font l'objet d'une retenue de 2%.

Lorsque la pension a été payée sous forme de capital, celui-ci est converti en rente fictive afin de pouvoir appliquer la retenue.

Enfin, un précompte professionnel spécifique est retenu sur les pensions dépassant certains montants.

(1) Article 191, 7°, de la loi relative à l'assurance obligatoire coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 27.08.1994, Erratum 13.12.1994).
(2) Article 68 de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (M.B. 31.03.94). A.R. du 28 octobre 1994 (M.B. 29.12.94). A.R. du 16 décembre 1996 (M.B. 24.12.96).

III. Pensions de retraite et de survie des travailleurs indépendants

Section 1. Bénéficiaires

Les bénéficiaires sont les personnes assujetties à l'A.R. n°38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants ainsi que de leur conjoint survivant.

Section 2. Prestations

Le régime tel qu'organisé depuis la loi du 15 mai 1984 (1) prévoit :

- une pension de retraite;
- une pension de survie en faveur du conjoint survivant, sous certaines conditions, y compris une pension temporaire de survie ainsi qu'une pension de survie continuée lorsque les conditions requises pour la pension de survie ne sont pas réunies;
- une pension de conjoint divorcé;
- une allocation spéciale.

L'A.R. du 30 janvier 1997 (2) y ajoute un supplément de pension pour les bénéficiaires d'une pension de retraite qui ont élevé au moins un enfant.

Les cotisations de pension payées par les travailleurs indépendants avant 1984 don-nent droit à une pension inconditionnelle de retraite ou de veuve au profit de ceux qui ne peuvent prétendre à une pension de retraite, de survie ou de conjoint divorcé. A noter qu'il existe aussi certains droits en faveur du conjoint séparé, mais il ne s'agit pas, à ce niveau, d'un droit propre comme c'est le cas pour le conjoint survivant ou divorcé, mais plutôt d'un droit dérivé de la pension du conjoint, sur le montant de laquelle elle est imputée. La présente matière est principalement régie par l'A.R. n° 72 du 10 novembre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B.14 novembre 1967) et par son A.R. d'exécution du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants (M.B. 10 janvier 1968). Il faut y ajouter l'A.R. du 30 janvier 1997 relatif au régime de pension des travailleurs indépendants (...) (M.B. du 6 mars 1997).

(1) Loi 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, M.B. 22 mai 1984.
(2) A.R. du 30 janvier 1997 relatif au régime de pension des travailleurs indépendants, M.B. du 6 mars 1997.

Section 3. La pension de retraite

A. La prise de cours

Depuis le 1er janvier 1997, l'âge normal de la pension est fixé à 65 ans pour les hommes et les femmes (1). Cependant une période transitoire est prévue en faveur des femmes jusqu'au 1er décembre 2008. C 'est ainsi que l'âge de la pension est fixé pour elles, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois :

- du 1er juillet 1997 au 1er décembre 1999, à 61 ans;
- du 1er janvier 2000 au 1er décembre 2002, à 62 ans;
- du 1er janvier 2003 au 1er décembre 2005, à 63 ans;
- du 1er janvier 2006 au 1er décembre 2008, à 64 ans.

Toutefois, les travailleurs indépendants peuvent obtenir une pension anticipée dès l'âge de 60 ans pour autant qu'ils réunissent les conditions de carrière, soit, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois :

- du 1er juillet 1997 au 1er décembre 1997, 20 ans;
- du 1er janvier 1998 au 1er décembre 1998, 22 ans;
- du 1er janvier 1999 au 1er décembre 1999, 24 ans;
- du 1er janvier 2000 au 1er décembre 2000, 26 ans;
- du 1er janvier 2001 au 1er décembre 2001, 28 ans;
- du 1er janvier 2002 au 1er décembre 2002, 30 ans;
- du 1er janvier 2003 au 1er décembre 2003, 32 ans;
- du 1er janvier 2004 au 1er décembre 2004, 34 ans;
- à partir du 1er janvier 2005, 35 ans.

L'octroi anticipé de la pension aboutit à une réduction du montant de la pension de 5 % par année d'anticipation, sauf pour certaines catégories de personnes bénéficiaires notamment d'un statut de reconnaissance nationale, d'un régime particulier en faveur des bateliers ou des hommes préretraités en tant que travailleur salarié (2), mais aussi lorsque la pension prend cours au plus tôt le 1er janvier 2003, et que le travailleur indépendant prouve une carrière professionnelle complète. Depuis 1986 (3), il n'est plus possible d'anticiper la date de la prise de cours de la pension avant l'âge de 60 ans.

Les indépendants atteignant l'âge normal de la pension ne sont pas tenus de demander leur pension. Dans le cas de poursuite de l'activité, les années prestées après l'âge normal de la pension peuvent, sous certaines conditions (voir ci-après), entrer en ligne de compte pour le calcul de la pension.

B. Le calcul de la pension **(4)**

La pension allouable répond, depuis mai 1984, à deux éléments : d'une part, la carrière et, d'autre part, les revenus professionnels.

---

(1) A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 3.
(2) A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 3, 2 bis et A.R. du 22 décembre 1967, op. cit., art. 2.
(3) A.R. n° 416 du 16 juillet 1986, M.B. 30 juillet 1986, art. 1er.
(4) A.R. n° 72 du 30 janvier 1997, op. cit., art. 4 et 5.

1. La carrière professionnelle

1.1. Les années d'activité avant l'année du vingtième anniversaire

Ces années ne peuvent être prises en considération que si elles ont donné lieu au paiement d'une cotisation ou si elles sont assimilées. En pratique, cette possibilité n'existe qu'à partir du 1er juillet 1963.

1.2. L'activité exercée entre l'âge de 20 ans et l'âge normal de la pension

a) Période antérieure à 1957 (1)

Elle ne peut être prise en compte que si l'intéressé justifie d'une occupation habituelle et en ordre principal (une partie étant éventuellement prestée dans le régime salarié) s'étendant sur au moins 185 jours par an. L'activité peut être prouvée par des écrits ou documents établis pendant la période à justifier. La preuve testimoniale est autorisée pour compléter ces écrits ou lorsque ceux-ci ont été perdus à la suite d'un accident ou d'un cas de force majeure.

b) Années postérieures au 31 décembre 1956 (2)

Elles sont prouvées par le paiement des cotisations dues en vertu des lois qui régissent le régime de pension des indépendants et, à partir du 1er janvier 1968, en vertu de l'A.R. n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants. L'activité n'est cependant pas retenue si elle est complémentaire, c'est-à-dire exercée en même temps qu'une activité relevant d'un autre secteur, et donne lieu au paiement d'une cotisation réduite.

1.3. L'activité exercée après l'âge normal de la pension

Cette activité exercée après le 1er juillet 1984, par les indépendants qui renoncent à leur pension pour poursuivre leur activité, donne lieu au paiement des mêmes cotisations qu'avant l'âge normal de la pension. Ces cotisations peuvent dès lors permettre, soit de compléter une pension partielle, soit de remplacer des années antérieures moins intéressantes. Cette possibilité n'est ouverte qu'à ceux qui atteignent l'âge de la retraite après le 1er janvier 1984; quant aux autres, ils ne peuvent y recourir que s'ils renoncent au système antérieur qui permettait le paiement de cotisations réduites n'ouvrant aucun droit à la pension.

1.4. Certaines périodes d'inactivité (3)

Certaines années d'inactivité sont susceptibles d'ouvrir le droit à la pension, telles que les périodes de service militaire, de maladie, d'études ou d'apprentissage, moyennant certaines conditions. L'assurance continuée permet également à l'ex-travailleur indé-

(1) A.R. n°72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 15, & ler, al. 1er, 1°.
(2) A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 15, & ler, al. 1er, 2 °et 3°.
(3) A.R. du 22 décembre 1967, op. cit., art. 29 à 44.

pendant qui a cessé son activité avant l'âge de la pension de conserver ses droits à la pension en poursuivant le paiement des cotisations pendant au maximum deux ans (jusqu'à sept ans lorsque la cessation a lieu dans les sept années qui précèdent l'âge normal de la pension).

1.5. Les présomptions et les années de carrière supplémentaires fictives

Certaines présomptions couvrant les périodes du 1er janvier 1938 au 31 décembre 1945 et, d'autre part, de l'année du vingtième anniversaire, s'il est situé après le 31 décembre 1937, au 31 décembre 1945, peuvent, comme par le passé, être appliquées.

Ainsi, lorsque la fraction représentative de la carrière est inférieure à l'unité, le numérateur en est majoré en y appliquant un coefficient dont le numérateur est 45 (40) et dont le dénominateur est le nombre d'années comprises entre le 1er janvier 1946 et le 31 décembre de l'année précédant celle au cours de laquelle l'âge normal de la retraite est atteint.

1.6. L'importance de la carrière **(1)**

L'importance de la carrière s'exprime par une fraction dont le dénominateur est 45. Une période transitoire est prévue en faveur des femmes. C'est ainsi que le dénominateur est de :

- 41, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois du 1er juillet 1997 au 1er décembre 1999;
- 42, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois du 1er janvier 2000 au 1er décembre 2002;
- 43, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois du 1er janvier 2003 au 1er décembre 2005;
- 44, lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois du 1er janvier 2006 au 1er décembre 2008.

Le numérateur exprime, quant à lui, le nombre d'années et de trimestres que comprend la carrière (un trimestre compte pour 0,25).

En vue du calcul de la pension de retraite, ce numérateur est scindé en quatre parties :

a) la première représente le nombre d'années et de trimestres situés après le 31 décembre 2002;

b) la deuxième représente le nombre d'années et de trimestres situés après le 31 décembre 1996 et avant le 1er janvier 2003;

c) la troisième représente le nombre d'années et de trimestres situés après le 31 décembre 1983 et avant le 1er janvier 1997;

d) le solde qui est présumé correspondre à la partie de la carrière antérieure à 1984.

Pour les quatre parties, chaque année retenue donne droit à une pension de retraite égale à l/45ème (et un quart de 45ème par trimestre) du revenu professionnel, multiplié par 75 % ou 60 %, selon qu'il s'agit d'une pension de ménage ou d'une pension d'isolé.

Par ailleurs, pour la première partie le revenu professionnel se voit appliquer deux coefficients fixés par la loi : 0,663250 pour la partie des revenus professionnels qui ne dépasse pas 31.820,77 EUR; (1) 0,541491 pour la partie des revenus professionnels supérieure à 31.820,77 EUR.

(1) A.R. du 30 janvier 1997. op. cit., art. 6.

Pour la deuxième partie, le revenu professionnel se voit appliquer deux coefficients fixés par la loi : 0,567851 pour la partie des revenus professionnels qui ne dépasse pas 35.341,68 EUR (1), et 0,463605 pour la partie des revenus professionnels supérieure à 35.341,68 EUR (2).

Pour la troisième partie, le revenu professionnel est multiplié par un coefficient qui a été fixé annuellement et qui reflétait le rapport entre le taux de cotisation destiné au régime de pension des travailleurs indépendants et le taux global de cotisation destiné au régime de pension des travailleurs salariés.

Le numérateur peut être majoré lorsqu'il est supérieur à 14,75 et inférieur à 30 et que le bénéficiaire a droit à une pension de retraite à charge du régime des travailleurs indépendants exclusivement qui prend cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er juillet 1997 et au plus tard le 1er décembre 2009.

Le numérateur est ainsi majoré de 0,75 lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois au plus tôt le 1er juillet 1997 et au plus tard le 1er décembre 1999. Le numérateur est majoré de 1,25 lorsque la pension de retraite prend cours effectivement et pour la première fois le 1er janvier 2000 et au plus tard le 19 décembre 2002.

Pour le calcul de la pension, la majoration est censée correspondre à des trimestres situés avant 1984.

1.7. Principe de l'unité de carrière (2)

Lorsque la carrière ne comprend que des périodes d'activité dans le seul régime des indépendants, la fraction représentative de la carrière ne peut dépasser l'unité (45/45èmes ou 43/43èmes). En cas de dépassement, la réduction portera sur les années qui donnent lieu à l'octroi de la pension la moins élevée.

Le même principe s'applique aux carrières "mixtes" :

a) cumul de pensions de retraite acquises dans le régime indépendant et dans le régime salarié. Dans ce cas, c'est le total des deux fractions qui ne peut dépasser l'unité; s'il y a dépassement, c'est la fraction correspondant au régime indépendant qui est réduite;

b) cumul de pensions de retraite acquises dans le régime indépendant et dans un régime autre que salarié, belge ou étranger. Le principe est le même que ci-dessus, mais il existe des dispositions d'assouplissement;

c) cumul de pensions de retraite acquises dans le régime indépendant et dans deux autres régimes. Les pensions du régime indépendant et du régime salarié ne peuvent, à elles seules, dépasser l'unité (sinon la fraction du régime indépendant est réduite) et, ensemble, elles doivent être confrontées à la fraction représentative du troisième régime, suivant les règles exprimées sous b) (assouplissements possibles).

2. Les revenus professionnels

La pension de retraite est, à partir du 1er janvier 1985, calculée en fonction des revenus professionnels. Les revenus à retenir à partir de 1984 sont ceux qui ont servi de base de calcul des cotisations, sans toutefois pouvoir dépasser le "plafond intermédiaire" (45.664,62 EUR au 1er janvier 2005). Ces revenus sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur à la date de prise de cours de la pension.

(1) Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation 103,14 (1996 = 100).
(2) A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 4 §4.

En cas de prise en considération de périodes d'inactivité, il est tenu compte d'un revenu fictif variable selon la nature de l'assimilation. Pour les années antérieures à 1984, les revenus sont fixés de manière forfaitaire. Indexé au 1er janvier 2002, le montant de ces revenus est égal à 8.462,07 EUR.

C. Pension minimale au 1er janvier 2005

1. Années antérieures à 1984

Lorsque la carrière en tant qu'indépendant est complète, la pension de retraite ne peut être inférieure à un certain minimum :

Montant annuel

- pension de retraite "ménage" (montant forfaitaire de base)	6.735,27 EUR
- pension de retraite "isolé" (montant forfaitaire de base)	5.388,24 EUR

2. Années à partir de 1984

Les pensions, prenant cours au plus tôt le 1er janvier 1985, sont exécutées en fonction des revenus professionnels à partir de 1984.

Carrière complète de travailleur indépendant
Montant annuel :

- pension de retraite "ménage"	10.680,64 EUR
- pension de retraite "isolé" ou pension de survie	8.039,07 EUR

Ces montants sont liquidés au prorata pour au moins 2/3 de carrière de travailleur indépendant et de travailleur salarié. En cas de cumul de pensions de retraite (travailleur salarié + travailleur indépendant) ou de pensions de survie (travailleur salarié + travailleur indépendant), la pension allouable ne peut excéder 10.680,64 EUR ("ménage") ou 8.039,97 EUR ("isolé").

D. Incidence des ressources

L'enquête sur les ressources ne subsiste plus que dans certains cas, notamment lorsque la carrière de travailleur indépendant se situe quasi dans sa totalité avant 1957 (cas de plus en plus rares !).

E. Les règles de cumul

1. Cumul d'une pension de retraite avec une activité professionnelle

La pension n'est, en principe, payable que pour autant que le bénéficiaire n'exerce aucune activité professionnelle dépassant certaines limites. Ainsi, sont autorisées moyennant déclaration préalable :

1.1. la création d'oeuvres scientifiques ou artistiques, pour autant que ce soit la seule activité, qu'elle n'ait plus de répercussion sur le marché du travail et que le pensionné n'ait pas la qualité de commerçant

1.2. l'activité professionnelle dont le revenu ne dépasse pas les limites suivantes :

a) en qualité de travailleur indépendant : 5.937,26 EUR nets par an (au 1er janvier 2004);

b) en qualité de travailleur salarié : 7.421,57 EUR bruts par an;

c) simultanément ou consécutivement en qualité de travailleur indépendant et salarié : 5.937,26 EUR nets par an (au 1er janvier 2004);

d) si ces limites sont dépassées de plus de 15 %, le paiement de la pension sera suspendu. Lors d'un dépassement inférieur à ces 15 %, la pension accordée sera simplement diminuée du pourcentage de dépassement de la limite. Par ailleurs, les plafonds sont augmentés respectivement à 11.132,37 EUR bruts (salariés) et à 8.905,89 EUR nets par an (indépendants) pour les pensionnés qui ont la charge d'au moins un enfant et qui n'ont pas atteint l'âge de la pension légale. Si cet âge est atteint, les plafonds sont portés à 17.267,48 EUR et 13.813,97 EUR.

1.3. l'exercice de toute autre activité, mandat, charge ou office, pour autant que les revenus bruts qui en découlent, quelle que soit leur dénomination, ne dépassent pas 7.421,57 EUR par année civile

L'activité exercée par le conjoint du travailleur qui produit des revenus dépassant les limites de l'activité autorisée a pour effet de ramener la pension de retraite allouée au taux isolé. Par dérogation à ce qui précède, l'intéressé qui bénéficie exclusivement d'une ou de plusieurs pensions de survie et qui n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut, moyennant déclaration préalable et sous certaines conditions, exercer une activité professionnelle pour autant que le revenu professionnel par année civile ne dépasse pas :

- 14.843,13 EUR s'il s'agit d'une activité salariée;
- 11.874,50 EUR s'il s'agit d'une activité indépendante ou simultanément indépendante et salariée;
- 14.843,13 EUR s'il s'agit de toute autre activité, mandat, charge ou office.

Ces montants sont portés respectivement à 18.553,93 EUR, 14.843,13 EUR et 18.553,93 EUR, s'il s'agit d'un(e) bénéficiaire ayant charge de famille. Lorsque les revenus de l'activité exercée par l'épouse ou l'époux du travailleur indépendant dépassent les montants de base de l'activité autorisée, la pension de retraite qui a été octroyée est ramenée au taux isolé.

2. Cumul d'une pension de retraite avec un revenu de remplacement

La pension n'est, en principe, payable que pour autant que le bénéficiaire ne perçoive pas d'indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire, ni de prépension, et qu'il n'exerce aucune activité professionnelle dépassant certaines limites.

Ainsi, la pension n'est pas payée pour chaque mois au cours duquel le pensionné perçoit une indemnité d'invalidité, de maladie, de chômage ou d'interruption de carrière. De plus, lorsque c'est le conjoint qui perçoit pareille indemnité, la pension est réduite au taux isolé. Enfin, si une allocation d'interruption de carrière est octroyée à l'épouse ou l'époux du (de la) pensionné(e), ceci constitue également un obstacle au paiement d'une pension "ménage" (art. 2 de l'A.R. n° 146, entré en vigueur le 2 août 1986).

Section 4. Les pensions de survie

A. Règles générales

Ces règles sont relatives à l'ouverture et à la perte du droit à la pension de survie (1).

1. Ouverture du droit

Le conjoint survivant, homme ou femme, peut obtenir une pension de survie du chef de l'activité de travailleur indépendant exercée par le conjoint décédé. A noter que le veuf ne peut en bénéficier que si le décès de l'épouse est survenu après le 31 décembre 1983.

1.1. Conditions d'octroi

Le mariage doit avoir duré un an minimum, à moins :

- qu'un enfant ne soit né de ce mariage;
- que le décès ne soit dû à un accident ou à une maladie professionnelle postérieurs au mariage;
- qu'au moment du décès un enfant était à charge pour lequel un des conjoints percevait des allocations familiales.

Le conjoint survivant doit être âgé d'au moins 45 ans sauf s'il a la charge d'un enfant ou s'il est atteint d'une incapacité de travail de 66 % au moins.

1.2. Prise de cours

La pension prend, en principe, cours le premier du mois qui suit celui au cours duquel la demande est introduite. Elle peut toutefois prendre cours le premier du mois au cours duquel le conjoint est décédé, pour autant que la demande en soit introduite dans les douze mois suivant le décès ou la naissance posthume d'un enfant.

Peut prétendre à une pension de survie temporaire le conjoint survivant :

- qui ne compte pas un an de mariage au moment du décès ou n'a pas 45 ans et ne peut invoquer une des exceptions prévues;
- qui, bénéficiant d'une pension de survie, vient à en perdre le droit parce qu'il se remarie ou parce qu'âgé de moins de 45 ans, il ne répond plus à la condition qui avait permis l'octroi avant cet âge.

2. Perte du droit

Le conjoint survivant qui se remarie perd son droit à une pension de survie et ce à partir du premier du mois qui suit celui du remariage. Il perd également son droit lorsque, âgé de moins de 45 ans, il cesse de satisfaire aux conditions précitées ci-avant.

3. Pension de survie "continuée"

Le conjoint survivant, âgé de moins de 45 ans, qui bénéficie de la pension de survie parce qu'il a un enfant à charge ou est handicapé à 66 % au moins, conserve son droit lorsqu'il ne satisfait plus à celle des deux conditions qui avait permis l'octroi avant 45 ans.

(1) A.R. n°72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 4.

Cette pension de survie continuée prend cours le premier du mois qui suit celui au cours duquel disparaît la condition d'octroi de la pension normale, et au plus tôt le 1er avril 1985. Lorsque le conjoint survivant peut prétendre à une pension de survie temporaire, la pension de survie continuée ne peut prendre cours avant l'expiration de la première.

L'octroi de la pension de survie continuée s'étend jusqu'au moment où le conjoint survivant atteint 45 ans ou réunit à nouveau les conditions d'octroi de la pension de survie ordinaire.

B. Mode de calcul de la pension de survie (1)

Lorsque le conjoint décédé bénéficiait d'une pension de retraite, la pension de survie correspond au montant "isolé" de la pension de retraite dont bénéficiait ou pouvait bénéficier le conjoint décédé, sans tenir compte d'une réduction pour anticipation.

Si le conjoint décédé ne bénéficiait pas d'une telle pension, la pension de survie de son conjoint survivant est égale à la pension de retraite théorique qui aurait pu être allouée au défunt, au titre d'isolé. Dans ce cas, toutefois, le dénominateur de la fraction représentative de la carrière est égal non à 43 ou 45, mais au nombre d'années comprises entre le 1er janvier de l'année du 20ème anniversaire du conjoint décédé et le 31 décembre de l'année précédant le décès, sans pouvoir dépasser 43 ou 45. D'autre part, la pension de survie ainsi calculée ne peut être supérieure au montant d'une pension de retraite théorique pour une carrière complète auquel est appliquée la fraction retenue pour le calcul de la pension de survie.

La pension "temporaire" de survie est égale à la pension de survie normale qui aurait été accordée si les conditions avaient été réunies.

La pension de survie "continuée" correspond à celle à laquelle elle succède, sans pouvoir excéder le montant minimum de la pension de survie pour une carrière complète, multiplié par la fraction représentative de la carrière réelle. A noter que le montant minimum de la pension de survie est le même que celui de la pension minimale de retraite (5.282,34 EUR au 1er janvier 2004; montant forfaitaire de base).

Section 5. La pension de conjoint divorcé (2) (3)

A. Conditions d'octroi

Le conjoint divorcé, homme ou femme, peut obtenir, en complément de sa propre pension éventuelle, une pension pour les années prestées par son ex-conjoint en tant qu'indépendant pendant les années de mariage.

Les conditions devant être réunies par le demandeur peuvent être résumées comme suit :

- être âgé de 65 ans (63 ans pour les femmes), mais il y a possibilité d'anticipation;
- être divorcé et n'avoir pas contracté un nouveau mariage;

(1) A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 17.
(2) A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 30.
(3) Le conjoint séparé de corps peut sous certaines conditions percevoir une partie de la pension de son ex-conjoint.

- ne pas être déchu de l'autorité parentale;
- ne pas avoir été condamné pour avoir attenté à la vie du conjoint;
- ne pas pouvoir prétendre à une pension de survie du chef d'un autre conjoint dans quelque régime que ce soit.

B. Calcul

La pension est établie en tenant compte des années de carrière de l'ex-conjoint durant la période de mariage, chaque année équivalant à l/45ème (l/43ème) de 62,5 % de la pension forfaitaire au titre d'isolé. La carrière retenue ne peut dépasser 1'unité diminuée des fractions suivantes :

- la carrière personnelle du demandeur dans le régime indépendant;
- la carrière ouvrant le droit à une pension de retraite, de survie ou de conjoint divorcé dans d'autres régimes.

C. Montant forfaitaire de base

Ce montant est égal à 3.367,65 EUR au 1er janvier 2005.

Section 6. L'allocation spéciale

Tenant compte, d'une part, du fait que la loi du 15 mai 1984 (1) est sans influence sur les pensions acquises antérieurement et, d'autre part, de l'écart entre les pensions du régime indépendant et le revenu garanti aux personnes âgées, la loi prévoit l'octroi d'une allocation spéciale, payée annuellement au mois de juillet. Son montant atteint la somme de 88,87 EUR ou 71,10 EUR, selon que la pension octroyée l'est au taux ménage ou au taux isolé, sans pouvoir dépasser 20 % de la pension octroyée au mois de juillet.

Les montants de 88,87 EUR et 71,10 EUR sont liés à l'indice-pivot qui détermine le montant de la pension pour le mois de juillet 1992. Ils sont, en ce qui concerne les années suivantes, adaptés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation comme le sont les pensions afférentes au mois de mai de l'année concernée.

Seuls les bénéficiaires effectifs d'une pension durant le mois de juillet peuvent y prétendre, à l'exclusion toutefois des bénéficiaires d'une pension inconditionnelle. Pour 1993, les montants et pourcentage précités sont réduits de moitié à l'égard des bénéficiaires d'une pension minimale.

A partir du 1er juillet 1994, l'allocation spéciale est supprimée pour :

- les bénéficiaires d'une pension minimale;
- les bénéficiaires d'une pension proportionnelle aux revenus professionnels supérieurs à la pension minimale;
- les bénéficiaires de plusieurs pensions dont le montant total est supérieur à la pension minimale.

(1) Pour cette matière, voyez particulièrement l'article 152 de cette loi.

Section 7. Le supplément de pension pour les personnes qui ont élevé un enfant (1)

Un supplément de pension d'un montant de 123,95 EUR est octroyé annuellement, dans le courant du mois de juillet, aux bénéficiaires d'une pension de retraite qui ont élevé au moins un enfant pour lequel ils ont perçu des allocations familiales et qui bénéficient effectivement pour le mois de juillet et depuis le 1er janvier de l'année en cause d'une pension de retraite de travailleur indépendant qui a pris cours pour la première fois au plus tôt le 1er juillet 1997 et au plus tard le 1er décembre 2008 et dont le montant a été fixé compte tenu d'une carrière de travailleur indépendant au moins égale aux deux tiers d'une carrière complète. Le montant de 123,95 EUR est lié à l'indice-pivot qui a déterminé le montant de la pension pour juillet 1998.

Section 8. La pension inconditionnelle

Cette pension ne concerne désormais plus que la période antérieure à 1984. Les cotisations de pension payées avant cette date permettent l'octroi d'une pension inconditionnelle de retraite ou de veuve à ceux qui ne peuvent prétendre à une pension de retraite, de survie ou de conjoint divorcé. La pension inconditionnelle de retraite prend cours à partir du 1er mois qui suit celui du 65ème ou 63ème anniversaire, selon les cas, et ne peut en aucun cas prendre cours anticipativement. Celle de veuve prend cours le 1er du mois qui suit celui au cours duquel la veuve a atteint l'âge de 63 ans.

Cette pension est subsidiaire et n'est payée que lorsque les prestations ordinaires ne peuvent être octroyées ou payées, voire lorsque leur montant est inférieur aux prestations conditionnelles.

Section 9. La pension libre complémentaire

L'A.R. n° l du 26 mars 1981 a mis en place, à partir de 1982, un régime de pension libre complémentaire pour les travailleurs indépendants. Exécuté par un arrêté du 20 juillet 1981, ce système permet aux indépendants qui le souhaitent de se constituer une pension complémentaire basée sur la technique de la capitalisation, en versant les cotisations y afférentes à la caisse d'assurances sociales à laquelle ils sont affiliés, cette dernière en transférant le produit à la compagnie d'assurances de son choix.

Priorité est toutefois donnée au régime légal puisqu'il est expressément prévu que des cotisations ne peuvent être versées pour la pension libre complémentaire relativement à un trimestre donné que pour autant que le travailleur indépendant soit en règle de cotisations "statut social".

Ces cotisations (au maximum 7 % pour les années 1984 et suivantes) sont calculées, depuis le 1er janvier 1991, sur base du revenu professionnel pour autant que celui-ci atteigne au moins deux tiers du revenu minimum retenu pour le calcul des cotisations sociales obligatoires et limitées à un plafond (déductibilité fiscale).

La loi-programme (I) du 24 décembre 2002 a mis en place un nouveau système de pensions complémentaires pour les indépendants, qui entre en vigueur le 1er janvier 2004. Les travailleurs indépendants à titre principal, l'aidant et les conjoints aidants peuvent souscrire auprès d'un organisme de pension laissé à leur choix une convention de pension ou une convention sociale de pension (qui inclut un régime de solidarité). Les cotisations (au maximum 8,17 % pour les conventions ordinaires et 9,40 % pour les conventions sociales) sont calculées sur base du revenu professionnel pour autant que celui-ci atteigne au moins les 2/3 du revenu minimum pour le calcul des cotisations sociales obligatoires et limité à un plafond.

(1) A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 14.

Le travailleur indépendant dont les revenus de référence n'at-teignent pas les deux tiers du revenu minimum retenu pour le calcul des cotisations sociales obligatoires, peut néanmoins verser une cotisation égale à 8,17 % des deux tiers de ses revenus professionnels, au minimum égaux à 100 EUR par an.

Section 10. Répétition de l'indu

Le délai de prescription ordinaire de l'action en répétition des sommes payées indûment est fixé à 6 mois, à compter du moment où le paiement a été effectué.

Un délai de 5 ans a toutefois été introduit au cas où l'indu trouverait son origine dans des manoeuvres frauduleuses, des déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

Section 11. Financement

Le financement du régime des pensions est couvert par le produit des cotisations des travailleurs indépendants ainsi que par une subvention organique annuelle de l'Etat.

Section 12. Organisation administrative - liquidation - contentieux

Les demandes de pensions sont introduites auprès du bourgmestre de la commune où le demandeur a sa résidence. Les bénéficiaires qui résident à l'étranger introduisent leur demande de pension directement à l'INASTI.

L'examen des demandes se fait par l'Institut national, qui notifie la décision de l'octroi ou de rejet de l'avantage demandé.

Le paiement des pensions est effectué, en règle générale, par l'ONP (1). En cas de carrière mixte (salarié et indépendant), la demande de pension introduite dans un régime vaut également dans l'autre (polyvalence des demandes).

Les contestations relatives à l'octroi et au paiement des pensions sont de la compétence des juridictions du travail. Le recours formé contre une décision administrative doit, à peine de déchéance, être soumis, par requête, au tribunal du travail compétent, dans les 3 mois qui suivent la notification de la décision.

(1) Office national des pensions (O. N. P.) depuis le 1 er avril 1987.

IV. Pensions de retraite et de survie des travailleurs du secteur public

Section 1. Champ d'application

Le secteur public ne constitue pas un ensemble homogène; il existe différentes catégories d'employeurs publics se situant à des niveaux différents de pouvoir, ayant des natures juridiques diverses et disposant en matière de pension d'une autonomie variable : Etat fédéral, Communautés et Régions, provinces, communes, organismes d'intérêt public, entreprises publiques autonomes...

Le régime de pension constituant un des aspects de la situation statutaire de l'agent (1), chacune de ces autorités est en principe compétente pour fixer le régime de pension de son personnel définitif. Certaines autorités disposent d'une très large autonomie. Tel est notamment le cas des personnes morales de droit public qui dépendent des Communautés et des Régions, qui, à l'exception des règles de cumul et de déductions à opérer en matière de montants minimums garantis de pensions (2), peuvent librement fixer le régime de pension de leur personnel (3). Par contre, les règles en vigueur en matière de pension pour les agents de l'Etat ont été imposées au personnel de certaines autres autorités telles que, par exemple, les agents des Ministères des Communautés et des Régions (4). Elles sont également applicables aux autorités qui ont volontairement opté pour ces règles en adhérant à des régimes solidarisés de pension dans lesquels chaque organisme ne supporte pas la charge des pensions de retraite de ses anciens agents mais supporte, par le biais d'une cotisation à un pool, une partie de la charge globale des pensions des anciens agents des organismes affiliés (5).

Schématiquement, il convient de distinguer : les pensions qui sont à charge du Trésor public, les pensions qui ne sont pas à charge du Trésor public mais qui sont calculées comme de telles pensions et les pensions qui ne sont pas entièrement calculées comme celles des agents de l'Etat.

---

(1) C.E., Talloen et Urbain, n° 10.000, du 28 avril 1963.

(2) Art. 80 de la loi du 3 février 2003 apportant diverses modifications à la législation relative aux pensions du secteur public.

(3) Art. 9, al. 2 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

(4) Art. 87, §3 de la loi spéciale du 8 août 1980 précitée, tel que modifié par la loi du 8 août 1988.

(5) Pour les organismes d'intérêt public, il s'agit du régime de pension institué par la loi du 28 avril 1958 relative à la pension des membres du personnel de certains organismes d'intérêt public et de leurs ayants droit alors que, pour les administrations locales (communes, CPAS, intercommunales), il s'agit soit du régime commun de pension des pouvoirs locaux (A.R. du 24 juin 1988 - Arrêté de coordination) soit du régime des nouveaux affiliés à l'Office (art. 2 de la loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales).

A. Pensions de retraite à charge du Trésor public

Bénéficient d'une pension de retraite à charge du Trésor public :

- les membres du personnel civil (personnel administratif et de maîtrise) de l'Etat (1) et des services des Ministères communautaires et régionaux (2);
- les membres de corps spéciaux : magistrats de l'Ordre judiciaire (3), Cour des comptes (4), Conseil d'Etat (5), Cour d'arbitrage (6);
- les gouverneurs de province et les commissaires d'arrondissement (7);
- les ministres des cultes reconnus (8);
- les militaires et les membres de l'ex-gendarmerie et de la police fédérale (9);
- les anciens membres du personnel de carrière des cadres d'Afrique (10);
- les membres du personnel de l'enseignement (enseignement relevant des Communautés, enseignement libre subventionné, enseignement communal, enseignement provincial (11));
- les agents de La Poste (12);
- les agents de l'ex-Régie des transports maritimes (13);
- les conseillers laïques (14);
- les agents de Belgacom (15);
- les membres du personnel de BIAC (16).

B. Pensions de retraite qui ne sont pas à charge du Trésor public mais qui sont calculées comme les pensions des agents de l'Etat

Bénéficient d'une pension de retraite qui n'est pas à charge du Trésor public (17) mais qui est calculée comme la pension des agents de l'Etat :

- les agents des organismes d'intérêt public fédéraux ou des personnes morales de droit public relevant des Communautés et Régions, bénéficiaires des dispositions de la loi du 28 avril 1958 (18);

---

(1) Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 sur les pensions civiles et ecclésiastiques.
(2) Art. 87, §3 de la loi spéciale du 8 août 1980 précitée.
(3) Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée et art. 391 et ss. de la loi du 10 octobre 1967 contenant le Code judiciaire.
(4) Art. ler bis de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des comptes.
(5) Art. 104 à 106 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat du 12 janvier 1973.
(6) Art. 3 de la loi ordinaire du 6 janvier 1989 relative aux traitements et pensions des juges, des référendaires et des greffiers de la Cour d'Arbitrage.
(7) Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(8) Art. 20 de la même loi pour les membres du clergé catholique romain et 27 de cette loi pour les ministres des cultes autres que le culte catholique romain.
(9) Lois sur les pensions militaires coordonnées par l'arrêté royal n° 16.020 du 11 août 1923 et loi du 30 mars 2001 relative à la pension du personnel des services de police et de leurs ayants droit.
(10) Lois relatives au personnel d'Afrique coordonnées par l'arrêté royal du 21 mai 1964.
(11) Art. 78 de la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses.
(12) Art. 22, 2° de la loi du 6 juillet 1971 portant création de La Poste.
(13) Art. 14, §3, de l'A.R. du 18 février 1997 portant des mesures en vue de la dissolution de la régie des Transports maritimes en application de l'article 3, §ler, 6° de la loi du 26 juillet 1996 visant à réaliser les conditions budgétaires de la participation de la Belgique à l'Union économique et monétaire européenne.
(14) Art. 55 de la loi du 21 juin 2002 relative au Conseil central des Communautés philosophiques non confessionnelles de Belgique, aux délégués et aux établissements chargés de la gestion des intérêts matériels et financiers des Communautés philosophiques non confessionnelles reconnues.
(15) Art. 5 de la loi du 11 décembre 2003 concernant la prise par l'Etat belge des obligations de pension légales de la société anonyme de droit public Belgacom vis-à-vis de son personnel statutaire.
(16) La Convention du 4 février 2004 entre l'Etat belge et Brussels International Airport Company (BIAC).
(17) Sur le financement de ces pensions, voyez infra section 8.
(18) Art. 2 de la loi du 28 avril 1958 relative à la pension des membres du personnel de certains organismes d'intérêt public et de leurs ayants droit.

- les agents des administrations locales qui, en matière de pension, sont affiliés à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (communes, C.P.A.S., intercommunales, ...) (1).

C. Disposent de régimes propres de pension de retraite qui, en tout ou en partie, peuvent être différents du régime applicable aux agents de l'Etat :

- les provinces;
- les administrations locales qui, en matière de pension, ne sont pas affiliées à l'ONSSAPL. Toutefois, ces administrations sont tenues d'accorder un régime au moins équivalent à celui des fonctionnaires de l'Etat (2);
- les organismes d'intérêt public (organismes d'intérêt public fédéraux et personnes morales de droit public qui dépendent des Communautés et des Régions) qui ne sont pas affiliés à la loi du 28 avril 1958.

Ces 3 catégories de pouvoirs ou organismes sont néanmoins tenues de respecter les normes qui ont été soit directement, soit indirectement (par le biais de mesures d'harmonisation) rendues applicables à tous ou à presque tous les pouvoirs publics (maximum absolu de pension, maximum relatif de pension, cumul d'une pension de survie avec une pension de retraite, montants minimums garantis de pension, règles régissant le cumul d'une pension avec les revenus provenant de l'exercice d'une activité professionnelle ou avec un revenu de remplacement, contribution personnelle pour le financement des pensions de survie d'au moins 7,5 % du traitement, paiement à terme échu des pensions).

Le présent chapitre ne traite que des pensions à charge du Trésor public (point A. ci-dessus) ou qui sont calculées comme les pensions à charge du Trésor public (point B. ci-dessus). Par contre, ne sont examinés ici, ni les régimes de pension de retraite propres à certains organismes d'intérêt public ou à certaines administrations locales, ni certains régimes particuliers tels que celui du personnel de la SNCB ou ceux des anciens parlementaires ou des mandataires communaux et provinciaux. Toutefois, pour les domaines dans lesquels certaines normes appliquées aux agents de l'Etat leur ont été imposées, les considérations émises pour les agents de l'Etat dans ces domaines seront également d'application pour ces régimes particuliers.

Par ailleurs, les règles qui régissent l'octroi et le calcul des pensions de survie ayant été indirectement imposées à l'ensemble du secteur public (3) - à l'exclusion des personnes morales de droit public qui dépendent des Communautés et des Régions qui ne se sont pas affiliées au régime de pension instauré par la loi du 28 avril 1958 -, les renseignements communiqués dans le présent chapitre en ce qui concerne les pensions de survie vaudront pour tout le secteur public à l'exception des organismes de ce type.

Section 2. Prestations

A. Pensions de retraite

La pension de retraite est une allocation périodique (mensuelle) individuelle qui est payée à un ancien fonctionnaire après sa mise à la retraite.

Parmi les pensions de retraite, on peut faire une distinction entre celles qui sont accordées pour raison d'âge ou d'ancienneté et celles octroyées pour cause d'inaptitude physique.

(1) Nouvelle loi communale et loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales.
(2) Art. 156 de la nouvelle loi communale.
(3) Art. 22 de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions.

Les pensions pour raison d'âge ou d'ancienneté peuvent être obtenues soit parce que l'agent atteint la limite d'âge (1), c'est-à-dire un âge au-delà duquel il ne peut statutairement plus rester en service, soit parce que, ayant atteint un certain âge, il compte le nombre d'années de services requis.

Les pensions pour cause d'inaptitude physique sont accordées aux agents qui sont médicalement considérés comme temporairement ou définitivement inaptes à l'exercice de leurs fonctions.

1. Pensions de retraite pour raison d'âge ou d'ancienneté

1.1. Conditions d'octroi

a) Nomination à titre définitif

L'un des principes fondamentaux de la législation relative aux pensions de retraite à charge du Trésor public consiste à subordonner l'existence du droit à la pension au fait que l'agent ait été nommé à titre définitif (2). Les agents pourvus d'une nomination en qualité de stagiaire sont toutefois assimilés aux agents nommés à titre définitif (3).

b) Age

La limite d'âge (c'est-à -dire l'âge au-delà duquel un agent ne peut plus statutairement être maintenu en fonction) est fixée à 65 ans pour les agents de l'Etat tant de sexe masculin que de sexe féminin (4). Certaines limites d'âge spécifiques sont toutefois prévues pour certaines catégories d'agents telles que par exemple la limite de 67 ou 70 ans pour les magistrats (5) ou un âge variable entre 45 et 62 ans selon le grade et la force à laquelle ils appartiennent pour les militaires.

Tant pour les hommes que pour les femmes, une pension anticipée peut, si l'agent en fait la demande, être obtenue à partir de l'âge de 60 ans à condition (6) :

- de compter au moins cinq années de services admissibles pour l'ouverture du droit à la pension à l'exclusion des bonifications pour études et des autres périodes bonifiées à titre de services admis pour la détermination du traitement;
- d'avoir terminé sa carrière après le 31 décembre 1976 et de pouvoir faire valoir des services ou périodes admissibles postérieurs à cette date;
- que les services n'aient pas pris fin suite à une révocation.
  Certains membres du personnel du cadre opérationnel de la police peuvent obtenir cette pension anticipée à partir de l'âge de 58, 56 ou 54 ans (7).

c) Durée des services

L'agent doit compter au moins cinq années de services admissibles pour l'ouverture du droit à la pension à l'exclusion des bonifications pour études et des autres périodes bonifiées à titre de services admis pour la détermination du traitement (8) pour autant qu'il ait terminé sa carrière après le 31 décembre 1976.

d) Demande

La pension de retraite n'est pas accordée automatiquement. Elle doit toujours être demandée même lorsque quelqu'un est mis à la retraite d'office ou pour inaptitude physique.

Toute demande de pension de retraite peut être introduite auprès de l'autorité dont l'agent relève, au plus tôt, le premier jour du douzième mois qui précède la date à laquelle la pension doit prendre cours.

(1) Voir note 4.
(2) Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(3) Art. 32 de la loi du 2 août 1955 portant péréquation des pensions de retraite et de survie.
(4) Pour les agents de l'Etat la limite d'âge est fixée par l'article 1er de l'A.R. du 12 mai 1927 fixant l'âge de la mise à la retraite des fonctionnaires, employés et gens de service des administrations de l'Etat.
(5) Art. 383, § 1er du Code judiciaire.
(6) Art. 46 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
(7) Art. 5 et 10 de la loi du 30 mars 2001 relative à la pension du personnel des services de police et leurs ayants droit.
(8) Art. 46 de la loi du 15 mai 1984 précitée.

Pour que cette pension puisse prendre cours à la date à laquelle s'ouvre le droit à la pension, la demande doit être introduite dans le délai d'un an qui suit la date précitée. Si la demande est introduite après l'expiration de ce délai, la pension ne sera due qu'à partir du premier jour du mois qui suit cette demande.

La demande de pension différée peut être introduite soit auprès de l'administration à laquelle l'intéressé a appartenu en dernier lieu soit auprès de l'Administration des pensions, au plus tôt dans les douze mois qui précèdent la date à laquelle la pension doit prendre cours.

L'intéressé peut choisir la date à laquelle sa pension prend cours. Toutefois, la pension ne prend cours qu'à partir du 1er jour du mois qui suit l'introduction de la demande si la demande n'a pas été introduite dans l'année qui suit le 60ème anniversaire de l'agent ou dans l'année qui suit la cessation des fonctions si celle-ci intervient après le 60ème anniversaire.

e) Inopérance de la nationalité

Les étrangers qui ont été admis à remplir des fonctions publiques en Belgique peuvent prétendre en matière de pension aux mêmes droits que les Belges. Si une telle situation était, hormis dans l'enseignement, assez rare par le passé, elle est appelée à devenir fréquente, seuls les emplois comportant une parcelle d'autorité publique pouvant à l'avenir être réservés aux nationaux.

f) Transfert vers le régime de pension des travailleurs salariés

Lorsque l'agent termine sa carrière dans le secteur public sans pouvoir prétendre à une pension dans ce secteur, les services rendus dans le secteur public peuvent être pris en compte dans le régime général de la sécurité sociale moyennant un transfert de cotisations (1). Tel est notamment le cas des agents qui ne comptent pas le nombre minimum d'années de services requis pour pouvoir prétendre à une pension immédiate ou différée (5 ans), qui ne peuvent faire valoir des services ou périodes admissibles postérieurs au 31 décembre 1976 ou qui ont été révoqués (2).

1.2. Calcul de la pension

II n'existe qu'un seul mode de calcul pour les différents types de pension de retraite.

La pension de retraite est calculée selon la formule suivante :

$$\text{En général : } P = \frac{TQM \times N}{60}$$

a) Le traitement de référence (TQM)

En principe, le traitement de référence utilisé pour le calcul de la pension de retraite est la moyenne des traitements des cinq dernières années de la carrière (3).

Certains suppléments de traitement peuvent être pris en compte (4). A l'exception de ceux alloués aux concierges, les avantages en nature ne sont pas pris en compte pour le calcul de la pension (5). Pour les militaires c'est le dernier traitement qui est pris en considération (6). Le traitement moyen ou le dernier traitement est transposé dans les barèmes en vigueur à la date de prise de cours de la pension (7).

(1) Art. 4 de la loi du 5 août 1968 établissant certaines relations entre les régimes de pension du secteur public et ceux du secteur privé.
(2) Art. 46 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
(3) Art. 8, §ler, al. 2 de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(4) Art. 8, § 2 de la même loi.
(5) Art. 8, §ler, al. 6, 1°, de la même loi.
(6) Art. 28 des lois coordonnées sur les pensions militaires.
(7) Art. 11, al. 1er de la loi du 9 juillet 1969 modifiant et complétant la législation relative aux pensions de retraite et de survie des agents du secteur public.

b) La durée des services admissibles (N)

Entrent notamment en ligne de compte (1) : les services réellement prestés à l'Etat, aux Communautés et aux Régions, dans les communes, les provinces, les régies et certains parastataux (2) à titre définitif ou de stagiaire quel que soit l'âge auquel ils ont été prestés; les services militaires; certains services de guerre et coloniaux; certaines périodes d'absences rémunérées assimilées à de l'activité de service (3), certaines périodes d'absences non rémunérées assimilées à de l'activité de service (4) (notamment les périodes d'interruption de la carrière et les périodes d'absence dans le cadre du départ anticipé à mi-temps ou de la semaine volontaire de quatre jours) ou de disponibilité avec jouissance d'un traitement d'attente (5) ainsi que la bonification pour diplôme qui est accordée à titre gratuit aux titulaires d'un diplôme lorsque la possession de ce diplôme a constitué une condition à laquelle l'intéressé a dû satisfaire soit lors de son recrutement, soit lors d'une promotion ultérieure (6). Pour les diplômes de l'enseignement du jour de plein exercice, la bonification accordée revêt un caractère forfaitaire et correspond à la durée minimale des études à effectuer pour l'obtention du diplôme requis. Toutefois, la bonification est uniquement accordée si la durée des services prise en compte pour le calcul de la pension est au moins égale à la durée à bonifier.

Il résulte en outre d'une jurisprudence administrative constante approuvée par la Cour des comptes, que les services temporaires ou contractuels accomplis dans un emploi public deviennent également admissibles pour le droit et le calcul d'une pension du secteur public lorsqu'ils sont suivis d'une nomination à titre définitif même dans une autre fonction que celle dans laquelle ils ont été rendus.

c) Le tantième (1/60)

Le tantième représente la fraction du traitement de base qui est accordée pour chaque année de service admissible pour le calcul de la pension.

Il est en général de l/60e. (7) Dans certaines fonctions bien définies, il peut être de l/55e (8), 1/50e (9), 1/35e ou 1/30e (10), 1/25e (11), 1/20e (12) ou 1/12e (13).

---

(1) Art. 6 de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(2) Art. 1er de la loi du 14 avril 1965 établissant certaines relations entre les divers régimes de pensions du secteur public.
(3) Art. 2, 1° de la loi du 10 janvier 1974 réglant l'admissibilité de certains services et de périodes assimilées à de l'activité de service pour l'octroi et le calcul des pensions à charge du Trésor public.
(4) Art. 2, 3° de la même loi et A.R. n° 442 du 14 août 1986 relatif à l'incidence de certaines positions administratives sur les pensions des agents des services publics.
(5) Art. 2, 2° de la même loi.
(6) Art. 33 et ss. de la loi du 9 juillet 1969 précitée.
(7) Art. 8, §ler, al. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(8) pour les services prestés dans l'enseignement non-universitaire.
(9) par exemple, pour les services actifs visés au tableau annexé à la loi du 21 juillet 1844 précitée.
(10) pour certains services accomplis dans la magistrature.
(11) pour les quinze premières années passées en qualité de commissaire d'arrondissement ou de commissaire d'arrondissement adjoint.
(12) pour les dix premières années passées en qualité de ministre du culte catholique pour les ministres de ce culte qui n'ont pas droit à une pension entière (pension à 65 ans avec 30 ans de services) et pour les services passés en qualité de membre des Comités de contrôle des services de police et de renseignements pour autant que l'intéressé ait exercé cette fonction durant 144 mois au moins.
(13) pour les sept premières années passées en qualité de gouverneur de province ou de vice-gouverneur de province.

Toutefois, pour les personnes qui ne comptent pas vingt années de services admissibles pour le calcul de la pension, les tantièmes 1/12e, 1/20e, 1/25e, 1/30e ou 1/35e sont remplacés par le tantième 1/50e. La bonification pour diplôme subit dans ce cas une réduction proportionnelle.

d) Services successifs

Lorsque deux fonctions ont été exercées successivement, il est accordé une pension « unique » même lorsque les deux fonctions auraient chacune pu ouvrir un droit à une pension de retraite immédiate ou différée.

Cette façon de procéder s'applique tant lorsque les deux fonctions successives donnent droit à une pension de retraite à charge du Trésor public que lorsque les deux fonctions successives ouvrent des droits à des pensions accordées par des régimes de pensions différents.

Une pension unique doit être accordée aussi bien si aucune pension n'a encore été accordée pour la première fonction que lorsque le droit à la pension résultant de l'exercice de la deuxième fonction s'ouvre après qu'une pension a déjà été octroyée pour la première fonction.

Toutefois, lorsque le traitement de la dernière fonction est inférieur à celui de la fonction précédente, la pension est calculée sur la base du traitement plus élevé attaché à la fonction antérieure. En contrepartie de l'utilisation, pour le calcul de la pension, de ce traitement plus élevé, le temps passé dans la dernière fonction est réduit en proportion du rapport qui existe entre, d'une part, le traitement moyen moins élevé attaché aux cinq dernières années de la dernière fonction et, d'autre part, le traitement moyen plus élevé des cinq dernières années de la fonction antérieure.

e) La pension du chef de prestations incomplètes (1)

Lorsqu'un agent a presté des services à prestations incomplètes, le principe général retenu par l'A.R. n° 206 du 29 août 1983 consiste à calculer la pension sur la base du traitement correspondant à des prestations complètes mais à appliquer à la durée des services à prendre en compte une réduction de temps proportionnelle à la fraction que les services à prestations incomplètes accomplis par l'agent représentent par rapport aux mêmes services à prestations complètes.

Toutefois, ce principe n'est appliqué de manière stricte qu'aux services à partir du 1er janvier 1983. Pour la période d'activité qui précède le 1er janvier 1983, le pensionné est censé avoir accompli des prestations dont l'importance est égale à la moyenne des prestations effectuées à partir du 1er janvier 1983, à moins qu'il n'apporte la preuve que, pour la totalité de la période considérée, la moyenne des prestations réellement effectuées est plus élevée que la moyenne précitée. Lorsque le rapport entre la durée des services accomplis à partir du 1er janvier 1983 et la durée non réduite de ces mêmes services est égal ou supérieur à 8/10, il est réputé égal à l'unité, et, dans ce cas, les services antérieurs au 1er janvier 1983 sont pris en considération pour leur durée non réduite.

f) Services simultanés

Les services rendus simultanément dans des fonctions distinctes sont indépendants tant en ce qui concerne le moment de l'ouverture du droit à la pension que le calcul de celle-ci.

(1) A.R. n° 206 du 29 août 1983 réglant le calcul de la pension du secteur public pour les services à prestations incomplètes.

Les fonctions distinctes ouvrent des droits à des pensions distinctes, qui sont chacune calculées selon les règles prévues par l'A.R. n° 206 dont question sous e). Par dérogation au principe général consistant dans l'octroi de pensions distinctes, les fonctions ne sont pas considérées comme distinctes si une seule pension prenant en compte les services prestés dans les différentes fonctions aboutit à un résultat plus favorable.

Les services dont le volume est à tout moment le plus important sont rattachés et donnent lieu à l'octroi d'une pension principale. Inversement, les services dont le volume est à tout moment le moins important sont rattachés et donnent lieu à l'octroi d'une pension accessoire. A volume identique, les services qui ont été les mieux rémunérés sont rattachés à la pension principale. Tous les services prestés après la date de prise de cours de la pension réputée principale ne peuvent, quel que soit leur volume, être rattachés qu'à la pension réputée accessoire.

En cas de services à temps partiels simultanés, la preuve contraire dont question sous e) ne peut être apportée pour le calcul de la pension afférente à la fonction accessoire que dans deux cas :

- si la pension considérée comme principale a, elle aussi, été calculée en apportant la preuve contraire;
- si la pension considérée comme principale a été accordée pour des services exclusivement à prestations complètes.

g) Crédit-temps (1)

L'admissibilité de certaines périodes d'absence en ce qui concerne l'ouverture du droit et le calcul de la pension à charge du Trésor public est limitée à un certain pourcentage des services réellement prestés (appelé crédit-temps).

Il s'agit des périodes suivantes :

- des périodes d'interruption complète ou partielle de la carrière (admissibles soit gratuitement, soit moyennant validation);
- des périodes d'absence non rémunérées postérieures au 31 décembre 1982 et assimilées à de l'activité de service (il s'agit essentiellement des périodes de congé pour motifs impérieux d'ordre familial et de congé pour prestations réduites pour raisons sociales ou familiales);
- des périodes d'absence prises dans le cadre du départ anticipé à mi-temps et du régime de la semaine volontaire des quatre jours;
- des périodes de congé (ou de mise en disponibilité) préalable à la mise à la retraite.

Le crédit-temps est entré en vigueur le 1er janvier 2002 et peut être résumé comme suit :

(1) A.R. n° 442 du 14 août 1986 relatif à l'incidence de certaines positions administratives sur les pensions des agents des services publics et modifié par l'A.R. du 14 juin 2001 (M.B. 23 juin 2001).

1° Pour les personnes qui ont atteint l'âge de 55 ans avant le 1er janvier 2002 (personnes nées avant le 1er janvier 1947)

Les périodes d'absence mentionnées ci-dessus (donc sans le congé préalable à la mise à la retraite) sont prises en compte à raison de maximum 20 % des services réellement prestés; le congé préalable à la mise à la retraite est entièrement pris en compte et s'ajoute à la période d'activité sur laquelle la limite de 20 % est calculée.

2° Pour les personnes qui atteignent l'âge de 55 ans entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2005 (personnes nées entre le 1er janvier 1947 et le 31 décembre 1950)

Les périodes d'absence y compris le congé préalable à la mise à la retraite sont prises en compte à raison de maximum 25 % des services réellement prestés; le congé préalable à la mise à la retraite n'est plus ajouté à la période d'activité sur laquelle la limite de 25 % est calculée.

3° Pour les personnes qui atteindront l'âge de 55 ans entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2010 (personnes nées entre le 1er janvier 1951 et le 31 décembre 1955)

Les périodes d'absence y compris le congé préalable à la mise à la retraite sont prises en compte à raison de maximum 20 % + x/y de 5 %; le congé préalable à la mise à la retraite n'est plus ajouté à la période d'activité sur laquelle la limite de 20 % + x/y de 5 % est calculée.

x = nombre de mois que comporte la période comprise entre le premier jour du mois au cours duquel l'agent atteint l'âge de 55 ans et le 1er janvier 2011.

y = 60.

4° Pour les personnes qui atteindront l'âge de 55 ans à partir du 1er janvier 2011 (personnes nées après le 31 décembre 1955)

Les périodes d'absence y compris le congé préalable à la mise à la retraite sont prises en compte à raison de maximum 20 % des services réellement prestés; le congé préalable à la mise à la retraite n'est plus ajouté à la période d'activité sur laquelle la limite de 20 % est calculée.

Exception :

Pour les personnes qui atteindront l'âge de 55 ans après le 31 décembre 2005 (personnes nées après le 31 décembre 1950), la limite des 25 % est maintenue lorsqu'elles ont été en interruption de carrière durant au moins 24 mois dont 12 mois au moins étaient admissibles gratuitement en raison de la perception d'allocations familiales pour un enfant de moins de 6 ans.

Remarques importantes :

1) Les périodes d'interruption de carrière prises en vue d'assurer des soins palliatifs, pour congé parental et pour soins octroyés à un membre de la famille gravement malade ne sont pas prises en compte pour le calcul du crédit-temps.

2) Il n'est pas non plus tenu compte :

- des périodes d'interruption de carrière partielle ou complète validées avant le 1er juillet 1991;
- de toutes les périodes d'interruption de carrière partielle ou complète validées lorsque l'intéressé est mis à la retraite pour inaptitude physique avant l'âge de 60 ans.
  Dans ces deux derniers cas de périodes validées, le total des périodes d'absence prises en compte pour le calcul de la pension ne peut dépasser 5 ans.

h) Complément de pension de retraite pour services prestés après l'âge de 60 ans (1)

La loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses, prévoit l'octroi d'un complément de pension de retraite pour les agents des services publics qui choisissent de poursuivre leur carrière au-delà de l'âge de 60 ans qui est l'âge minimum à partir duquel ils peuvent demander leur pension.

Le complément pour âge est accordé pour chaque mois de service presté après le 1er janvier 2001 par un agent ayant déjà atteint l'âge de 60 ans.

Le complément correspond à un pourcentage du taux annuel de la pension. Ce pourcentage varie selon l'âge. Le complément pour âge est égal à :

- 0,125 % du taux annuel de la pension pour chaque mois de service effectif presté entre le 60ème et le 62ème anniversaire de l'agent (avec un minimum de 15,00 EUR).
- 0,167 % du taux annuel de la pension pour chaque mois de service effectif presté après le 62ème anniversaire de l'agent (avec un minimum de 20,00 EUR).

Pour un agent qui reste en service jusqu'à l'âge de 65 ans, l'augmentation totale peut dès lors atteindre 9 % comme le montre le tableau ci-après.

Age	Bonus par an	Total
60-61	1,5 %	
61-62	+ 1,5 %	+ 3 %
62-63	+ 2,0 %	+ 5 %
63-64	+ 2,0 %	+ 7 %
64-65	+ 2,0 %	+ 9 %

(1) Art. 2 et 5 de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses.

Par exemple, pour une personne dont le montant nominal de la pension s'élève à 23.000,00 EUR par an à l'indice-pivot 138,01 (montant calculé sur la base des échelles barémiques avant indexation), les douze mois de services effectifs qu'elle accomplira entre son 60ème et son 65ème anniversaire, lui procurent un complément de pension de 345,00 EUR par an (12 x 0,125/100 x 23.000,00).

Le complément sera de 15,00 EUR par mois (180,00 EUR par an) au minimum pour les services prestés entre l'âge de 60 et de 62 ans et de 20,00 EUR par mois (240,00 EUR par an) après l'âge de 62 ans. L'agent qui reste en service jusqu'à l'âge de 65 ans bénéficiera donc au minimum d'un complément de 1.080,00 EUR par an (24 x 15,00 EUR + 36 x 20,00 EUR) à l'indice-pivot 138,01, ce qui, à l'indice actuel, correspond à un montant de 1.453,58 EUR (1.080,00 EUR x 1,3459).

Le complément fait partie intégrante de la pension, ce qui a pour conséquence qu'il en sera tenu compte pour les péréquations ultérieures de la pension.

Remarque importante :

Les limitations actuellement en vigueur restent applicables. Le complément ne pourra donc pas avoir pour effet de porter le montant de la pension au-delà du maximum relatif fixé aux 3/4 du traitement qui sert de base au calcul de la pension.

1.3. Limitations

a) Maximum relatif

Les pensions du secteur public ne peuvent excéder les 3/4 du traitement qui a servi de base à leur liquidation. Toutefois, les bonifications de temps accordées du chef d'emprisonnement, de déportation, de services militaires de guerre et des services y assimilés peuvent produire leurs effets dans la limite extrême des 9/l0e de ce traitement (1).

b) Maximum absolu

Le montant de la pension ne peut excéder le montant de 46.882,74 EUR par an, à l'indice-pivot 138,0l (2) ce qui, au 1er janvier 2005, correspond à 5.258,29 EUR bruts par mois.

1.4. Minimum garanti

Lorsque la pension de retraite accordée pour raison d'âge ou d'ancienneté n'atteint pas un montant déterminé, il est accordé un supplément en vue de porter son montant à un certain montant minimum garanti (3).

Ce montant minimum garanti est réservé aux personnes qui bénéficient d'une pension immédiate et comptent vingt années de service. Le minimum garanti n'est pas accordé aux personnes qui bénéficient d'une pension différée. En outre, le minimum garanti n'est accordé qu'aux personnes qui exerçaient une fonction principale (4).

- pour un retraité isolé : 9.228,00 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01);
- pour un retraité marié : 11.535,00 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01);

soit respectivement 1.035,00 EUR bruts et 1.293,75 EUR bruts par mois au 1er janvier 2005 (5).

(1) Art. 39, al. 1er de la loi du 5 août 1978 de réformes économiques et budgétaires.
(2) Art. 39, al. 2 de la même loi.
(3) Art. 118 à 133 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses.
(4) Art. 118, §2 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
(5) Art. 120 de la même loi.

Sont déduites du supplément accordé a titre de minimum garanti, les différentes pensions ou rentes auxquelles le pensionné (1) ou son conjoint (2) peut prétendre dans n'importe quel autre régime de pension. Sont aussi déduits du supplément, les revenus provenant de l'activité professionnelle du conjoint ainsi que ses éventuels revenus de remplacement (chômage ou assurance maladie-invalidité) (3). Pour la déduction des revenus du conjoint, il est tenu compte d'une certaine exonération (4). En outre, il est à signaler que la déduction des revenus du conjoint ne peut avoir pour effet de ramener le minimum garanti à un montant mensuel brut inférieur au montant indexé de 593,73 EUR au 1er janvier 2005 (5).

Les rentes accordées en réparation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ainsi que les pensions de réparation du temps de paix viennent en déduction du supplément accordé au titre de minimum garanti à concurrence de la moitié du montant de ces avantages (6).

Si une pension ou une rente déductible a été payée en tout ou en partie sous la forme d'un capital, la rente fictive correspondant au capital liquidé est déduite du supplément (7).

Le supplément cesse d'être payé durant les années civiles au cours desquelles le pensionné exerce une activité lucrative quelconque qui lui procure un revenu brut annuel égal ou supérieur à 607,59 EUR à l'indice-pivot 138,01, soit 817,76 EUR au 1er janvier 2005 (8).

2. Pensions d'invalidité

Le Service de santé administratif (S.S.A.) du SPF Santé publique est habilité à décider qu'un membre du personnel est inapte à poursuivre l'exercice de ses fonctions.

Il peut conclure à l'inaptitude définitive : dans ce cas une pension est accordée immédiatement.

Il peut conclure à l'inaptitude temporaire : dans ce cas une pension temporaire de 2 ans est accordée. Cette situation peut à la demande de l'intéressé être revue après un délai de 6 mois. A l'expiration des 2 ans, le S. S. A. conclut à l'inaptitude définitive ou décide que l'intéressé doit reprendre le service.

Il peut aussi conclure à l'inaptitude définitive pour la fonction exercée par l'intéressé mais déclarer celui-ci apte à exercer un autre emploi : dans ce cas, l'employeur examine la possibilité d'une réaffectation dans une autre fonction. Si celle-ci s'avère impossible, l'intéressé sera mis d'office à la retraite prématurée après 1 an.

2.1. Conditions d'octroi

Aucune durée minimale de service n'est exigée en cas de pension accordée pour cause d'inaptitude physique lorsqu'il s'agit d'une fonction exercée à titre principal. En cas d'exercice d'une fonction accessoire, une pension pour cause d'inaptitude physique ne peut être accordée qu'après dix années de service au moins. La durée exigée est toutefois réduite à cinq ans lorsque l'inaptitude physique résulte d'infirmités provenant de l'exercice des fonctions.

(1) Art. 125, §ler de la même loi.
(2) Art 125, §2 de la même loi.
(3) idem.
(4) Art. 126, §3 de la même loi.
(5) Art. 127 de la même loi.
(6) Art. 126, §2 de la même loi.
(7) Art. 125, §3 de la même loi.
(8) Art. 123 de la même loi.

2.2. Calcul

Les pensions pour cause d'inaptitude physique définitive sont calculées de la même manière que les pensions de retraite pour raison d'âge ou d'ancienneté.

La pension définitive pour cause d'inaptitude physique est accordée à vie. Elle n'est pas transformée en une pension pour cause d'ancienneté lorsque l'intéressé atteint l'âge requis pour l'obtention d'un tel avantage.

2.3. Minimum garanti

- pour un retraité isolé : 50 % du traitement moyen des 5 dernières années de la carrière;
- pour un retraité marié : 62,5 % de ce traitement moyen.

Lorsque le traitement moyen visé ci-dessus est inférieur à 18.456,00 EUR à l'indice-pivot 138,01, il est porté à ce montant.

Le montant minimum garanti pour cause d'inaptitude physique ne peut excéder ni 75 p.c. du maximum de l'échelle barémique attachée au dernier grade dont l'intéressé était titulaire avant sa mise à la retraite, ni 100 p.c. de la rétribution garantie s'il s'agit d'un retraité isolé ou 125 p.c. de cette rétribution s'il s'agit d'un retraité marié.

L'inapte qui n'aurait pas pu compter 20 années de services à l'âge de 65 ans ne peut pas obtenir un minimum garanti supérieur au minimum forfaitaire accordé à un pensionné pour raison d'âge ou d'ancienneté qui se trouve dans la même situation familiale (le traitement moyen qui sert de base au calcul du montant minimum garanti pour cause d'inaptitude physique est limité à 18.456,00 EUR lorsqu'il est supérieur à ce montant) (1).

2.4. Limitations

Les pensions d'invalidité font l'objet des mêmes limitations que celles décrites sous le point 1.4. consacré aux pensions de retraite pour raison d'âge ou d'ancienneté.

3. Minimum de base

Il est garanti à chaque pensionné marié un montant « minimum de base » intangible en ce sens que la déduction des revenus du conjoint qui doit être opérée sur le supplément accordé au titre de minimum garanti, ne peut avoir pour effet de ramener le montant minimum garanti en dessous de ce « minimum de base ». Ce minimum de base correspond à 40 p.c. de la rétribution garantie à savoir 5.293,68 EUR à l'indice-pivot 138,01. Par contre, le bénéfice du supplément minimum garanti qui s'ajoute au supplément minimum de base n'est accordé qu'à celui des deux conjoints pour lequel il produit les effets les plus favorables après application des éventuelles déductions (2).

B. Pensions de survie

La pension de survie est une allocation périodique (mensuelle) qui est payée aux ayants droit d'un ancien fonctionnaire après le décès de celui-ci.

Il existe 3 catégories d'ayants droit qui peuvent éventuellement être en concours : le conjoint survivant, le conjoint divorcé et l'orphelin.

(1) Art. 121 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
(2) Art. 127 et 130 de la même loi.

Le conjoint séparé de corps ou de fait a également droit à une pension de survie au décès de son conjoint.

De plus, contrairement au secteur privé, une part de la pension de retraite du secteur public n'est jamais accordée au conjoint divorcé ou au conjoint séparé de l'agent pensionné.

1. Pension de conjoint survivant

1.1. Conditions d'octroi

A, en principe, droit à la pension de survie, le conjoint survivant dont le mariage a duré un an au moins et dont l'époux ou l'épouse :

- est décédé pendant sa carrière;
- est décédé après avoir obtenu le bénéfice d'une pension de retraite à charge du Trésor public ou d'un organisme visé à l'article 1er de la loi du 15 mai 1984 précitée;
- est décédé après avoir quitté définitivement le service en comptant 5 années de services admissibles pour l'ouverture du droit à la pension à l'exclusion des bonifications pour études et des autres périodes bonifiées à titre de services admis pour la détermination du traitement pour autant qu'il ait terminé sa carrière après le 31 décembre 1976;
- est décédé en comptant 15 années de services admissibles pour le calcul d'une pension de survie sur base des dispositions antérieures à la loi du 15 mai 1984 précitée.

La durée d'un an de mariage n'est pas requise lorsqu'un enfant est né ou naîtra (enfant posthume) du mariage, lorsqu'il y a un enfant à charge et en cas de décès dû à un accident du travail postérieur à la date du mariage ou causé par une maladie professionnelle (1).

En cas de remariage, le paiement de la pension est suspendu à partir du premier jour du mois qui suit celui du remariage.

1.2. Calcul de la pension

Pour autant que le conjoint survivant ait atteint l'âge de 45 ans ou sans cette condition d'âge si le conjoint survivant justifie d'une incapacité permanente de 66 % au moins ou a un enfant à charge, la pension est calculée selon la formule suivante (2) :

$$PS = TQM \times 60\ \% \times \frac{N}{D}$$

TQM = le traitement moyen annuel des 5 dernières années (voir pension de retraite).
N = nombre de mois de services admissibles (voir pension de retraite avec la particularité que les services comptés pour une durée supérieure à leur durée réelle en retraite ne sont pris en considération que pour leur durée simple en survie).
D = nombre de mois compris entre le 20ème anniversaire du conjoint décédé et le mois du décès avec un maximum de 480.

(1) Art. 2 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
(2) Art. 4, §ler de la même loi.

1.3. Limitations

- Maximum relatif

La pension de survie ne peut être supérieure à 50 % du traitement maximum de l'échelle barémique attachée au dernier grade du conjoint décédé ou de la moyenne des traitements des 5 dernières années si celle-ci est plus élevée, multiplié par la fraction N/D dont question ci-dessus (1).

Le traitement maximum est dans certains cas remplacé par le dernier traitement, par exemple lorsque la pension n'est pas afférente à l'exercice d'une fonction principale.

- Maximum absolu

Une pension de survie ne peut en aucun cas excéder 50 % du traitement maximum de secrétaire général d'un ministère c.à.d. : 33.390 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01), soit 3.744,97 EURO bruts par mois au 1er janvier 2005 (2).

Le cumul de plusieurs pensions de survie ne peut excéder 46.882,74 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01) soit 5.258,29 EUR bruts par mois au 1er janvier 2005 (3).

1.4. Minimum garanti

La pension de survie allouée au conjoint survivant ne peut être inférieure au montant minimum garanti de 8.044,00 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01), soit 902,20 EUR bruts par mois au 1er janvier 2005 (4).

2. Pension de conjoint divorcé

2.1. Conditions d'octroi

Le conjoint divorcé qui n'a pas contracté un nouveau mariage avant le décès de son ex-conjoint a droit à une pension de survie (5) pour autant qu'il ait introduit sa demande dans l'année qui suit le décès. Cette pension est suspendue aussi longtemps qu'il n'a pas atteint l'âge de 45 ans à moins qu'il n'ait un enfant à charge ou qu'il justifie d'une incapacité permanente de 66 % au moins.

(1) Art. 4, §2 de la même loi.
(2) Art. 4, §4 de la même loi.
(3) Art. 40 de la loi du 5 août 1978 précitée.
(4) Art. 122 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
(5) Art. 6 de la loi du 15 mai 1984 précitée.

2.2. Calcul

La pension de conjoint divorcé (Pcd) est obtenue en multipliant le montant de la pension qui lui aurait été accordée à titre de conjoint survivant, par une fraction dont le numérateur est constitué par l'ensemble des services et périodes admissibles se situant pendant la durée du mariage et dont le dénominateur est constitué par l'ensemble des services et périodes admissibles (1).

$$N\ Pcd = Pcs \times \frac{N}{D}$$

Pcd = pension du conjoint divorcé.
Pcs = pension de conjoint survivant (si un seul bénéficiaire).
N = ensemble des services et périodes admissibles pendant la durée du mariage.
D = ensemble des services et périodes admissibles.

En cas de coexistence d'un conjoint survivant et d'un conjoint divorcé, il faut déduire de la pension de survie qui aurait été accordée en cas de bénéficiaire unique (Pcs) le montant de la pension du conjoint divorcé (Pcd) pour déterminer le montant de la pension du conjoint survivant (PS).

PS = Pcs - Pcd

Toutefois, la pension du conjoint survivant (PS) ne peut pas être inférieure à la moitié de la pension qui lui aurait été accordée s'il avait été seul bénéficiaire (Pcs).

2.3. Minimum garanti

Le conjoint divorcé n'a pas droit au minimum garanti.

2.4. Limitations

Voir conjoint survivant.

3. Pension d'orphelin

3.1. Conditions d'octroi (2) :

- être orphelin de père et de mère ou orphelin, soit de père, soit de mère si le parent survivant n'a pas droit à la pension;
- être âgé de moins de 18 ans ou donner droit à des allocations familiales;
- le père ou la mère doit être décédé dans une des situations visées aux a) à d) sous 1.1. "Conditions d'octroi" du 1. "Pension de conjoint survivant".

3.2. Calcul (3)

La pension d'un orphelin est égale à 6/10e d'une pension de conjoint survivant. Celle de deux orphelins atteint les 8/l0e d'une telle pension. S'il y a 3 orphelins ou plus, la pension des orphelins est égale à la pension entière.

3.3. Minimum garanti

L'orphelin n'a pas droit au minimum garanti.

3.4. Limitations

Voir conjoint survivant.

(1) Art. 7 de la même loi.
(2) Art. 9 de la même loi.
(3) Art. 12 de la même loi.

C. Autres avantages

1. Pécule de vacances et pécule complémentaire au pécule de vacances

Sous certaines conditions, un pécule de vacances et un pécule complémentaire au pécule de vacances sont alloués aux pensionnés du secteur public (1).

1.1. Pécule de vacances (titulaire d'une pension de retraite)

Le montant global de pension de retraite pour le mois de mai de l'année 2005 qui ne peut pas être dépassé pour qu'un pécule de vacances puisse être attribué s'élève à 1.749,67 EUR brut.

Le montant du pécule s'élève à :
279,19 EUR (marié)
209,99 EUR (pas marié)
(montants indexés pour l'année 2005).

1.2. Pécule complémentaire pour les bénéficiaires du montant minimum garanti (titulaire d'une pension de retraite)

Le montant du pécule complémentaire s'élève à :
379,58 EUR (marié)
316,57 EUR (pas marié)
(montants indexés pour l'année 2005).

1.3. Pécule de vacances (titulaire d'une pension de survie)

Le montant global de pension de survie pour le mois de mai de l'année 2005 qui ne peut pas être dépassé pour qu'un pécule de vacances puisse être attribué s'élève à 1.399,73 EUR bruts.

Le montant du pécule s'élève à 209,39 EUR.

1.4. Pécule complémentaire pour les bénéficiaires du montant garanti (titulaire d'une pension de survie)

Le montant du pécule complémentaire s'élève à 316,57 EUR.

2. Indemnité pour frais de funérailles

II est institué (2) en faveur des ayants droit d'un bénéficiaire d'une pension de retraite, lors du décès de ce dernier, une indemnité pour frais de funérailles égale au montant brut de la dernière mensualité de la pension de retraite (limitée à 2.046,76 EUR pour l'année 2005).

Les bénéficiaires de cette mesure sont, dans l'ordre :

- l'époux(se), ni divorcé(e), ni séparé(e) de corps et de biens;
- à défaut, les héritiers en ligne directe;
- à défaut des ayants droit précités, chaque personne physique ou morale qui justifie avoir assumé les frais de funérailles. Dans ce cas, l'indemnité est équivalente aux frais réellement exposés sans qu'elle puisse cependant excéder la somme prévue en faveur de l'époux(se) ou des héritiers en ligne directe.

(1) A.R. du 1er avril 1992 accordant un pécule de vacances et un pécule complémentaire au pécule de vacances aux pensionnés des services publics.
(2) Loi du 30 avril 1958 modifiant les A.R. n°254 et n°255 du 12 mars 1936 unifiant les régimes de pensions des veuves et des orphelins du personnel civil de l'Etat et des membres de l'armée et de la gendarmerie et instituant une indemnité de funérailles en faveur des pensionnés de l'Etat.

En cas de cumul de plusieurs pensions de retraite, l'indemnité est accordée du chef de chaque pension compte tenu des limitations établies.

3. Handicap grave

Un supplément spécifique (indépendamment du fait que l'intéressé bénéficie ou non du minimum garanti) forfaitaire peut également être accordé, sous certaines conditions, aux agents qui sont gravement handicapés et qui sont définitivement mis à la retraite pour cause d'inaptitude en raison d'un handicap grave survenu au cours de leur carrière et dont la perte du degré d'autonomie résultant du handicap grave atteint au moins 12 points selon le mode d'évaluation prévu par l'A.M. du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration (1).

Section 3. Adaptation des pensions

A. Indexation

Les taux des pensions sont liés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation du Royaume (2).

B. Péréquation

Les pensions sont péréquatées, c'est-à-dire adaptées aux augmentations barémiques accordées au personnel en activité. Cette péréquation est automatique de sorte que chaque majoration du traitement maximum afférent au dernier grade du pensionné ou de l'agent défunt entraîne automatiquement une augmentation proportionnelle de la pension (3).

Section 4. Règles de cumul

A. Pensions de retraite

1. Cumul de plusieurs pensions de retraite

Le cumul d'une ou de plusieurs pensions de retraite du secteur public avec une ou plusieurs pensions de survie du secteur public ou avec une ou plusieurs pensions de retraite et/ou de survie à charge d'autres régimes belges de pensions, est limité au montant maximum absolu de 46.882,74 EUR brut par an (à l'indice-pivot 138,0l) (4), ce qui, au 1er janvier 2005, correspond à 5.258,29 EUR bruts par mois.

2. Cumul d'une pension de retraite avec une activité professionnelle

La pension de retraite du secteur public peut être cumulée, dans certaines limites, avec des revenus provenant d'une activité professionnelle. Si le montant limite applicable

(1) Art. 134 à 138 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
(2) Art. 4 de la loi du 1er mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses du secteur public.
(3) Art. 12 § 1er de la loi du 9 juillet 1969 précitée.
(4) Art. 40 de la loi du 5 août 1978 précitée.

est dépassé de moins de 15 %, le montant de la pension est réduit à concurrence du même pourcentage. Si le dépassement est supérieur à 15 %, la pension de retraite est suspendue (1).

2.1. La personne pensionnée a moins de 65 ans

- S'il s'agit d'une activité professionnelle comme travailleur salarié, le montant de la pension est payé intégralement si les revenus professionnels bruts sont inférieurs à 7.421,57 EUR (2). S'il y a charge d'enfant, ce montant est porté à 11.132,37 EUR (3).
- S'il s'agit d'une activité professionnelle comme indépendant, les montants limites précités s'élèvent à 5.937,26 EUR (sans charge d'enfant) (2) et à 8.905,89 EUR s'il y a charge d'enfant (3). Il s'agit ici des revenus professionnels bruts diminués des dépenses ou charges professionnelles.

2.2. La personne pensionnée a plus de 65 ans

- S'il s'agit d'une activité professionnelle comme travailleur salarié, le montant de la pension est payé intégralement si les revenus professionnels bruts sont inférieurs à 13.556,68 EUR (4). S'il y a charge d'enfant, ce montant est porté à 17.267,48 EUR (3).
- S'il s'agit d'une activité professionnelle comme indépendant, les montants limites précités s'élèvent à 10.845,34 EUR (sans charge d'enfant) (4) et à 13.813,97 EUR s'il y a charge d'enfant (3). Il s'agit ici des revenus professionnels bruts diminués des dépenses ou charges professionnelles.

2.3. La personne atteint son 65ème anniversaire au cours de l'année considérée

Pour l'année du 65ème anniversaire, les montants limites pour les moins de 65 ans et pour les plus de 65 ans sont applicables respectivement pour la période du 1er janvier au dernier jour du mois du 65ème anniversaire et pour la période du 1er jour du mois qui suit le 65ème anniversaire au 31 décembre avec, bien évidemment, multiplication des montants limites par la fraction :

$$\frac{\text{nombre de mois de la période}}{12}$$ (5).

3. Cumul d'une pension de retraite avec un revenu de remplacement

La pension de retraite peut être cumulée avec une indemnité d'incapacité primaire, une indemnité d'invalidité ou une allocation de chômage. Le cumul peut toutefois être limité par la législation réglant l'octroi de l'autre avantage.

Par contre, elle ne peut pas être cumulée avec une allocation pour cause d'interruption de carrière ou de réduction des prestations. Dans ce cas, la pension de retraite est suspendue pour toute l'année durant laquelle cette allocation a été perçue (6).

Dans certaines situations particulières, il peut être intéressant pour le bénéficiaire d'une pension de retraite du secteur public de renoncer à celle-ci afin de pouvoir bénéficier d'un revenu de remplacement (7).

(1) Art. 4, § 7 et 8 de la loi du 5 avril 1994 régissant le cumul des pensions du secteur public avec des revenus provenant de l'exercice d'une activité professionnelle ou avec un revenu de remplacement.
(2) Art. 4, § 5 de la loi du 5 avril 1994 précitée.
(3) Art. 9 de la même loi.
(4) Art. 4, § 1er de la même loi.
(5) Art. 4, § 2 de la même loi.
(6) Art. 13, §ler de la même loi.
(7) Art 79 de la loi du 21 mai 1991 apportant diverses modifications à la législation relative aux pensions du secteur public.

B. Pensions de survie

1. Cumul d'une pension de survie avec une pension de retraite

Ce cumul n'est autorisé qu'à concurrence de 55 % du traitement maximum de l'échelle barémique attachée au dernier grade de l'agent défunt, pris en considération pour le calcul ou la dernière révision de la pension de survie (1). La partie du cumul qui excède cette limite, est déduite de la pension de survie.

L'application de cette réduction ne peut toutefois avoir pour effet de ramener l'ensemble des pensions de retraite et de survie à un montant inférieur à celui constitué par les seules pensions de survie ou à un montant inférieur à 8.850,70 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01) (2).

Si, après application de cette réduction, le montant mensuel global de l'ensemble des pensions de retraite et de survie est inférieur à 1.239,47 EUR la réduction n'est effectuée qu'à concurrence de 75 %, sans que le nouveau montant mensuel global ainsi obtenu ne puisse excéder 1.239,47 EUR (montant à l'indice-pivot 138,01) (3).

2. Cumul d'une pension de survie avec des revenus provenant d'une activité professionnelle

Le cumul d'une ou de plusieurs pensions de survie du secteur public avec un traitement, une rémunération ou une indemnité à charge d'un pouvoir public, ne peut excéder le montant de 46.882,74 EUR par an (à l'indice-pivot 138,01) (4).

Le cumul d'une pension de survie du secteur public avec des revenus provenant d'une activité professionnelle est soumis aux mêmes règles que le cumul d'une pension de retraite du secteur public avec des revenus professionnels.

2.1. La personne titulaire de la pension a moins de 65 ans et bénéficie exclusivement d'une ou de plusieurs pension(s) de survie du secteur public

S'il s'agit d'une activité professionnelle comme travailleur salarié, le montant de la pension est payé intégralement si les revenus professionnels bruts sont inférieurs à 14.843,13 EUR (5).

S'il y a charge d'enfant, le montant de la pension est payé intégralement si les revenus professionnels bruts sont inférieurs à 18.553,93 EUR (6).

S'il s'agit d'une activité professionnelle comme travailleur indépendant, les montants limites précités s'élèvent à 11.874,50 EUR et à 14.843,13 EUR s'il y a charge d'enfant. Comme pour les pensions de retraite, dans le cas d'un travailleur indépendant, on prend en compte les revenus professionnels bruts diminués des dépenses ou charges professionnelles.

2.2. Le bénéficiaire de la pension de survie a moins de 65 ans et bénéficie en plus de la pension de survie d'une ou plusieurs pensions de retraite

Dans ce cas, les limites sont les mêmes que pour un bénéficiaire d'une pension de retraite âgé de moins de 65 ans (voir supra).

---

(1) Art. 40bis, §ler, alinéas 1 à 4 de la loi du 5 août 1978 précitée.
(2) Art. 40bis, §1" alinéa 5 de la même loi.
(3) Art. 40bis, § ler alinéa 6 de la même loi.
(4) Art. 42 de la même loi.
(5) Art. 7 de la loi du 5 avril 1994 précitée.
(6) Art. 9 de la même loi 5 Art. 13 de la même loi.

2.3. Le bénéficiaire de la pension de survie a plus de 65 ans

Dans ce cas, les limites sont les mêmes que pour un bénéficiaire d'une pension de retraite âgé de plus de 65 ans (voir supra).

3. Cumul d'une pension de survie avec un revenu de remplacement

Si durant une année civile déterminée, la pension de survie est cumulée avec une allocation pour cause d'interruption de carrière ou de réduction des prestations, une indemnité d'incapacité primaire, une indemnité d'invalidité ou une allocation de chômage, elle est suspendue pour toute l'année (1).

Dans certaines situations particulières, il peut être intéressant pour le bénéficiaire d'une pension de survie du secteur public de renoncer à celle-ci afin de pouvoir bénéficier d'un revenu de remplacement (2).

4. Particularités

Tant pour les revenus provenant de l'exercice d'une activité professionnelle que pour les revenus de remplacement, il n'est pas tenu compte des revenus antérieurs à la date de prise de cours de la pension ou à la naissance du cumul (3).

Section 5. Retenues sur les pensions

- En application de la législation sur l'assurance obligatoire maladie-invalidité, une retenue de 3,55 % est opérée sur les pensions qui dépassent un certain montant.
- En vue du financement de l'indemnité pour frais de funérailles, il est opéré, sur les pensions de retraite, une retenue de 0,5 %.
- Les pensions sont également soumises au précompte professionnel retenu à la source.
- Depuis le 1er janvier 1995, une retenue est opérée sur les pensions de retraite et de survie. Celle-ci varie entre 0 et 2 % suivant le montant brut global de toutes les pensions dont bénéficie le titulaire de la pension et selon que celui-ci est isolé ou a charge de famille. Actuellement, pour un isolé, elle s'élève de 0,5 % au-dessus de 1.185,04 EUR mensuel brut à 2 % au-dessus de 2.095,40 EUR mensuel brut; pour un retraité avec charge de famille, elle s'élève de 0,5 % au dessus de 1.481,32 EUR mensuel brut à 2 % au-dessus de 2.334,75 EUR mensuel brut.

Section 6. Récupérations

Lorsqu'une personne pensionnée perçoit indûment des montants de pension en raison d'une erreur commise par l'Administration, cette dernière peut réclamer le remboursement de ces sommes payées indûment dans un délai de 6 mois.

Toutefois, ce délai est fixé à cinq ans dans quatre cas :

- en cas de manœuvres frauduleuses, de déclarations fausses ou sciemment incomplètes;
- lorsque le bénéficiaire de la pension ne déclare pas son changement d'état civil;
- lorsque les revenus réels d'un bénéficiaire d'un montant minimum garanti ou de son conjoint s'avèrent en définitive supérieurs à ceux qui avaient été déclarés;
- lorsque les revenus professionnels réels d'un bénéficiaire de pension de retraite ou d'une pension de survie s'avèrent en définitive supérieurs à ceux qui avaient été déclarés.

Les sommes payées indûment à titre de pension dont le montant total n'excède pas 75,00 EUR ne sont pas récupérées.

(1) Art. 13 de la même loi.
(2) Art. 79 de la loi du 21 mai 1991 apportant diverses modifications à la législation relative aux pensions du secteur public.
(3) Art. 14 de la même loi.

Section 7. Contrôle, gestion, paiement et contentieux

L'ouverture du droit à la pension de retraite ou de survie est subordonnée à l'introduction d'une demande. En principe, cette demande est transmise par l'intermédiaire du dernier employeur.
L'Administration des pensions ouvrira d'office un dossier de pension de survie si l'agent décédé était lui-même bénéficiaire d'une pension de retraite gérée par cette administration et que le dossier concerne :

- un conjoint survivant;
- un conjoint divorcé, si celui-ci est le seul bénéficiaire possible (c'est-à-dire que l'agent décédé ne laisse pas un conjoint ou un autre ex-conjoint ou des enfants après son décès);
- des orphelins qui n'ont pas encore atteint l'âge de 18 ans, si ceux-ci sont les seuls bénéficiaires possibles (c'est-à-dire que l'agent décédé ne laisse pas un conjoint ou un ex-conjoint après son décès). Si un enfant âgé de moins de 18 ans peut prétendre à une pension de survie à la suite du décès d'un parent qui bénéficiait lui-même d'une pension de survie gérée par l'Administration des pensions et que, lors du décès de ce parent, l'enfant est le seul bénéficiaire possible, aucune demande n'est requise.

Les droits à pension sont établis par l'Administration des pensions qui est également compétente pour calculer les pensions. Cette administration constitue l'interlocuteur du pensionné dans ces matières.

La Cour des Comptes statue sur le taux et la régularité des pensions et quotes-parts de pension à charge du Trésor public (1).
Le paiement est effectué (en principe à terme échu) par le Service central des dépenses fixes, Administration de la Trésorerie du Service Public Fédéral Finances qui constitue l'interlocuteur du pensionné dans ce domaine.

Conformément à l'article 179 de la Constitution, aucune pension à charge du Trésor public ne peut être accordée qu'en vertu d'une loi.

Le droit à la pension de retraite et de survie constitue un droit subjectif de nature civile. Le montant de la pension due découle en effet généralement de l'application des lois et arrêtés en vigueur sans que l'administration ne dispose d'un quelconque pouvoir d'appréciation (2).

Les contestations portant tant sur le droit à la pension que sur le montant de celle-ci relèvent de la compétence exclusive des tribunaux de l'ordre judiciaire ordinaires. Le tribunal du travail n'est pas compétent en cette matière. Le Juge de Paix est exceptionnellement compétent quand le montant de la demande ne dépasse pas 1.860,00 EUR.

Section 8. Financement

A. Agents de l'Etat et des Ministères communautaires et régionaux

La pension de retraite des anciens agents de l'Etat est habituellement considérée comme constituant un traitement différé ou prolongé, censé être la continuation de la rémunération des services prestés au cours de la carrière. Cette conception explique la raison pour laquelle la pension de retraite est accordée à titre gratuit sans que soit opérée sur le traitement du fonctionnaire une retenue destinée à financer sa pension de retraite. Les pensions des anciens agents de l'Etat sont directement financées par les recettes de l'Etat et mises à charge des crédits inscrits chaque année au budget

(1) Art. 17 de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des Comptes.
(2) J. Sarot, Précis de Fonction publique, Bruxelles, BRUYLANT, 1994, n° 835 ss. et les références citées p. 523 ss.

fédéral des pensions (1). Toutefois, comme la politique administrative générale (extension du cadre, recrutements, augmentations de traitement) poursuivie par les autorités dont les agents bénéficient d'une pension de retraite à charge du Trésor public a un impact sur le budget fédéral des pensions, une contribution de responsabilisation a été instaurée à charge de l'Etat, des Communautés et des Régions (2). Le produit de cette contribution est versé chaque année au Fonds des pensions de survie (3). Le produit de la retenue de solidarité (cfr. point d) de la section 5) prélevée sur les pensions autres que celles servies par l'Office national des pensions est versé au fonds pour l'équilibre des régimes de pension et affecté au financement des pensions à charge du Trésor public.

Par contre, les pensions de survie accordées aux ayants droit des anciens fonctionnaires de l'Etat, sont financées par une retenue sur les traitements. A ce jour, le taux de cette retenue est fixé à 7,5 % (4). Dans le passé, cette retenue était uniquement destinée au financement des pensions de survie. Actuellement, l'excédent éventuel constitué par la différence entre, d'une part, le produit des contributions personnelles prélevées sur le traitement des agents et, d'autre part, les dépenses en matière de pension de survie est chaque année, dans la loi contenant le budget des pensions, affecté à des dépenses prévues à ce budget, c'est-à-dire les pensions de retraite du secteur public (5). En outre, certaines périodes de pause-carrière partielle ou totale, ne sont prises en considération pour l'ouverture du droit à la pension et pour le calcul de celle-ci que moyennant le versement par l'agent d'une cotisation personnelle, fixée elle aussi à 7,5 % (6).

B. Agents des pouvoirs locaux - des organismes d'intérêt public - de la police intégrée

Afin de satisfaire à l'obligation légale qui leur est imposée en matière de pension par l'article 156 de la nouvelle loi communale, les administrations locales disposent actuellement (7) des quatre possibilités suivantes :

- assurer par elles-mêmes, à charge de leur propre budget, la charge et le paiement des pensions des anciens membres de leur personnel et des ayants droit de ceux-ci.

- tout en conservant un régime propre de pension comme les communes visées sous le point 1°, confier le paiement des pensions précitées à une institution de prévoyance.

- s'affilier au régime commun de pension des pouvoirs locaux qui est un régime de répartition fondé sur la solidarité des administrations locales y affiliées. L'affiliation à ce régime, est, compte tenu de cette caractéristique, irrévocable. Parmi les 589 communes belges, 547 communes sont affiliées à ce régime.

- depuis le 1er janvier 1994, s'affilier au régime des nouveaux affiliés à l'Office créé par la loi du 6 août 1993 susmentionnée.

---

(1) J. Sarot, op. cit., n° 832, p. 520.
(2) Loi spéciale du 5 mai 2003 instaurant un nouveau mode de calcul de la contribution de responsabilisation à charge de certains employeurs du secteur public.
(3) cf. note suivante.
(4) Art. 60 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
(5) Art. 61 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
(6) Art. 2 de l'arrêté royal n°442 précité.
(7) Art. 161 de la nouvelle loi communale et loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales.

La création de ce nouveau régime de pension, qui est aussi un régime solidarisé de pension des administrations locales y affiliées (à savoir que l'ensemble des cotisations de toutes les administrations affiliées sert à financer la charge de toutes les pensions de toutes celles-ci), répond aux difficultés liées aux conditions d'affiliation au régime commun de pension des pouvoirs locaux. En effet, les communes qui n'avaient pas été affiliées d'office à ce régime, parce qu'elles disposaient d'un régime propre de pension, conservaient la faculté de s'affilier à celui-ci. Cependant leur affiliation n'était valable que pour les seuls agents à nommer à l'avenir, sauf à régler les quotes-parts annuelles sur les salaires pour le passé, ce qui supposait un recalcul des répartitions déjà opérées (1). Cela signifiait, pour les candidats à l'affiliation, l'obligation de supporter à la fois la charge de leurs propres pensions et le paiement au régime commun de la cotisation sur les traitements des agents nommés à titre définitif à partir de l'affiliation, sans prise en charge des pensions en cours. Toute nouvelle affiliation au régime commun était dès lors financièrement impossible pour les communes.

En créant, à côté du régime commun de pension des pouvoirs locaux, le régime des nouveaux affiliés à l'office, le législateur a assoupli les conditions d'affiliation à ce régime, qui conserve une gestion distincte du régime commun, en prévoyant lors de l'affiliation, la prise en charge par ce nouveau régime, d'une partie de la charge des pensions en cours.

Comme précisé ci-avant, le régime commun de pension des pouvoirs locaux et le régime des nouveaux affiliés à l'Office sont des régimes de répartition qui sont basés sur la solidarité entre les différents affiliés.

L'ensemble de toutes les administrations locales supporte la charge des pensions accordées. La charge des pensions des anciens agents d'une commune déterminée n'est pas supportée par cette seule commune mais elle est répartie entre toutes les administrations locales affiliées. En vue de financer la charge globale des pensions, il est réclamé aux affiliés un taux de cotisation qui correspond à un pourcentage déterminé de la masse salariale de l'année. Ce pourcentage est fixé en fonction de la charge des pensions et de la masse salariale prévues pour l'année suivante. Il est établi en tenant compte de l'évolution prévisible du rapport défini ci-avant pour une période qui ne peut être inférieure à trois ans. Cette cotisation patronale est destinée, avec la cotisation personnelle de 7,5 % de l'agent même, au financement des pensions de retraite et de survie.

Les pensions de retraite octroyées aux anciens agents des parastataux affiliés au régime de pension instauré par la loi du 28 avril 1958 sont également financées par un système de pool. Par contre, les pensions de survie des ayants droit de ces agents sont à charge du Trésor public et financées par la retenue personnelle obligatoire de 7,5 % effectuée sur les traitements des agents en activité et versée au Fonds des pensions de survie.

Les pensions de la police intégrée sont à charge du Fonds pour les pensions de la police intégrée. Ce Fonds est alimenté par :

- une cotisation personnelle de 7,5 p.c. sur le traitement des membres du personnel de la police nommés à titre définitif;
- une cotisation patronale, payée par, d'une part, la police fédérale et, d'autre part, les zones de police, qui s'élève pour le moment à 20 p.c. de la masse salariale du personnel de la police nommé à titre définitif.

C. Agents des autres pouvoirs publics

Les pouvoirs publics qui disposent d'un régime propre de pension supportent personnellement la charge de la pension accordée à leurs anciens agents et à leurs ayants droit. Cette charge peut être budgétisée ou supportée par le biais de cotisations à un régime de capitalisation. Ces pouvoirs peuvent assurer eux-mêmes la gestion et le paiement des pensions ou bien faire assurer ce service par une institution de prévoyance.

(1) Art. 113 de l'A.R. du 26 décembre 1938 relatif au régime des pensions du personnel communal.

V. La garantie de revenus aux personnes âgées

Depuis le 1er juin 2001, le revenu garanti aux personnes âgées a été remplacé par la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), instituée par la loi du 22 mars 2001 (M.B. du 29 mars 2001) (1). La réglementation en matière de revenu garanti remontait à 1969 et n'avait subi que peu de modifications. Il était donc nécessaire d'adapter la législation à la situation actuelle, notamment en matière d'égalité de traitement des couples mariés et cohabitants.
Comme le revenu garanti, la garantie de revenus est un régime d'aide sociale en ce sens qu'il n'est pas octroyé en contrepartie de cotisations. C'est un avantage gratuit octroyé aux personnes qui répondent à des critères objectifs. C'est un droit dont l'exécution peut être poursuivie devant les tribunaux (2).

Section 1. Conditions générales d'octroi

A. Age

L'âge pour bénéficier de la garantie de revenus a été fixé uniformément pour les hommes et les femmes à 65 ans. Mais, une période transitoire, qui vaut tant pour les hommes que pour les femmes, a été prévue. L'âge requis est de 62 ans en 2002. Il sera de 63 ans à partir de 2003 et de 64 ans à partir de 2006. Ce n'est qu'à partir de 2009 que l'âge de 65 ans sera d'application.

Cette égalité de traitement entre hommes et femmes était devenue une obligation depuis l'arrêt de la Cour d'Arbitrage du 28 octobre 1997 qui avait déclaré comme contraire à la Constitution la fixation d'un âge différent pour les hommes et les femmes dans l'attribution du revenu garanti.

B. Nationalité

Le bénéficiaire doit :

- ou être belge;
- ou relever du champ d'application des règlements européens;
- ou être apatride ou de nationalité indéterminée ou réfugié reconnu au sens de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers;
- ou être ressortissant d'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention de réciprocité en la matière ou a reconnu l'existence d'une réciprocité de fait (ces pays sont le Danemark, la France, la Grande-Bretagne, l'Irlande, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse) ;
- ou être une personne de nationalité étrangère, à la condition qu'un droit à une pension de retraite ou de survie soit ouvert en sa faveur en vertu d'un régime belge.

(1) Les 2 dispositions législatives principales régissant la matière sont la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées et l'A.R. du 23 mai 2001 portant règlement général en matière de garantie de revenus aux personnes âgées.
(2) Loi du 22 mars 2001 relative aux contestations sur la garantie de revenus aux personnes âgées.

C. Résidence

Comme le revenu garanti, la garantie de revenus n'est accordée et payée qu'aux personnes qui ont leur résidence principale en Belgique et qui y séjournent en permanence et effectivement.

Certains séjours à l'étranger sont cependant assimilés à un séjour permanent et effectif en Belgique, à condition que l'Office national des pensions en ait été averti. C'est le cas pour le séjour à l'étranger de moins de trente jours, consécutifs ou non, par année civile, le séjour à l'étranger pendant trente jours ou davantage (consécutifs ou non par année civile), par suite de l'admission occasionnelle ou temporaire dans un hôpital ou dans un autre établissement de soins ou le séjour à l'étranger pendant trente jours ou davantage (consécutifs ou non par année civile), si des circonstances exceptionnelles justifient ce séjour et si l'Office a donné son autorisation.

Section 2. Montants de la garantie de revenus

A. La notion de partage de résidence

La législation sur le revenu garanti aux personnes âgées distinguait différents taux qui étaient déterminés en fonction de l'état civil du demandeur. Selon celui-ci, était attribué soit le « taux ménage », soit le « taux isolé », soit le « taux comme conjoint séparé de fait ». La nouvelle loi, tenant compte de la réalité sociale, supprime ce critère et introduit la notion de partage de résidence. Le montant accordé est fonction du partage ou non, dans le chef du demandeur, de la même résidence principale avec une ou plusieurs personnes. Le taux de base est majoré de 50 % pour le demandeur qui ne partage pas sa résidence avec une ou plusieurs personnes.
Cela a pour conséquence que deux personnes cohabitantes bénéficieront chacune de l'allocation de base, qu'elles soient mariées ou non.
Dans la même optique, on tient compte, dans l'octroi de la garantie de revenus, de toutes les ressources de toutes les personnes qui cohabitent avec le demandeur même sans qu'il y ait de lien de parenté (voir infra section 3).

Sont censés partager la même résidence principale, le demandeur et toute autre personne qui réside habituellement avec lui au même endroit. La résidence habituelle ressort soit de l'inscription dans les registres de la population de la commune du lieu de résidence, soit de toute pièce officielle ou administrative attestant la réalité d'une résidence commune.
La loi énumère cependant certaines catégories de personnes qui sont censées ne pas partager la même résidence principale que le demandeur nonobstant l'inscription à la même adresse dans les registres de la population. Ces personnes sont : les enfants mineurs, les enfants majeurs pour lesquels des allocations familiales sont perçues, les parents ou alliés en ligne descendante, les personnes accueillies dans la même maison de repos, la même maison de repos et de soins ou la même maison de soins psychiatriques. Si le bénéficiaire partage sa résidence exclusivement avec des personnes comprises dans cette énumération, il a droit au taux majoré.

B. Montants

Les montants de la garantie des revenus sont :

- pour le demandeur cohabitant (taux de base)	5.259,78 EUR
- pour le demandeur isolé (taux majoré)	7.889,67 EUR

Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation et varient conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971. Ils sont adaptés tous les deux ans suivant un coefficient de revalorisation fixé par arrêté royal.

Section 3. Incidence des ressources et des pensions

La garantie de revenus, tout comme le revenu garanti, est un avantage résiduaire, c'est-à-dire qu'il ne peut être octroyé qu'après une enquête sur l'ensemble des ressources dont est susceptible de bénéficier le demandeur. La partie supérieure à la limite d'immunisation fixée par le Roi est déduite du montant annuel de la prestation. Il est tenu compte de toutes les ressources, quelle qu'en soit l'origine ou la nature. Si le bénéficiaire est isolé, seules les ressources et pensions dont il dispose personnellement sont prises en compte pour le calcul de la garantie de revenus. Si l'intéressé partage sa résidence principale avec une ou plusieurs autres personnes, c'est l'ensemble des ressources et pensions de tous les cohabitants qui est pris en compte. Le total est ensuite, après déduction des immunisations prévues par le Roi (sauf l'immunisation générale finale), divisé par le nombre de personnes et le résultat est déduit du montant de base octroyé au demandeur.

Certains revenus sont immunisés totalement ou partiellement.

A. Une immunisation totale est applicable

- aux prestations familiales attribuées sur base d'un régime belge;
- aux prestations qui relèvent de l'assistance publique ou privée;
- aux rentes alimentaires entre ascendants et descendants;
- aux rentes de chevrons de front et de captivité ainsi qu'aux rentes d'un ordre national pour fait de guerre;
- aux allocations servies dans le cadre des lois relatives aux estropiés et mutilés, coordonnées par l'A.R. du 3 février 1961, dans celui de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés et dans celui de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés;
- à l'allocation de chauffage attribuée à certains bénéficiaires d'une pension de travailleur salarié;
- aux indemnités payées par les autorités allemandes en dédommagement de la détention durant la deuxième guerre mondiale.

B. Une immunisation partielle est applicable

- au revenu cadastral global des biens immeubles bâtis, dont le demandeur ou toute autre personne qui partage sa résidence est propriétaire ou usufruitier, à concurrence d'un montant de 743,68 EUR, majoré de 123,95 EUR pour chaque enfant pour lequel le demandeur ou toute autre personne qui partage la même résidence perçoit des allocations familiales;
- au revenu cadastral global des biens immeubles non bâtis dont le demandeur ou toute autre personne qui partage sa résidence est propriétaire ou usufruitier, à concurrence d'un montant de 29,75 EUR, pour autant qu'il n'y ait dans le patrimoine que des biens non bâtis;
- aux pensions légales du demandeur ou de toute autre personne qui partage sa résidence, qui ne sont retenues qu'à concurrence de 90% du montant réellement payé;
- en cas de cession à titre onéreux de la seule maison d'habitation, la première tranche de 37.200 EUR est immunisée, la même immunisation est applicable en cas de cession d'un immeuble non bâti par le demandeur ou un cohabitant à condition qu'ils ne possèdent aucun autre bien immeuble bâti ou non;
- aux capitaux mobiliers ou aux produits des cessions, à concurrence d'un montant de 6.200 EUR.

C. Calcul des ressources

1. Revenus professionnels

Lorsque le bénéficiaire ou toute autre personne avec qui il partage sa résidence effectue un travail professionnel autre qu'un travail à titre d'indépendant, il est tenu compte d'un montant forfaitaire égal aux 3/4 de la rémunération brute.

Si l'activité est exercée à titre d'indépendant, les revenus professionnels pris en considération sont les montants bruts diminués des dépenses ou charges professionnelles et, le cas échéant, des pertes professionnelles fixées conformément à la législation relative à l'impôt sur les revenus.

2. Les capitaux mobiliers et les cessions

2.1. les capitaux mobiliers

Il est tenu compte d'un revenu fictif censé être produit par ces capitaux, placés ou non, calculé de la manière suivante :

- 4% de la première tranche de 6.200 à 18.600 EUR
- 10% de la tranche supérieure à 18.600 EUR

2.2. Les cessions

En cas de cession, à titre gratuit ou onéreux, de biens mobiliers ou immobiliers par le demandeur ou un de ses cohabitants, il est pris en compte un revenu forfaitaire correspondant à la valeur vénale du bien au moment de la cession. Les mêmes pourcentages que pour les capitaux mobiliers sont ensuite appliqués à cette valeur.
Seules sont prises en considération les cessions effectuées moins de 10 ans avant d'avoir atteint l'âge requis dans le chef du bénéficiaire pour obtenir la GRAPA. Sont donc prises en considération les cessions intervenues à partir du :

- 52ème anniversaire du demandeur si la GRAPA prend cours entre le 1er juin 2001 et le 1er décembre 2002;
- 53ème anniversaire du demandeur si la GRAPA prend cours entre le 1er janvier 2003 et le 1er décembre 2005;
- 54ème anniversaire du demandeur si la GRAPA prend cours entre le 1er janvier 2006 et le 1er décembre 2008;
- 55ème anniversaire du demandeur si la GRAPA prend cours à partir du 1er janvier 2009.

En cas de remploi, c'est-à-dire lorsque le produit de la cession se retrouve dans le patrimoine du demandeur ou d'une personne partageant sa résidence, ce produit n'est pas pris en compte dans le calcul des ressources si la cession portait sur la maison d'habitation du demandeur ou d'une personne partageant sa résidence et qu'aucun autre bien immeuble bâti ne se trouve dans le patrimoine de l'un d'eux.

Lors d'une cession à titre onéreux uniquement, un abattement forfaitaire peut être obtenu, s'il s'agit de la maison d'habitation du demandeur ou de l'un de ses cohabitants, à la condition qu'ils ne possèdent aucun autre bien immeuble bâti, ou, s'il s'agit d'un immeuble non bâti, à la condition qu'ils ne possèdent aucun autre bien immeuble bâti ou non bâti. Cet abattement est de 1.250 EUR par an lorsque le demandeur a droit au montant de base et de 2.000 EUR lorsqu'il est isolé. Il est déduit automatiquement de la valeur vénale chaque année à la date anniversaire de la prise de cours de la GRAPA.

En outre, le montant de certaines dettes peut être déduit de la valeur vénale des biens cédés à certaines conditions.

3. Revenus de biens immobiliers

Il est tenu compte de la partie non immunisée du revenu cadastral, multipliée par 3, de tous les biens immeubles bâtis ou non bâtis dont le bénéficiaire et/ou l'un de ses cohabitants a la pleine propriété ou l'usufruit.

Tant pour les biens bâtis que non bâtis, en cas de partage d'usufruit ou de copropriété, il n'est tenu compte que de la part détenue effectivement par le demandeur et/ou l'une des personnes partageant sa résidence.

D. Déduction des pensions

Le montant des pensions de retraite, de survie et de tout avantage assimilé n'est retenu qu'à concurrence de 90% du montant réellement payé. Le cas échéant, il est préalablement déduit de ces avantages de pension le montant des pensions alimentaires qui sont dues par le demandeur ou d'une personne partageant sa résidence, à condition que la pension alimentaire soit effectivement payée et qu'elle soit fixée par une décision judiciaire exécutoire.

Dans deux cas, il est tenu compte du montant qui aurait dû être payé et pas de celui qui l'est effectivement :

- lorsque la pension fait l'objet d'une réduction en raison de la récupération d'un indu;
- lorsque la pension est suspendue en raison d'une sanction (exemple : l'exercice d'une activité professionnelle non autorisée ou l'omission de déclaration d'une telle activité).

Le pécule de vacances, le pécule de vacances complémentaire dans le régime des salariés ou la majoration spéciale dans le régime des indépendants ne sont pas déduits du montant de la GRAPA.

E. Immunisation générale lors de la déduction des ressources

Un montant forfaitaire est déduit du total des ressources portées finalement en compte. Ce montant est de 625 EUR si le bénéficiaire partage sa résidence avec une ou plusieurs personnes et de 1.000 EUR s'il est isolé. Dès lors seule la partie du total des ressources qui excède cette limite sera déduite de la GRAPA.

Section 4. Demande - décision administrative - contestations

La garantie de revenus est accordée sur demande de l'intéressé. Une nouvelle demande peut être introduite si des éléments nouveaux justifient soit l'augmentation du montant octroyé soit l'octroi de la garantie de revenus antérieurement refusée.
Le bénéficiaire est tenu de déclarer toute augmentation des ressources susceptibles d'entraîner une réduction de l'avantage.

Pour prétendre à la GRAPA, le demandeur est tenu de faire valoir ses droits à la pension dans tous les régimes belges auxquels il a été assujetti.
Par ailleurs, la demande de pension introduite à titre de travailleur salarié ou à titre de travailleur indépendant vaut comme demande de garantie de revenus, à condition que le montant des pensions n'en empêche pas l'octroi. Mais il faut noter que cette polyvalence ne joue pas pour les personnes qui partagent la résidence du demandeur. Si plusieurs personnes répondant à la condition d'âge habitent à la même adresse, l'introduction d'une demande par l'une d'entre elles n'a pas pour conséquence l'examen d'office des droits pour les autres.

Le droit à la GRAPA est examiné d'office lorsque l'âge légal est atteint, si la personne bénéficie d'une allocation de handicapé octroyée en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations pour handicapés ou du minimum de moyens d'existence ou d'une pension en vertu d'un régime légal belge de pension.

Le bénéficiaire peut introduire sa demande, en personne ou par l'intermédiaire d'un mandataire, soit auprès de l'administration communale, soit auprès de l'Office national des pensions.

Les droits sont examinés et la décision prise par l'Office national des pensions.
L'octroi de la GRAPA produit ses effets à partir du premier jour du mois qui suit la date de l'introduction de la demande et au plus tôt le premier jour du mois qui suit le mois au cours duquel la condition d'âge est satisfaite.

L'Office national des pensions procède à une révision d'office du droit à la garantie de revenus en cas de modification du nombre de personnes partageant la résidence du bénéficiaire, en cas de décès du bénéficiaire ou de l'une des personnes avec laquelle il partage sa résidence, si l'Office a connaissance d'une modification non déclarée des ressources ou si le montant des pensions est modifié comme suite à une nouvelle décision d'octroi (dans ce cas la GRAPA est recalculée sans nouvel examen des ressources).

Le demandeur peut introduire un recours auprès du tribunal du travail contre la décision de l'Office. La requête doit être introduite endéans un délai de 3 mois à dater de la notification de la décision administrative.

Section 5. Modalités de paiement

La garantie de revenus est payée mensuellement par virement sur un compte personnel ou, sur demande, par assignation postale payable au domicile en mains du bénéficiaire.

En cas de décès du bénéficiaire, les arrérages échus et non payés sont versés, sur demande uniquement, dans l'ordre suivant, à la personne qui a acquitté les frais funéraires ou à celle qui est intervenue dans les frais d'hospitalisation. La demande doit être adressée à l'Office national des pensions endéans un délai de 6 mois à dater du décès ou de la notification de la décision si celle-ci a été notifiée après le décès.
La GRAPA n'est pas payée en cas de détention du bénéficiaire dans une prison ou de son internement dans un établissement de défense sociale, pendant la durée de cette détention ou de cet internement.

Section 6. Allocation de chauffage

Une allocation forfaitaire de chauffage, dont le montant et les modalités d'octroi et de paiement sont à déterminer par arrêté royal, est octroyée aux bénéficiaires de la garantie de revenus.

Section 7. Dispositions transitoires

La GRAPA est entrée en vigueur au 1er juin 2001. Les bénéficiaires du revenu garanti accordé avant cette date bénéficient dans une certaine mesure des droits acquis. Ils ont été soumis automatiquement au régime de la GRAPA si ce système leur était plus avantageux. Lorsqu'un bénéficiaire de revenu garanti introduit une demande en révision parce qu'il estime que ses ressources sont moindres, il y a lieu d'effectuer un double calcul et d'appliquer à ce moment la réglementation la plus avantageuse.
Lorsque des bénéficiaires du revenu garanti se séparent de fait, il y a également lieu de comparer le revenu garanti et la garantie de revenus et d'accorder la prestation la plus avantageuse.

VI. Les pensions extra-légales

Les régimes de pensions peuvent être classés en trois piliers. Le premier pilier comprend les régimes légaux (obligatoires) de pension, à savoir principalement :

- le régime des travailleurs salariés (ouvriers et employés);
- le régime des travailleurs indépendants;
- tous les régimes du secteur public;
- le revenu garanti aux personnes âgées.

Le deuxième pilier comprend, tout d'abord, les régimes de pensions qui sont organisés au niveau d'un secteur d'activité ou d'une entreprise pour les travailleurs salariés en complément de la pension légale. Cette matière est actuellement régie par la loi du 28 avril 2003 (1), connue sous l'appellation de loi sur les pensions complémentaires (LPC).

Cette loi distingue deux régimes principaux de pension complémentaire : les régimes sectoriels et les régimes d'entreprises, qui peuvent, dans chaque cas, être ordinaires ou sociaux. A côté, existent également certains engagements individuels et la continuation à titre individuel d'un plan collectif (sectoriel ou individuel).

Le deuxième pilier concerne également les pensions complémentaires que peuvent se constituer les indépendants dans le cadre de leur activité professionnelle. Cette matière est actuellement régie par la loi-programme du 24 décembre 2002 (2), connue sous l'appellation de loi sur les pensions complémentaires des indépendants (LPCI).

Enfin, le troisième pilier concerne la prévoyance individuelle : assurance-vie et épargne-pension.

Section 1. L'assurance complémentaire des travailleurs salariés

A. Conditions générales d'attribution

La décision d'instaurer, modifier ou abroger un engagement de pension relève de la compétence de l'organisateur. Cette notion, introduite par la LPC, vise :

- pour les régimes sectoriels, une personne morale composée paritairement et désignée via une CCT par les organisations représentatives de la commission ou sous-commission paritaire compétente;
- pour les régimes d'entreprises, l'employeur.

Dans le second cas, la LPC stipule que si, lors de l'instauration d'un régime de pension complémentaire ou à un moment ultérieur, le paiement de cotisations personnelles par le travailleur est prévu et si le régime de pension complémentaire vaut pour tous les travailleurs de l'entreprise, la décision d'instaurer, de modifier ou d'abroger le régime doit être prise soit par une convention collective, lorsqu'il existe au sein de

(1) Loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages en matière de sécurité sociale (M.B., 15 mai 2003).
(2) Loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (M.B., 31 décembre 2002). La matière relative aux pensions complémentaires des indépendants fait l'objet de la section 4 du chapitre Ier, du titre II de la loi.

l'entreprise un conseil d'entreprise, un comité pour la prévention et la protection au travail ou une délégation syndicale, soit par une modification du règlement de travail, dans tous les autres cas.

L'affiliation est obligatoire pour tous les nouveaux travailleurs qui appartiennent à la catégorie définie dans le règlement de pension et est facultative pour le personnel déjà en service au moment de l'instauration du plan de pension. Toute distinction entre travailleurs à temps partiel et à temps plein est interdite, à l'exception de celle qui découle de la réduction du temps de travail.

Sauf si le régime est instauré par une convention collective de travail, les affiliés peuvent refuser de participer à une modification de l'engagement de pension qui entraîne une augmentation de leurs obligations. Dans ce cas, ils conservent leur droit à l'ancien engagement.

L'affiliation est immédiate pour les travailleurs qui ont atteint au moins l'âge de 25 ans. Les affiliés peuvent faire valoir des droits sur les réserves acquises après un an d'affiliation.

L'article 14 de la LPC interdit à l'organisateur d'instaurer des discriminations entre les travailleurs, entre autres :

- octroyer des pensions de survie exclusivement à des bénéficiaires masculins ou féminins ou établir une différence entre les hommes et les femmes qui ne soit pas basée sur la différence des espérances de vie;
- subordonner l'affiliation à une décision complémentaire de l'organisateur, de l'employeur ou de l'organisme de pension;
- différencier l'engagement de pension en fonction de l'âge (sauf ce qui est permis par la LPC elle-même).

Un examen médical ne peut être imposé que dans des cas bien précis. Son résultat ne peut servir qu'à déterminer le montant des cotisations et non à empêcher l'affiliation au régime de pension.

Les plans sociaux se caractérisent par la présence d'un engagement de solidarité à côté de l'engagement de pension des plans ordinaires. Cette solidarité peut revêtir différentes formes :

- le financement de la constitution de l'engagement de pension pendant certaines périodes d'inactivité telles que le chômage ou l'interruption de carrière ou en cas de faillite de l'employeur;
- l'indemnisation des pertes de revenus en cas d'incapacité de travail permanente, de maladie grave ou de décès au cours de la carrière;
- l'augmentation des prestations du plan ordinaire de pension.

Ces plans de pensions sociaux sont encouragés fiscalement par la suppression de la taxe assimilée au timbre de 4,40 % normalement perçue sur les cotisations ainsi que par leur sortie de la norme salariale.

Outre la présence d'un engagement de solidarité, qui doit lui-même répondre à des normes précises, un plan social doit répondre à des conditions supplémentaires par rapport aux plans ordinaires :

- le plan doit être applicable à tous les travailleurs et être géré de manière paritaire;

- les bénéfices, après déduction des frais limités, doivent être intégralement redistribués aux affiliés;
- l'instauration doit se faire :
  - en cas de régime sectoriel, par une convention collective de travail sectorielle de durée indéterminée et rendue obligatoire par arrêté royal;
  - en cas de régime d'entreprise, par une convention collective de travail d'entreprise ou, en cas d'absence d'organe de concertation, selon une procédure spéciale (art. 12 de la LPC).

B. Règles de calcul

Le but poursuivi par les pensions complémentaires est d'éviter une rupture trop importante de revenus au moment du passage à la retraite. En outre, de tels régimes prévoient souvent des prestations en cas de décès et en cas d'invalidité. Ces prestations étant complémentaires aux prestations légales en cas de retraite, décès prématuré ou invalidité, le niveau de la couverture légale est souvent pris en compte pour déterminer l'importance des prestations complémentaires.

Puisqu'un tel système est prévu pour éviter une baisse de revenus, il va de soi que les prestations à constituer sont en général proportionnelles au salaire perdu le jour de la survenance de l'événement assuré.

Il existe trois systèmes de financement :

- prestations définies (ou but à atteindre) : la pension complémentaire est définie a priori (en général sous la forme d'un pourcentage de la rémunération de fin de carrière) et on calcule les primes qui seront nécessaires pour constituer cet avantage (en fonction de paramètres démographiques, financiers et économiques);
- contributions définies (ou charges fixées) : les cotisations, versées par l'employeur et/ou le travailleur, sont fixées a priori (en général en pourcentage de la rémunération) et la pension complémentaire résultera de la capitalisation des versements effectués;
- cash balance : un montant forfaitaire est attribué mais non versé en faveur de chaque affilié et un rendement déterminé est promis. La prestation est égale à la somme des montants attribués, augmentée du rendement promis.

En d'autres termes, dans le premier système, c'est le financement nécessaire qui est l'inconnue du calcul, dans le deuxième, c'est la prestation qui n'est pas connue au préalable, tandis que le troisième se situe à mi-chemin entre les deux premiers. La LPC prévoit une garantie de rendement sur les contributions personnelles des travailleurs, ainsi que, dans les plans de type contributions définies et cash balance, sur les cotisations des employeurs.

Les systèmes de pensions complémentaires comportent souvent également une assurance-décès. Le conjoint survivant se voit verser, en cas de décès avant l'âge de la retraite, une partie de la rente de retraite ou une partie du capital de retraite. En cas de décès après l'âge de la retraite, il y a réversion de la rente en faveur du conjoint survivant. Dans le cas où un capital aurait été payé, celui-ci ne reçoit évidemment plus de prestation.

C. Prestations acquises et portabilité

On a introduit dans la législation les notions de réserves acquises et de prestations acquises afin que le travailleur puisse faire valoir des droits sur les avantages du plan de pension même s'il quitte l'entreprise avant l'âge de la retraite.

Pour pouvoir verser la pension complémentaire à l'âge de la retraite, il est nécessaire de constituer le capital tout au long de la carrière de l'affilié. Ainsi, au milieu de sa carrière, l'affilié dispose déjà d'un montant important, qui ne constitue toutefois qu'une fraction du capital versé à l'âge de la pension. On appelle réserve acquise cette fraction du capital. Celle-ci appartient déjà à l'affilié, bien qu'il ne puisse en disposer avant l'âge de la retraite.

On appelle prestation acquise la partie de la pension à l'âge de la retraite, qui correspond à la réserve acquise. Il s'agit donc de la pension qui est déjà acquise par l'affilié à un moment quelconque de sa carrière.

Le calcul des réserves acquises varie selon que le plan est de type contributions définies, prestations définies ou cash balance.

L'organisme de pension doit remettre chaque année à l'affilié une fiche de pension détaillant, entre autres, le montant des prestations acquises. La même obligation existe en cas d'expiration du contrat de travail.

Le travailleur peut faire valoir des droits sur les réserves acquises après un an d'affiliation, voire moins si le plan de pension le prévoit. En outre, depuis 1996, il n'est plus possible de supprimer le caractère acquis des prestations en cas de licenciement pour faute grave.

En cas de sortie du plan de pension (autrement que par la retraite ou le décès), plusieurs choix sont offerts à l'affilié :

- transférer les réserves acquises dans le plan de pension du nouvel employeur. Ce transfert doit s'opérer sans frais à charge de l'affilié. Les réserves peuvent être intégrées au plan de pension lui-même ou dans une structure d'accueil;
- maintenir les réserves acquises auprès de l'employeur qu'il quitte, soit dans le plan proprement dit, soit dans une structure d'accueil;
- transférer les réserves acquises dans une entreprise qui a l'obligation de répartir entièrement ses bénéfices (cf. art. 2, § 3, 5°, L. 9 juillet 1975).

Dans certaines conditions, la LPC autorise même la continuation à titre individuel du plan de pension.

D. Organisation – contrôle

L'organisation et le contrôle technique des régimes de pensions extra-légales résultent de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances et sont confiés à l'Office de Contrôle des Assurances, intégré depuis le 1er janvier 2004 à la Commission Bancaire, Financière et des Assurances (CBFA).

La LPC a mis en place le Conseil des pensions complémentaires et la Commission des pensions complémentaires. Le premier est chargé de coordonner les tâches de contrôle entre la CBFA et les SPF Emploi et Travail, Sécurité sociale et Finances. La seconde est un organisme consultatif regroupant des représentants de tous les intérêts concernés par les pensions complémentaires des travailleurs salariés.

Tout engagement de pension est régi par un règlement de pension qui détermine les droits et obligations de l'organisateur et des affiliés. Ceux-ci peuvent, sur simple demande, obtenir un exemplaire du règlement.

Les assurances de groupe sont régies par l'A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'assurance sur la vie. L'assurance de groupe se définit comme un contrat ou un ensemble de contrats conclus auprès d'une entreprise d'assurance par un ou plusieurs employeurs au profit de tout ou partie du personnel ou au profit de tout autre ensemble de personnes à qui il(s) paie(nt) une rémunération régulière.

Les institutions de prévoyance, également appelées fonds de pensions, sont régies par les A.R. des 14 mai 1985 et 7 mai 2000. Elles sont constituées sous forme d'associations sans but lucratif ou d'associations d'assurances mutuelles, ayant pour activité principale de constituer des engagements de pension.

Section 2. Assurance complémentaire organisée par l'A.R. du 14 novembre 2003

Ce texte remplace l'A.R. du 14 mai 1969, afin de mieux intégrer la matière dans l'ensemble des dispositions relatives aux pensions complémentaires. Les principes de base n'ont cependant pas été changés.

Tout comme l'A.R. du 14 mai 1969, celui du 14 novembre 2003 instaure une assurance complémentaire spécifique : les travailleurs salariés peuvent se constituer, en complément des droits qui découlent de leur régime obligatoire de pension, au moyen de versements libres, des rentes de vieillesse complémentaires pour eux-mêmes et une rente de survie pour leur conjoint ou pour un autre bénéficiaire qu'ils désignent.

Cette assurance peut être contractée auprès de l'Office national des pensions ou auprès d'un autre organisme assureur agréé par la CBFA et le Ministre des Pensions. Le régime est géré selon les principes de la capitalisation. Les assureurs agréés pour pratiquer les opérations visées par l'arrêté du 14 novembre 2003 ont l'obligation de redistribuer l'ensemble de leurs bénéfices, après déduction des frais qui doivent être limités.

En outre, les entreprises d'assurances agréées sur cette base peuvent recevoir les réserves acquises des travailleurs qui quittent un régime de pension (cf. section 1, C).

Section 3. La pension complémentaire des indépendants

La pension complémentaire des indépendants est désormais régie par la section 4, du chapitre 1er, du titre Ier, de la loi-programme du 24 décembre 2002, appelée Loi sur les pensions complémentaires des indépendants ou LPCI. Celle-ci remplace le régi-

me de la pension libre des travailleurs indépendants (PLCI) mis en place en 1982. Le nouveau régime présente de nombreux points communs avec celui des travailleurs salariés.

Le travailleur indépendant peut se constituer une pension complémentaire, pour lui-même ou pour ses ayants droits auprès d'un organisme de pension agréé par la CBFA. Les cotisations versées dans le cadre de ce régime sont calculées sur la base du revenu professionnel. Un minimum et un maximum sont fixés par un arrêté du 15 décembre 2003 qui, dans ses grandes lignes, reprend le régime de la PLCI. Actuellement, le minimum est fixé à 100 EUR par an et le maximum, à 8,17% du revenu professionnel pour autant que celui-ci atteigne au moins deux tiers du revenu minimum retenu pour le calcul des cotisations sociales obligatoires qui sont limités à un plafond (déductibilité fiscale).

Le travailleur indépendant dont les revenus de référence n'atteignent pas les deux tiers du revenu minimum retenu pour le calcul des cotisations sociales obligatoires, peut néanmoins verser une cotisation égale à 7% des deux tiers de ce revenu.

La LPCI a introduit une garantie minimale de rendement sur les versements effectués par le travailleur indépendant, qui protège ce dernier contre les aléas des marchés financiers. En cas de retraite après cinq années d'affiliation, le capital ne peut être inférieur à la somme des contributions versées.

Tout comme pour les travailleurs salariés, la LPCI permet aux indépendants de conclure des conventions sociales de pension. Ces dernières doivent comporter, outre le volet pension, un volet solidarité similaire à celui de la pension complémentaire des travailleurs salariés (cf. section 1, A). Dans le cas d'une convention sociale de pension, le maximum de cotisation est porté de 8,17% à 9,40% des revenus professionnels.

En matière d'impôt sur les revenus, les cotisations ont le caractère de versements obligatoires en application de la législation sociale. En vue du contrôle de la constitution fiscalement favorable de la pension complémentaire, les caisses d'assurances sociales doivent attester le paiement des cotisations légales et les organismes de pension, le paiement des cotisations versées.

La pension complémentaire des indépendants peut être payée en capital ou en rente.

VII. Renseignements généraux

Section 1. Adresses utiles

A. Pensions des travailleurs salariés et garantie de revenus aux personnes âgées

Office national des pensions (ONP) — Tél. : (02) 529 21 11
+ n° vert gratuit : 0800/50256 (FR)
Tour du Midi — Fax : (02) 529 33 33
1060 Bruxelles — Internet: http: //www. onprvp. fgov. be

Service public fédéral Sécurité sociale — Tél. : (02) 528 63 80
Domaine réglementation — Fax : (02) 528 69 72
Place Victor Horta, 40, bte 20 — Internet: http: //socialsecurity. fgov. be
1060 Bruxelles

B. Pensions des travailleurs indépendants

Institut national d'assurances sociales
pour travailleurs indépendants (INASTI) — Tél. : (02) 546 42 11
place Jean Jacobs, 6
1000 Bruxelles

Office national des pensions (ONP) — Tél. : (02) 529 21 11
+ n° vert gratuit : 0800/50256
Tour du Midi — Fax : (02) 529 33 33
1060 Bruxelles — Internet : http://www.onprvp.fgov.be

C. Pensions des travailleurs du secteur public

Administration des pensions — Tél. : (02) 558 60 00
Place Victor Horta, 40, bte 30 — Fax : (02) 558 60 10
1060 Bruxelles — Internet : http://www.ap.fgov.be

Office national de sécurité sociale
des administrations provinciales et locales (ONSS-APL) — Tél. : (02) 238 32 11
rue Joseph II, 47 — Internet : http://onssapl.fgov.be
1040 Bruxelles

D. Pensions extra-légales

Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA) — Tél. : (02) 220 52 11
rue du Congrès 12-14 — Fax : (02) 220 58 19
1000 Bruxelles — http://www.cbfa.be

Section 2. Réglementation et coordinations de textes légaux

A. Pensions de travailleurs salariés

La base de la législation est constituée par l'A.R. n° 50 du 24 octobre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés et l'A.R. du 21

décembre 1967 portant règlement général du régime de pension de retraite et de survie des travailleurs salariés, la loi du 20 juillet 1990 instaurant un âge flexible de la retraite pour les travailleurs salariés et adaptant les pensions des travailleurs salariés à l'évolution du bien-être général et l'A.R. du 23 décembre 1996 portant exécution des articles 15, 16 et 17 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux de pensions. L'Office national des pensions dispose d'une coordination officieuse des textes relatifs aux pensions de salariés.

B. Pensions de travailleurs indépendants

La base de la législation est constituée par l'A.R. n° 72 du 10 novembre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants et l'A.R. du 22 décembre 1967 portant règlement général relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants. Il faut y ajouter l'A.R. du 30 janvier 1997 relatif au régime de pension des travailleurs indépendants. L'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants édite une "Coordination officieuse du statut social des travailleurs indépendants" contenant notamment les textes relatifs aux pensions des travailleurs indépendants.

C. Pensions des travailleurs du secteur public

Le texte de base de la législation pour les pensions du secteur public est constitué par la loi du 21 juillet 1844 sur les pensions civiles et ecclésiastiques. Le cd-rom ''Codipers'' vous donne un aperçu des dispositions légales et réglementaires en matière de pensions civiles, ecclésiastiques, militaires et coloniales". Il est disponible auprès du SPF Finances, secrétariat général, tél. : (02) 233 80 65 ou Fax : (02) 233 81 07.

D. Garantie de revenus aux personnes âgées

La base de la législation est constituée par la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées et l'A.R. du 23 mai 2001 portant règlement général en matière de garantie de revenus aux personnes âgées.

E. Pensions extra-légales de travailleurs salariés

La base de la législation est constituée par la loi du 28 avril 2003 relative aux pensions complémentaires et au régime fiscal de celles-ci et de certains avantages complémentaires en matière de sécurité sociale (entrée en vigueur le 1er janvier 2004) et par divers A.R. d'exécution du 14 novembre 2003. La Commission bancaire, financière et des assurances dispose d'une coordination de ces textes (www.cbfa.be).

F. Pension libre complémentaire des indépendants

Le fondement légal se trouve à l'article 52bis de l'A.R. n° 72 du 10 novembre 1967 relatif à la pension de retraite et de survie des travailleurs indépendants.

La loi-programme du 24 décembre 2002 a instauré un nouveau régime de pension complémentaire en faveur des travailleurs indépendants. Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2004.

Section 3. Publications

A. Pensions de travailleurs salariés et revenu garanti aux personnes âgées

L'Office national des pensions dispose d'un ouvrage intitulé : *Le régime des pensions pour travailleurs salariés et le revenu garanti aux personnes âgées.*

L'Office a également réalisé un mémento gratuit destiné au grand public et intitulé : « Les pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés et la garantie de revenus aux personnes âgées ».

B. Pensions de travailleurs indépendants

L'INASTI a réalisé une brochure gratuite intitulée "*Le régime de pension des travailleurs indépendants"*.

C. Pensions de travailleurs du secteur public

L'Administration des pensions édite 3 brochures gratuites sur les pensions publiques, à savoir :

- Renseignements généraux relatifs aux pensions de retraite et de survie du secteur public;
- L'interruption de la carrière et la pension du secteur public;
- Cumul des pensions du secteur public avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement.

Titre V. Chômage

I. Réglementation en matière de chômage

La réglementation en matière de chômage a pour but d'accorder aux chômeurs qui, pour une cause indépendante de leur volonté, ne peuvent être intégrés dans un nouvel emploi, des allocations de chômage en remplacement de leur rémunération perdue.

Section 1. Champ d'application

La réglementation en matière de chômage n'a pas de champ d'application propre. La qualité de bénéficiaire d'allocations de chômage est déterminée par celle d'assuré social, c'est-à-dire par l'assujettissement à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs assimilés.

Section 2. Bénéficiaires

Pour bénéficier des allocations, l'assujettissement théorique à la sécurité sociale ne suffit pas.

Il faut en outre que le salarié devenu chômeur justifie d'un certain nombre de journées de travail (période de stage) au cours d'une certaine période (période de référence) précédant la demande :

AGE	NOMBRE DE JOURS MINIMUM DE TRAVAIL SALARIE A PROUVER ET PERIODE DE REFERENCE
Moins de 36 ans	- soit 312 jours au cours des 18 mois précédant la demande; - soit 468 jours au cours des 27 mois précédant la demande; - soit 624 jours au cours des 36 mois précédant la demande.
De 36 à 49 ans	- soit 468 jours au cours des 27 mois précédant la demande; - soit 624 jours au cours des 36 mois précédant la demande; - soit 234 jours dans les 27 mois + 1.560 jours dans les 10 ans qui précèdent ces 27 mois; - soit 312 jours dans les 27 mois + pour chaque jour qui manque pour arriver à 468 jours, 8 jours dans les 10 ans qui précèdent ces 27 mois.
A partir de 50 ans	- soit 624 jours au cours des 36 mois précédant la demande; - soit 312 jours au cours des 36 mois précédant la demande et 1.560 jours dans les 10 ans qui précèdent ces 36 mois; - soit 416 jours dans les 36 mois + pour chaque jour qui manque pour arriver à 624 jours, 8 jours dans les 10 ans qui précèdent ces 36 mois.

Le chômeur qui ne satisfait pas aux conditions imposées pour sa catégorie d'âge est cependant admis au bénéfice des prestations lorsqu'il réunit les conditions fixées pour une catégorie d'âge plus élevée.

S'il ne satisfait à aucune des conditions précitées, il peut néanmoins obtenir son admission en raison de son passé professionnel; il sera en effet admis au bénéfice des allocations s'il est âgé de 36 ans ou plus :

– lorsqu'il peut justifier, à la fois, de la moitié au moins du nombre de journées de travail exigé pendant la période de référence qui lui est applicable et d'un nombre de journées de travail s'élevant au total à cinq années au cours des dix années précédant la période de référence. Si sa carrière professionnelle n'a débuté qu'au cours de ladite période de dix ans, il suffit que le nombre de journées de travail de cette période soit égal à la moitié du nombre de jours ouvrables compris entre le début de la carrière professionnelle et l'expiration de la période de dix ans;
– lorsqu'il peut, au cours de la période de référence qui lui est applicable, justifier des 2/3 au moins du nombre de journées prévu et, pour chaque journée de travail manquante, de huit journées de travail pendant la période de 10 ans visée ci-dessus.

Les travailleurs à temps partiel volontaires, qui sont occupés dans un emploi qui comporte normalement, en moyenne, au moins douze heures de travail par semaine, ou le tiers au moins du nombre d'heures hebdomadaires normalement prestées en moyenne par un travailleur occupé à temps plein dans une fonction analogue au sein de la même entreprise ou, à défaut, dans la même branche d'activité, acquièrent la qualité de bénéficiaire en justifiant du même nombre de demi-jours de travail que le nombre de jours de travail requis pour être admis à temps plein. La période de référence à prendre en considération est cependant dans ce cas prolongée de 6 mois. En règle générale, pour obtenir le nombre de demi-jours de travail à prendre en considération, le nombre d'heures de travail et d'heures assimilées est divisé par 5,77 et multiplié par 2 (à concurrence d'un maximum de 26 demi-jours par mois).

Les périodes de référence visées au tableau précité peuvent être prolongées sous certaines conditions et limites en cas de : emprisonnement ou détention, force majeure, interruption d'activité comme salarié pour l'éducation d'un enfant (min. 6 mois, max. 3 ans, à dater de chaque naissance ou adoption), cohabitation à l'étranger avec un Belge occupé dans le cadre du stationnement des Forces armées belges, bénéfice d'allocations d'interruption de carrière ou de crédit-temps, occupation dans les régimes du T.C.T., A.C.S., F.B.I., le programme de promotion de l'emploi dans le secteur non marchand dans la Région flamande, le programme ''P.R.I.M.E.', une occupation dans le cadre d'un programme de transition professionnelle reconnu ou une occupation dans un poste de travail reconnu, dont la durée ne s'étend pas sur au moins 24 mois ininterrompus, renonciation volontaire au droit aux allocations, octroi d'allocations de chômage dans le cadre de la prépension à mi-temps et de réduction volontaire des prestations à temps plein pour l'éducation d'un enfant (max. 3 ans à dater de chaque naissance ou adoption) ou pour un autre motif (max. 3 ans à dater de la réduction volontaire des prestations).

La période de référence peut également être prolongée du nombre de jours au cours desquels le travailleur salarié a effectivement interrompu son emploi salarié pour exercer une profession indépendante, cette période ne peut ni être supérieure à 9 années, ni être inférieure à 6 mois.

Une fois acquise, la qualité de bénéficiaire se maintient pendant trois ans à dater du dernier jour d'indemnisation.
Cette période de 3 ans est prolongée, sous certaines conditions, par un certain nombre d'événements, notamment : l'emprisonnement ou la détention, l'impossibilité de travailler pour raison de force majeure, l'interruption d'un travail salarié ou du chô-

mage pour l'éducation d'un enfant (min. 6 mois, max. 3 ans, à dater de chaque naissance ou adoption), la cohabitation à l'étranger avec un Belge occupé dans le cadre du stationnement de Forces armées belges, l'interruption de carrière ou le crédit-temps, la réduction volontaire des prestations à temps plein pour l'éducation d'un enfant ou pour un autre motif (max. 3 ans), la renonciation volontaire du droit aux allocations (6 mois max. renouvelables). Elle est également prolongée du nombre de jours que comporte la période d'exercice d'une profession indépendante, à condition que celle-ci ait été exercée pendant 6 mois au moins. Dans ce cas, la prolongation ne peut cependant excéder 6 ans.

Les jeunes travailleurs âgés de moins de 30 ans (au moment de la demande d'allocations – cette limite d'âge peut toutefois être dépassée dans certains cas prévus par la réglementation chômage), qui n'ont jamais travaillé, ou qui n'ont pas travaillé suffisamment, et qui, de ce fait, n'ont pas droit aux allocations de chômage peuvent, quant à eux, être admis au bénéfice des allocations d'attente sur base de leurs études. Pour ce faire, ils doivent, soit avoir terminé des études de plein exercice du cycle secondaire supérieur ou du cycle secondaire inférieur de formation technique ou professionnelle dans un établissement d'enseignement organisé, subventionné ou reconnu par une Communauté, soit avoir obtenu, pour ces mêmes études, un certificat ou un diplôme devant le jury compétent d'une Communauté, soit avoir terminé un apprentissage classes moyennes ou un apprentissage de professions salariées (le texte légal prévoit d'autres hypothèses en ce qui concerne l'enseignement suivi – article 36, A.R. 25.11.1991). Ils doivent en outre avoir mis fin à tout type d'études de plein exercice et à tout type d'apprentissage et accomplir un stage comportant le nombre de jours mentionnés ci-après (stage d'attente à accomplir avant l'introduction de la demande d'allocations) :

- 155 s'ils sont âgés de moins de 18 ans au moment de leur demande;
- 233 s'ils sont âgés de 18 à moins de 26 ans au moment de leur demande;
- 310 s'ils sont âgés de 26 à moins de 30 ans au moment de leur demande.

Sont entre autres prises en compte pour l'accomplissement de ce stage, les journées de travail et les journées, dimanches exceptés, durant lesquelles le jeune travailleur est demandeur d'emploi, inscrit comme tel et disponible pour le marché de l'emploi.

Section 3. Journées de travail et journées assimilées

Dans le cadre du régime de chômage, par journées ou demi-journées de travail, on entend des journées ou demi-journées pour lesquelles les retenues de sécurité sociale ont été opérées sur les salaires payés. N'est toutefois considérée comme prestation que celle qui a été effectuée contre paiement d'une rémunération qui n'est pas inférieure au minimum fixé par une disposition légale ou réglementaire ou une convention collective de travail qui lie l'entreprise ou, à défaut, par l'usage. Lorsqu'une rémunération inférieure au taux précité a été payée, une possibilité de régularisation subsiste néanmoins. N'entrent pas non plus en ligne de compte les journées ou demi-journées de travail accomplies par les travailleurs diamantaires dans un atelier qui n'a pas été agréé, ni les journées ou demi-journées de travail effectuées pendant une période d'occupation dans les régimes de T.C.T., A.C.S. ou F.B.I. dont la durée ne s'étend pas sur au moins vingt-quatre mois non interrompus et les journées ou demi-journées de travail fournies par un travailleur étranger, lorsqu'il ne possède pas le permis de travail et le permis de séjour.

Peuvent en outre être assimilées à des journées ou demi-journées de travail, celles qui ont donné lieu au paiement d'une indemnité à charge de l'assurance maladie-invalidité ou d'une indemnité pour accident de travail, accident sur le chemin du travail ou maladie professionnelle, des journées ou demi-journées de chômage indemnisées, de vacances annuelles, de grève ou de lock-out, des journées ou demi-journées d'inactivité qui ont donné lieu au paiement d'une rémunération sur laquelle ont été retenues les cotisations de sécurité sociale (par exemple indemnité de préavis), des jours ou demi-jours fériés et d'incapacité de travail pour lesquels, conformément à la législation applicable, a été payée une rémunération sur laquelle aucune cotisation de sécurité sociale n'a été retenue.

Entrent également en ligne de compte les jours ou demi-jours de repos compensatoire, les jours ou demi-jours de carence prévus par la législation relative à l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et les journées ou demi-journées pour lesquelles l'ouvrier mineur bénéficie d'une pension d'invalidité, de même que les journées et demi-journées chômées pour cause de gel qui ont été indemnisées par le Fonds de sécurité d'existence des ouvriers de la construction. Sont également assimilées les journées pendant lesquelles le travailleur a exercé des fonctions de juge social ou de juge consulaire ou de conseiller social auprès des juridictions du travail, ainsi que les autres journées d'absence non rémunérées à raison de 10 jours maximum par année civile.

Les journées ou demi-journées assimilées à des journées ou demi-journées de travail, sont prises en considération dans la même mesure que les journées ou demi-journées qui les précèdent.

Section 4. Conditions d'octroi

Le chômeur qui a acquis la qualité de bénéficiaire de la manière indiquée ci-dessus peut bénéficier des prestations pour autant qu'il réunisse les conditions suivantes :

A. Etre privé de rémunération

Sont également considérés comme rémunération, notamment l'indemnité de préavis ou les dommages et intérêts auxquels le travailleur a droit en cas de rupture du contrat par l'employeur, les paiements effectués en vertu de la loi sur le salaire garanti, le pécule de vacances et le salaire afférent aux jours fériés.

B. Etre en chômage par suite de circonstances indépendantes de sa volonté

Par "chômage par suite de circonstances dépendant de la volonté du travailleur", on entend notamment, l'abandon d'un emploi convenable sans motif légitime, le licenciement qui trouve son origine dans l'attitude fautive du travailleur, le refus d'emploi, le défaut de présentation sans justification suffisante auprès du service régional de l'emploi si le chômeur a été convoqué par ce service, le défaut de présentation sans justification suffisante auprès d'un employeur si le chômeur a été invité à s'y présenter par le service régional de l'emploi, le refus du chômeur de participer à un parcours d'insertion.

Le chômeur en état de grève ou de lock-out - ou dont le chômage est la conséquence directe ou indirecte d'une grève - ne peut prétendre aux allocations de chômage que moyennant l'autorisation du Comité de gestion de l'Office national de l'Emploi.

C. Avoir subi du chômage dans un emploi à temps plein

Le travailleur dont la durée contractuelle normale de travail correspond à la durée de travail maximale en vigueur dans l'entreprise en vertu de la loi, et qui reçoit une rémunération correspondante à celle due pour une semaine complète de travail, est censé être un travailleur à temps plein. Est également assimilé à un travailleur à temps plein, le travailleur qui perçoit normalement en moyenne une rémunération mensuelle au moins égale au revenu minimum mensuel moyen, à condition qu'il s'inscrive comme demandeur d'emploi dans un régime de travail à temps plein au moment de sa demande d'allocations et qu'il remplisse les conditions d'admissibilité pour bénéficier des allocations comme travailleur à temps plein.

La réglementation admet en outre deux exceptions : la première concerne les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits et la seconde, les travailleurs qui ont choisi, comme régime de travail, un travail à temps partiel.

- Le travailleur qui entre dans un régime de travail qui ne correspond pas à un temps plein et dont la durée est, sauf dérogation, au moins équivalente à un tiers temps, peut, s'il satisfait à toutes les conditions d'admissibilité et d'octroi pour bénéficier des allocations comme travailleur à temps plein au moment où il entre dans le régime de travail à temps partiel, introduire une demande pour obtenir le statut de « travailleur à temps partiel avec maintien des droits ».

Pour autant qu'il ne soit pas occupé dans un régime de travail dont la durée hebdomadaire moyenne dépasse les 4/5 d'une occupation à temps plein, ce travailleur peut, le cas échéant, bénéficier, pendant la durée de son contrat, d'une allocation de garantie de revenus. Cette allocation est, pour un mois considéré, fixée à un montant correspondant à la différence entre, d'une part, l'allocation de référence, c'est-à-dire l'allocation qui, en cas de chômage complet, serait applicable le premier jour indemnisable du mois considéré, majorée d'un supplément dont le montant varie en fonction de la situation familiale du chômeur, et, d'autre part, la rémunération nette gagnée pour ce mois.

A l'issue du contrat de travail à temps partiel, le travailleur bénéficie à nouveau d'allocations pour tous les jours de la semaine.

- Le travailleur à temps partiel volontaire ne peut bénéficier d'allocations de chômage pendant son occupation à temps partiel, sauf éventuellement en cas de chômage temporaire.

A l'issue de son contrat de travail, il ne bénéficie pas d'allocations de chômage complètes, mais est indemnisé dans un régime spécifique de demi-allocations. Le nombre de demi-allocations varie en fonction de l'importance de son régime de travail.

D. N'effectuer pendant la période de chômage :

– pour le compte d'un tiers, aucun travail, salarié ou non, dont il tire quelque rémunération ou avantage matériel de nature à contribuer à sa subsistance et à celle de sa famille. En principe, toute activité effectuée pour un tiers est présumée être rémunérée. Dans certains cas, le chômeur peut cependant être autorisé à exercer une activité bénévole moyennant une déclaration préalable au bureau du chômage;

– pour son propre compte, aucun travail qui peut être intégré dans le courant des échanges économiques de biens et de services et qui ne se limite pas à la gestion normale de son patrimoine;
– toutefois, le chômeur qui, avant de tomber au chômage, exerçait déjà une activité accessoire, que ce soit pour son propre compte ou pour le compte d'un tiers, peut continuer à l'exercer si elle répond aux conditions suivantes : elle a déjà été exercée au moins 3 mois durant la période de travail salarié qui a immédiatement précédé la demande d'allocations, elle a fait l'objet d'une déclaration préalable, elle ne s'exerce pas entre 7 et 18 heures. L'exercice de certaines professions reste en outre interdit.

Par ailleurs, il n'est pas accordé d'allocation pour chaque samedi durant lequel le chômeur exerce son activité, et une allocation est déduite pour chaque dimanche durant lequel il exerce son activité.

E. Etre apte au travail au sens de la législation en matière d'assurance maladie-invalidité

Le chômeur inapte au travail (incapacité au travail de plus de 66 %) ne peut bénéficier des allocations de chômage, mais doit s'adresser à son organisme assureur en vue d'obtenir les indemnités d'assurance maladie-invalidité.

F. Etre disponible pour le marché de l'emploi

Pour satisfaire à cette condition, le chômeur doit être inscrit comme demandeur d'emploi et être disposé à accepter tout emploi convenable. Il ne peut soumettre sa remise au travail à des réserves qui ne sont pas justifiées compte tenu des critères de l'emploi convenable.

- Des dispositions réglementaires définissent ce qu'il faut entendre par emploi convenable. Les critères déterminants sont principalement l'aptitude professionnelle du demandeur d'emploi, la rémunération proposée, la durée de l'absence journalière de la résidence habituelle qu'entraîne la localisation du travail offert, le travail de nuit et l'aptitude physique ou mentale à l'exercice d'un emploi. Des règles particulières sont prévues pour les travailleurs frontaliers et les artistes du spectacle.

Le chômeur qui subordonne sa remise au travail à des conditions qui le rendent indisponible pour le marché général de l'emploi, est réputé n'être pas disposé à accepter tout emploi convenable. Il en est de même du demandeur d'emploi à temps partiel volontaire qui subordonne sa remise au travail à des conditions qui le rendent indisponible pour le marché spécial de l'emploi à temps partiel.

- L'inscription comme demandeur d'emploi est soumise à des conditions et à des modalités d'exécution différentes selon qu'il s'agit de "chômeurs complets" ou de "chômeurs temporaires". Le chômeur temporaire, par exemple, est dispensé de se faire inscrire comme demandeur d'emploi pendant toute la durée de son chômage temporaire lorsque le régime de travail instauré par son employeur comporte des périodes d'inactivité qui n'excèdent pas quatre semaines.

G. Se présenter régulièrement au contrôle organisé par les administrations communales sous la surveillance des bureaux du chômage

Ainsi, les chômeurs ordinaires devront se présenter 2 fois par mois (en principe le 3 et le 26). Des modalités particulières de contrôle sont prévues en faveur de certaines catégories de chômeurs ainsi que des dispenses de contrôle dont bénéficient notamment les chômeurs âgés.

Les chômeurs temporaires, à savoir ceux dont l'exécution du contrat n'est que suspendue, ne doivent pas se présenter au contrôle pendant la durée de la suspension.

H. Résider effectivement en Belgique

Pour bénéficier des allocations, le chômeur doit avoir sa résidence habituelle en Belgique et résider effectivement en Belgique.

I. A dater de l'âge normal de la pension, il n'a plus droit à l'allocation de chômage.

Section 5. Allocations

A. Allocations de chômage

Les allocations de chômage ne sont dues que pour les jours ouvrables. N'entrent donc pas en ligne de compte, les dimanches et les jours ouvrables ordinaires chômés en raison des usages de la profession, de la région, de localité ou de l'entreprise; quant aux jours fériés, la réglementation chômage prévoit des règles particulières – art. 46, A.R. 25 novembre 1991.

L'allocation de base est fixée à 40% de la rémunération journalière moyenne plafonnée à 65,7564 bruts au 1er octobre 2004.

Pendant la première année de chômage, tous les chômeurs ont en outre droit à un complément d'adaptation de 15%.

Pour le travailleur ayant charge de famille, le montant de base est, pendant toute la durée du chômage, majoré d'un complément de 5% pour perte de revenu unique. D'autre part, une fois la première année de chômage écoulée, ce travailleur bénéficie d'un complément de 15% pour charge de famille.

Le travailleur isolé bénéficie également pendant la première année de chômage du complément de 5% pour perte de revenu unique, à l'issue de cette première année, le taux de ce complément est porté à 10%.

Enfin, le travailleur qui ne peut justifier ni de charge de famille, ni de la perte d'un revenu unique, ni du statut d'isolé, continue, en tant que cohabitant, à l'issue de la première année de chômage, à bénéficier du montant de base pendant une période de 3 mois, prolongée de 3 mois par année de travail salarié. A l'expiration de cette deuxième période, il n'a plus droit qu'à un forfait (14,97 EUR par jour).

Les chômeurs complets, qui sont âgés d'au moins 50 ans et qui justifient de 20 ans de travail salarié peuvent, après un an de chômage complet et s'ils ne bénéficient pas de la prépension conventionnelle ou s'ils ne l'ont pas refusée, prétendre à un complément d'ancienneté. Les travailleurs avec charge de famille reçoivent alors un complément forfaitaire de 3,91 EUR par jour au 1er octobre 2004). Les isolés reçoivent un complément de 4,5% jusqu'à l'âge de 55 ans et de 10% par la suite. Quant aux travailleurs cohabitants, le complément qu'ils perçoivent est de 5%, complément porté à 10% lorsqu'ils atteignent 55 ans et à 15% lorsqu'ils atteignent 58 ans.

B. Allocation d'attente

Les jeunes qui sont admis au chômage sur base de leurs études ou d'un apprentissage, perçoivent des allocations d'attente forfaitaires dont les montants varient en fonction de leur âge et de leur situation familiale.

C. Allocations familiales

Le chômeur conserve également son droit aux allocations familiales. Celles-ci sont accordées aux taux et conditions prévues par les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés. Elles sont payées par l'organisme d'allocations familiales auprès duquel le chômeur était attributaire en dernier lieu du fait de son travail ou par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. Un taux majoré est accordé à partir du 7ème mois de chômage (voir "Prestations familiales").

Section 6. Paiement des allocations

Le chômeur désireux d'être admis au bénéfice des allocations, introduit une demande auprès de l'organisme de paiement de son choix. Cet organisme est soit l'une des institutions créées à cet effet par les organisations représentatives de travailleurs agréées par le Roi, soit la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage.

La décision d'octroi ou de rejet de la demande est prise par le directeur du bureau de chômage de l'Office national de l'Emploi. Lorsque le directeur prend une décision positive, celle-ci est communiquée à l'organisme intéressé qui peut ensuite procéder au paiement. Celui-ci s'effectue une fois par mois et à terme échu.

Section 7. Exclusion et sanctions

L'exclusion ou la limitation du bénéfice des allocations est prévue dans certaines circonstances dont quelques-unes sont énumérées ci-après :

- le travailleur qui devient chômeur par son propre fait est exclu du droit à l'allocation pendant une période limitée. Dès règles plus sévères sont prévues notamment en cas d'abandon d'emploi, de refus d'emploi et de défaut de présentation au service de l'emploi;
- le travailleur qui s'est fait octroyer des allocations par des déclarations incorrectes ou incomplètes, sera exclu du droit des allocations pendant une certaine période;

- lorsque la durée de son chômage dépasse la durée moyenne du chômage dans le ressort du bureau de chômage dont il dépend, multiplié par 1,5, compte tenu de sa catégorie d'âge et de son sexe; le droit aux allocations d'un chômeur de moins de 50 ans, qui est considéré comme cohabitant, peut être suspendu (1).
- un chômeur qui dans le cadre de la recherche active d'un emploi ne participe pas à la procédure peut être suspendu.

Les sanctions administratives ci-dessus se doublent d'un dispositif répressif; en effet, des peines correctionnelles sanctionnent les délits de l'employeur (ex. : refus de délivrer au travailleur devenu chômeur le certificat prévu) ou ceux du travailleur (ex. : le fait d'user de documents inexacts pour se faire octroyer des allocations de chômage auxquelles il n'a pas droit).

Section 8. La prépension conventionnelle

Le statut de prépensionné conventionnel est accordé par l'ONEM aux travailleurs qui :

a) ont droit à une indemnité complémentaire sur base d'un licenciement soit dans le cadre de la convention collective du travail n° 17, conclue au sein du Conseil national du Travail, laquelle prévoit 60 ans comme condition d'âge, soit d'une convention collective du travail, conclue, soit au niveau de la commission paritaire, soit au niveau de l'entreprise.

Le montant de l'indemnité complémentaire est au moins égal à la moitié de la différence entre la rémunération nette de référence et l'allocation de chômage.

Cette rémunération est égale à la rémunération mensuelle brute plafonnée à 3.096,06 EUR au 1er janvier 2005) diminuée de la cotisation personnelle à la sécurité sociale et du précompte professionnel.

b) ont droit au statut de prépensionné sur base de l'A.R. du 7 décembre 1992.

Pour acquérir ce statut, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

– le travailleur doit avoir atteint l'âge de la prépension. La règle générale est que la prépension avant l'âge de 58 ans n'est plus possible, sauf dans des conditions strictement définies et à caractère temporaire et hormis les entreprises reconnues en difficulté ou en restructuration et les organismes soumis à un plan d'assainissement;
– le travailleur doit prouver un passé professionnel comme salarié d'une certaine durée. En cas de prépension à 58 ans, le nombre d'années de travail salarié exigé s'élève à 25 ans. Selon la situation, le nombre d'années de travail salarié exigé sera moins élevé (20 ans ou 10 ans dans le même secteur d'activité au cours des 15 ans précédant la fin du contrat du travail dans le cas d'une prépension à partir de 60 ans ou dans le cas d'une reconnaissance comme entreprise en difficulté ou en restructuration) ou plus élevé en cas de prépension à 55 ou à 56 ans (38 ans ou 33 ans, dont 20 ans de travail en équipes avec des prestations de nuit dans la période 2005-2006);
– la CCT qui prévoit l'indemnité complémentaire doit être conclue pour une durée déterminée de 3 ans maximum. Le délai de préavis ou la période couverte par l'indemnité de préavis du travailleur licencié peut prendre fin en dehors de la période de validité de la CCT applicable, pour autant que l'âge prévu dans cette dernière soit atteint pendant sa période de validité.

(1) L'actuelle procédure de suspension pour chômage de longue durée disparaîtra progressivement de la réglementation chômage au fur et à mesure que la nouvelle procédure de suivi des chômeurs entre en vigueur. Concrètement, cela signifie que la suspension pour chômage de longue durée est supprimée :
- à partir du 1er juillet 2004, pour les chômeurs de moins de 30 ans;
- à partir du 1er juillet 2005, pour les chômeurs de moins de 40 ans;
- à partir du 1er juillet 2006, pour les chômeurs de moins de 50 ans.

Sur le montant total de la prépension (= l'allocation de chômage + l'indemnité complémentaire) :

– une retenue de 3,5% est calculée par l'employeur, retenue sur le montant de l'indemnité complémentaire et versée à l'Office national des Pensions;
– une retenue de 1 ou 3% (selon la date d'entrée en prépension) est calculée par l'ONEM et retenue sur le montant de l'allocation de chômage.

Ces retenues ne peuvent avoir pour effet de ramener le montant de la prépension en dessous de 1.340,61 EUR en cas de charge de famille et de 1.112,99 EUR sans charge de famille.

Pour obtenir le statut d'entreprise en difficulté ou en restructuration, l'entreprise doit répondre à un des critères fixés par l'article 9 de l'A.R. du 07.12.1992. Cette reconnaissance est accordée par le Ministre de l'Emploi et du Travail qui fixe la période pour laquelle vaut la reconnaissance et qui peut donner l'autorisation aux entreprises de réduire le délai de préavis et d'abaisser l'âge de la prépension à 52 ans en cas de reconnaissance comme entreprise en difficulté et à 52 ou 55 ans, selon la situation, en cas de reconnaissance comme entreprise en restructuration. Le Ministre peut, après consultation d'une commission d'évaluation, ramener l'âge à 50 ans.

L'employeur est tenu de remplacer le travailleur prépensionné. Cette obligation générale de remplacement souffre deux exceptions : le travailleur prépensionné est âgé de 60 ans ou il était occupé dans une entreprise reconnue en difficulté ou en restructuration par le Ministre de l'Emploi ou dans un organisme soumis à un plan d'assainissement approuvé.
L'employeur a la possibilité d'introduire une demande de dispense de l'obligation de remplacement :

– soit au Ministre de l'Emploi à cause de l'existence d'une diminution structurelle du personnel dans l'entreprise. Le Ministre peut également accorder une dispense de remplacement pour les prépensions en cours aux entreprises qui satisfont aux conditions prévues pour la reconnaissance comme entreprise en difficulté ou en restructuration ou en cas de fermeture d'entreprise;
– soit au directeur du bureau du chômage à cause de l'absence sur le marché de l'emploi d'un remplaçant convenable.

L'employeur doit remplacer le travailleur prépensionné par un ou deux chômeurs complets indemnisés qui n'ont pas été occupés dans l'entreprise au cours des 6 mois précédant leur engagement.

L'A.R. du 7 décembre 1992 :

– assimile certaines catégories de travailleurs à des chômeurs complets indemnisés (p.ex. les jeunes travailleurs en période d'attente qui remplissent toutes les conditions pour prétendre aux allocations de chômage);
– définit les catégories de travailleurs qui peuvent, en dérogation à la règle générale, avoir été occupés dans l'entreprise au cours des 6 mois précédant leur engagement (p.ex. les travailleurs à temps partiel avec maintien des droits qui bénéficient d'une allocation de garantie de revenus);

– impose un délai dans lequel le remplacement doit avoir lieu et fixe la durée du remplacement à 36 mois;
– détermine l'indemnité compensatoire forfaitaire qui est réclamée par le directeur du bureau du chômage à l'employeur qui ne respecte pas son obligation de remplacement.

Le travailleur demande la prépension auprès d'un organisme de paiement (syndicat ou CAPAC) au moyen d'un formulaire C4-prépension sur lequel l'employeur indique les renseignements nécessaires et un formulaire C17 sur lequel l'employeur indique le montant de l'indemnité complémentaire.

Les prépensionnés conservent leur statut de chômeur et toutes les dispositions relatives au chômage ordinaire leur sont applicables, à l'exception de celles dont l'application est explicitement levée en leur faveur. C'est-à-dire :

– ils perçoivent des allocations de chômages calculées à 60% de leur dernière rémunération plafonnée au 1er octobre 2004 à 1.709,67 EUR par mois, quelle que soit la situation familiale;
– ils sont dispensés d'inscription comme demandeur d'emploi et d'être disponibles pour le marché de l'emploi;
– ils sont dispensés entièrement du contrôle des chômeurs;
– ils ont la possibilité, en cas d'inaptitude au travail, d'opter pour le maintien dans le régime de la prépension;
– ils ne sont pas visés par les dispositions relatives au chômage de longue durée;
– les "nouveaux" prépensionnés (= dont le préavis a été notifié après le 30.11.1992 et dont la prépension a pris cours après le 31.12.1992) sont pour ce qui concerne l'exercice d'une activité professionnelle, soumis aux règles de la réglementation du chômage ordinaire.

Les autres prépensionnés peuvent encore exercer une activité rémunérée dans les mêmes limites que les pensionnés, à condition que cette activité ne soit pas exercée chez leur ancien employeur (sauf dans le cadre de la formation des jeunes, moyennant autorisation du Ministre de l'Emploi et du Travail).

Au 1 janvier 2005, 109,121 personnes bénéficiaient de ce régime, parmi lesquelles 91.583 hommes et 17.538 femmes.

Section 9. La prépension à mi-temps

Le statut de prépensionné à mi-temps est accordé par l'ONEM aux travailleurs qui :

a) ont droit à une indemnité complémentaire en raison de la réduction de moitié de leurs prestations de travail dans le cadre de la CCT n° 55 conclue au sein du Conseil national du Travail.
La CCT n° 55 est une convention-cadre. Le droit à une indemnité complémentaire doit donc se fonder sur une convention collective de travail conclue conformément à la CCT n° 55 au niveau d'une commission paritaire ou d'une entreprise. Pour la période 2005-2006, la réglementation fixe toutefois, pour toutes les entreprises, l'âge de la prépension à mi-temps à 58 ans sans qu'il ne soit nécessaire de conclure une CCT au niveau du secteur ou de l'entreprise. Le montant de l'indemnité complémentaire est égal au revenu à garantir (= le montant de la prépension conventionnelle aug-

menté de la moitié de la différence entre la rémunération nette de référence à temps plein et le montant de la prépension conventionnelle) diminué de la demi-rémunération nette de référence (= la moitié de la rémunération mensuelle brute de référence, plafonnée à 1.514,71 au 1er octobre 2004, diminuée de la cotisation personnelle à la sécurité sociale et du précompte professionnel) et de l'allocation de chômage.

b) ont droit au statut de prépensionné à mi-temps sur base de l'A.R. du 30.7.1994. Pour acquérir ce statut, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

- le travailleur doit avoir atteint l'âge requis. Les conventions conclues au sein des commissions paritaires peuvent fixer l'âge de la prépension à mi-temps 2 ans en dessous de l'âge applicable en matière de prépension à temps plein. L'âge sera fixé à 58 ans s'il n'y a pas de régime sectoriel de prépension à temps plein.

  Les conventions conclues au niveau des entreprises peuvent fixer l'âge de la prépension à mi-temps 1 an en dessous de l'âge applicable dans l'entreprise pour la prépension à temps plein. L'âge sera fixé à 59 ans s'il n'y a pas de régime de prépension à temps plein, ni au niveau de l'entreprise ni au niveau sectoriel. En aucun cas, l'âge ne pourra être inférieur à 55 ans.

  Dans le cadre des mesures en faveur de l'emploi, peuvent être également prises en considération pour la période s'étendant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2006, les CCT d'entreprise et sectorielles qui instaurent un régime de prépension à mi-temps à partir de l'âge de 55 ans.

- le travailleur doit prouver une ancienneté de 12 mois ininterrompus à temps plein au service de l'employeur et une carrière professionnelle de 25 années de travail salarié;
- la CCT qui prévoit l'indemnité complémentaire doit être conclue pour une durée n'excédant pas celle de la CCT applicable en matière de prépension à temps plein. S'il n'y a pas de régime sectoriel ou d'entreprise de prépension à temps plein, la CCT en matière de prépension à mi-temps doit être conclue pour une durée maximale de 3 ans. Lorsque l'entreprise ou le secteur, dans le cadre des mesures en faveur de l'emploi, veut utiliser la possibilité de conclure une CCT prévoyant l'âge de 55 ans, celle-ci peut être conclue au maximum pour la période du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2006;
- un accord écrit relatif à la diminution des prestations de travail doit être conclu entre l'employeur et le travailleur;
- au moment de la prise de cours de la réduction des prestations de travail le travailleur doit travailler à temps plein.

Sur le montant de la prépension à mi-temps (= l'allocation de chômage + l'indemnité complémentaire) les retenues de 3,5 et de 1% sont opérées de la même façon que dans le cadre de la prépension à temps plein, à condition que les retenues ne puissent avoir pour effet de ramener le montant de la prépension à mi-temps en dessous de 670,31 EUR en cas de charge de famille et de 556,50 EUR sans charge de famille.

L'employeur est obligé de remplacer le prépensionné à mi-temps. On peut se référer en la matière à la prépension à temps plein, étant entendu qu'il n'y a pas de dispense automatique de l'obligation de remplacement du prépensionné à mi-temps en cas de reconnaissance comme entreprise en difficulté ou en restructuration et que l'obligation de remplacement est effective pour toute la durée de la prépension à mi-temps.

Le travailleur à temps plein qui devient prépensionné à mi-temps introduit sa demande au moyen du formulaire C4-prépension à mi-temps et le formulaire C17, sur lesquels l'employeur indique les renseignements nécessaires.

Les prépensionnés à mi-temps bénéficient d'une allocation de chômage forfaitaire qui est égale à 12,97 EUR par jour (à partir du 1er octobre 2004) et acquièrent donc le statut de chômeur, de sorte que toutes les dispositions relatives au chômage ordinaire leurs sont applicables, à l'exception de celles dont l'application est expressément écartée, à savoir :

- ils sont dispensés de l'inscription comme demandeur d'emploi et de la disponibilité pour le marché de l'emploi;
- ils sont dispensés du contrôle des chômeurs;
- ils continuent à bénéficier d'allocations de chômage et de l'indemnité complémentaire pendant le premier mois d'incapacité de travail couvert en tout ou en partie par le salaire garanti.

Les travailleurs prépensionnés à mi-temps sont soumis, en ce qui concerne l'exercice d'activités professionnelles autres que les prestations réduites dans le cadre de la prépension à mi-temps, aux règles de la réglementation du chômage ordinaire.

En cas de licenciement, le travailleur sera assimilé au travailleur qui a perdu un emploi à temps plein et bénéficiera d'allocations de chômage d'un montant égal à celui qu'il percevrait s'il n'avait pas réduit ses prestations.

En cas de passage de la prépension à mi-temps à la prépension à temps plein, le travailleur doit avoir atteint l'âge requis pour la prépension au moment du préavis. Si tel n'est pas le cas, le délai de préavis ne peut prendre cours au plus tôt qu'à partir du 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel l'âge requis est atteint (ce contrairement à la prépension "à temps plein" où il suffit que l'âge requis soit atteint à la fin du délai de préavis).

Le délai de préavis peut être réduit de commun accord écrit entre l'employeur et le travailleur à 3 ou 6 mois (selon que le travailleur est depuis plus ou moins de 5 ans au service de l'entreprise).

Au 1er janvier 2005, 864 personnes bénéficiaient de ce régime parmi lesquelles 687 hommes et 177 femmes.

II. Mise au travail et promotion de l'emploi

En vertu de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles modifiée par la loi spéciale du 8 août 1988, la loi spéciale du 20 juillet 1993 et la loi spéciale du 13 juillet 2001, les Régions sont compétentes en matière de programmes de remise au travail des demandeurs d'emploi inoccupés, à l'exclusion cependant des programmes de remise au travail dans les administrations et services de l'autorité fédérale ou placés sous sa tutelle.

L'autorité fédérale est toutefois restée compétente en matière de sécurité sociale ainsi que de droit du travail et elle développe dans ce cadre des initiatives en vue d'augmenter le taux d'emploi et de faciliter l'insertion dans la vie professionnelle. Ainsi, plusieurs mesures fédérales de l'emploi visent à favoriser l'embauche de groupes-cibles parmi les demandeurs d'emploi grâce à une réduction des charges sociales combinée, le cas échéant, à une activation des allocations. D'autres objectifs poursuivis sont notamment le maintien au travail de certaines catégories de travailleurs (en particulier les travailleurs âgés) et la promotion de l'accompagnement des chômeurs dans leur recherche de travail.

Section 1. Réductions des cotisations de sécurité sociale

A. Harmonisation des régimes de réductions de cotisations de sécurité sociale

Depuis les années 80, un vaste arsenal de mesures a été développé visant à faciliter la mise au travail d'un plus grand nombre de personnes en utilisant la technique de la réduction des cotisations patronales de sécurité sociale.
L'accumulation des mesures a mené à une telle complexité qu'elle nuit à leur efficacité. C'est pourquoi la loi programme (I) du 24 décembre 2002 a instauré l'harmonisation et la simplification d'un certain nombre de réductions des cotisations patronales de sécurité sociale en les incorporant. Cette réduction globalisée se compose de deux parties : d'une part, une réduction de cotisation générale variant en fonction du salaire de référence du travailleur et d'autre part, au maximum une réduction de cotisation visant un groupe-cible donnant droit à un montant de réduction forfaitaire dépendant de différents critères auxquels l'employeur et/ou le travailleur doit/doivent répondre.

L'harmonisation implique, en outre, que toutes ces réductions soient opérées à partir des mêmes cotisations de base et que le calcul s'effectue toujours par occupation. La réduction totale ne peut jamais dépasser le montant des cotisations de base dues à la sécurité sociale pour le travailleur. Par ailleurs, pour ouvrir le droit à une réduction, le travailleur doit fournir au moins 27,5 % de la totalité des prestations trimestrielles au cours du trimestre considéré; ce seuil minimum ne s'applique toutefois pas aux travailleurs engagés au moins à mi-temps.

1. Réduction structurelle

Tous les employeurs occupant des travailleurs soumis à l'ensemble des régimes de sécurité sociale entrent en ligne de compte pour cette réduction. Dans la mesure où les fonctionnaires et la plupart des agents contractuels des services publics ne répondent pas à ce critère, la réduction ne peut leur être accordée; pour le secteur privé, c'est également le cas, entre autres, des travailleurs domestiques, des jeunes jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans, des sportifs rémunérés, des travailleurs occasionnels dans le secteur agricole et horticole ainsi que des travailleurs occasionnels dans l'horeca occupés pendant une période d'intense activité, des médecins en formation de spécialiste et des parents d'accueil.

La réduction structurelle se présente sous la forme d'un forfait de 400 EUR par trimestre. Afin de stimuler le recrutement dans les fonctions faiblement rémunérées (inférieures à 5.870,71 EUR), le montant forfaitaire est majoré d'un complément bas salaires qui s'accroît à mesure que le montant de la rémunération diminue. En outre pour compenser les lourdes charges patronales liées aux fonctions qui se situent dans les échelles salariales élevées (supérieures à 12.000 EUR), un complément de réduction, basé sur le même principe, est prévu : plus la rémunération s'écarte vers le haut, plus le complément s'accroît.

Contrairement au complément des bas salaires et des salaires élevés, la réduction de base de 400 EUR ne s'applique pas aux employeurs du secteur non marchand qui ressortissent au champ d'application du Maribel social.

Tous les trimestres ne sont pas prestés intégralement par chaque travailleur (le travailleur entame ses prestations ou quitte son emploi dans le courant du trimestre, travail à temps partiel, chômage temporaire…). Dans le cas de ces travailleurs, le montant de la réduction est fixé proportionnellement. Il est cependant tenu compte de la règle dite des 80 %, selon laquelle le travailleur qui preste 4/5 des prestations correspondant à des prestations complètes à temps plein, ouvre le droit au montant total de la réduction.

2. Réductions groupes-cibles

En fonction des conditions auxquelles l'employeur et le travailleur satisfont, les réductions groupes-cibles ouvrent le droit à une réduction de 1.000 EUR ou de 400 EUR par trimestre pendant une période déterminée. Ces montants sont applicables lorsque le travailleur a fourni des prestations complètes à temps plein tout le trimestre. Si le travailleur n'a pas été occupé pendant un trimestre complet, les règles sont identiques à celles appliquées pour la réduction structurelle. Les réductions groupes-cibles s'ajoutent à la réduction structurelle; elles ne peuvent toutefois être combinées entre elles.

2.1. Les demandeurs d'emploi de longue durée

a) Catégorie générale

Cette réduction " groupe-cible " est octroyée pendant un certain nombre de trimestres aux employeurs qui engagent des travailleurs répondant à certaines conditions.

Tous les employeurs du secteur public et du secteur privé entrent en considération pour la réduction. Sont cependant exclus :

- l'Etat (y compris le pouvoir judiciaire, le Conseil d'Etat, l'armée et la police fédérale);
- les Communautés et les Régions;
- les organismes d'intérêt public et les établissements publics qui relèvent des pouvoir publics repris ci-dessus.

En ce qui concerne le secteur public, peuvent néanmoins bénéficier de la réduction :

- les institutions publiques de crédit;
- les entreprises publiques autonomes;
- les sociétés publiques de transport de personnes;
- les établissements publics pour le personnel qu'ils engagent à titre d'intérimaire afin de le mettre à la disposition d'utilisateurs en vue de l'exécution d'un travail temporaire, conformément à la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs;
- les polders, les wateringues et les fabriques d'église.

Le travailleur engagé doit être inscrit comme demandeur d'emploi inoccupé auprès d'un service régional de l'emploi. En fonction de l'âge et de la période de chômage au moment de l'engagement, l'employeur peut bénéficier, pour un certain nombre de trimestres, d'une réduction de 1.000 EUR ou de 400 EUR.

Age	Période en tant que demandeur d'emploi (6 jours par semaine)	Forfait (en EUR) et durée (trimestres) (1)
Moins de 45 ans	312 jours en 18 mois 624 jours en 36 mois 936 jours en 54 mois 1560 jours en 90 mois	1000 (5) 1000 (9) 1000 (9) et 400 (4) 1000 (9) et 400 (12)
Au moins 45 ans	156 jours en 9 mois 312 jours en 18 mois 468 jours en 27 mois	1000 (5) et 400 (16) 1000 (21) 1000 (21)

(1) Le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement

Moyennant le respect de certaines conditions, le travailleur peut bénéficier d'une allocation de travail payée par l'ONEM dans le cadre du plan ACTIVA (cf. infra). Le montant et la durée d'octroi varient en fonction de l'âge du travailleur et de la durée de son inscription comme demandeur d'emploi. L'employeur peut déduire le montant de cette allocation du salaire net à payer. Un système d'activation analogue est prévu pour les personnes bénéficiant du droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière.

b) Les programmes de transition professionnelle

Cette réduction concerne les travailleurs engagés dans le cadre d'un programme de transition professionnelle.

Peuvent engager des travailleurs dans le cadre d'un programme de transition professionnelle : l'Etat, les Régions, les Communautés et les organismes d'intérêt public qui en dépendent ainsi que les associations sans but lucratif et les autres associations non commerciales.

Le travailleur engagé doit être inscrit comme demandeur d'emploi inoccupé auprès d'un service régional de l'emploi. En outre, il doit bénéficier soit d'allocations de chômage ou d'attente soit du droit à l'intégration sociale ou à une aide sociale financière.

En fonction de l'âge du travailleur et de la période couverte par des allocations, l'employeur peut bénéficier des réductions suivantes :

Age	Période couverte par des allocations	Forfait (EUR) et durée (trimestres) (1)
Moins de 45 ans	Moins de 25 ans et 9 mois d'allocation d'attente ou de chômage / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière (+ pas de diplôme, attestation ou brevet de l'enseignement secondaire supérieur)	1000 (5) et 400 (4)
	12 mois d'allocation d'attente / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1000 (5) et 400 (4)
	24 mois d'allocation de chômage / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1000 (9)
Au moins 45 ans	12 mois d'allocation d'attente / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1000 (5) et 400 (8)
	24 mois d'allocation de chômage / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1000 (13)

(1) Le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement.

Moyennant le respect de certaines conditions, le travailleur peut bénéficier d'une allocation d'intégration payée par l'ONEM pendant une période de 24 ou 36 mois. L'employeur peut déduire le montant de cette allocation du salaire net à payer. Un système d'activation analogue est prévu pour les personnes bénéficiant du droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière.

c) Economie d'insertion sociale (SINE)

Les personnes visées par cette mesure sont des travailleurs peu qualifiés (ne possédant pas de diplôme ou de certificat de l'enseignement secondaire supérieur) qui, pendant une longue période, ont perçu des allocations en tant que chômeurs complets ou en tant qu'ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière.

Peuvent engager des travailleurs dans le cadre de la mesure SINE :

- les entreprises de travail adapté et les ateliers sociaux;
- les entreprises d'insertion;
- les employeurs qui organisent des initiatives en matière d'économie d'insertion sociale;
- les agences immobilières sociales (Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale);
- les offices de location sociale (Communauté flamande);
- les sociétés immobilières de service public (Région de Bruxelles-Capitale);
- les sociétés de logement sociaux (Communauté flamande);

- les sociétés de logement de service public (Région wallonne);
- les entreprises d'insertion et les divisions d'insertion (Communauté flamande);
- les sociétés à finalité sociale;
- les agences locales pour l'emploi;
- les centres publics d'aide sociale qui organisent des initiatives ou des projets en matière d'économie d'insertion sociale;
- les employeurs qui organisent des services de proximité (Région flamande);
- les employeurs qui organisent des initiatives locales de développement de l'emploi (Région de Bruxelles-Capitale).

En fonction de l'âge du travailleur et de la période couverte par des allocations, l'employeur peut bénéficier des réductions suivantes :

Age	Statut au moment de l'engagement	Période couverte par des allocations (6 jours par semaine)	Forfait (EUR) et durée trimestres) (1)
Moins de 45 ans	CCI	312 jours en 18 mois 624 jours en 36 mois	1000 (11) 1000 (21)
	Ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière	156 jours en 9 mois 312 jours en 18 mois	1000 (11) 1000 (21)
Au moins 45 ans	CCI ou ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière	156 jours en 9 mois	1000 (illimitée)

(1) le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement.

Pendant toute la durée de la réduction des cotisations, l'employeur bénéficie également d'une intervention financière de l'ONEM dans la rémunération du travailleur (allocation de réinsertion). Un système d'activation analogue est prévu pour les personnes bénéficiant du droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière.

2.2. Les jeunes

Aussi bien les employeurs du secteur public que ceux du secteur privé entrent en ligne de compte pour la réduction groupe-cible et ce quel que soit le nombre de travailleurs qu'ils occupent. Pour bénéficier de la réduction du groupe cible "jeunes travailleurs", ils doivent satisfaire à l'obligation en matière de convention de premier emploi. Cette obligation implique que les entreprises d'au moins 50 travailleurs doivent occuper 3 % de jeunes travailleurs. Pour les pouvoirs publics et les organisations du secteur non marchand, la norme est fixée à 1,5 %. Aucun pourcentage minimum d'occupation de jeunes n'est imposé aux petites entreprises et à celles qui ont obtenu une dispense sectorielle.
Pour savoir si l'entreprise occupe au moins 50 travailleurs, les effectifs sont recensés le 30 juin de l'année précédente. Le nombre de jeunes à engager pour atteindre la norme est déterminé en fonction de la moyenne des équivalents temps plein au cours du deuxième trimestre de l'année précédente. Les allochtones et les personnes handicapées comptent double pour ce calcul.

Pour ce qui concerne les travailleurs, une distinction doit être faite entre deux catégories :

- catégorie 1 : les jeunes jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans (mineurs d'âge);
- catégorie 2 : les jeunes à partir du 1er janvier de l'année au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 19 ans jusqu'au dernier jour du trimestre au cours duquel ils atteignent l'âge de 26 ans.

Pour ce qui concerne les jeunes de la catégorie 1 (mineurs d'âge), il n'y a pas de conditions complémentaires à remplir pour ouvrir le droit à la réduction.
Pour ce qui concerne les jeunes de la catégorie 2, le travailleur doit être inscrit comme demandeur la veille de son engagement, être engagé dans les liens d'une convention de premier emploi et être peu qualifié (posséder tout au plus un diplôme de l'enseignement secondaire inférieur).
Pour l'occupation de jeunes de la catégorie 1, une réduction de 1.000 EUR par trimestre est accordée à l'employeur pour chaque jeune qu'il engage jusqu'au 4ème trimestre de l'année civile au cours de laquelle le travailleur atteint l'âge de 18 ans.
Pour l'occupation de jeunes de la catégorie 2, la réduction est de 1.000 EUR par trimestre au cours des huit premiers trimestres suivant l'engagement du travailleur et de 400 EUR par trimestre jusqu'au trimestre inclus au cours duquel il atteint l'âge de 26 ans.

2.3. Les travailleurs âgés

Tous les employeurs occupant des travailleurs soumis à l'ensemble des régimes de sécurité sociale entrent en ligne de compte pour cette réduction.

Pour ouvrir le droit à la réduction, le travailleur doit :

- être assujetti à l'ensemble des régimes de la sécurité sociale;
- être âgé d'au moins 57 ans le dernier jour du trimestre pour lequel la réduction est demandée;
- ne pas ouvrir le droit à la réduction Maribel social et ne pas être occupé par une entreprise de travail adapté.

L'employeur bénéficie d'une réduction de 400 EUR par trimestre pour toute la durée d'occupation du travailleur.

2.4. Les premiers engagements

Cette réduction est réservée aux employeurs qui occupent du personnel pour la première fois ou qui, au cours de la période de 4 trimestres consécutifs, antérieure à l'engagement, n'ont soit pas occupé de personnel, soit occupé un ou deux travailleurs simultanément.
Au cours de la période de vingt trimestres qui suit l'engagement d'un premier, d'un deuxième ou d'un troisième travailleur, l'employeur peut bénéficier de cette réduction groupe-cible pendant un certain nombre de trimestres. La réduction pour un premier travailleur s'élève à 1.000 EUR pendant 5 trimestres et à 400 EUR pendant les 8 trimestres suivants (+ une intervention dans les frais de secrétariat social à concurrence de 36,45 EUR par trimestre). La réduction applicable au deuxième travailleur est de 400 EUR durant 13 trimestres tandis que le 3ème travailleur ouvre le droit à une réduction de 400 EUR pour une durée de 9 trimestres. L'employeur peut choisir lui-même le travailleur et les trimestres pour lesquels la réduction est appliquée et, ce faisant, optimaliser la réduction en retenant les trimestres pour lesquels les cotisations dues sont les plus élevées.
Le travailleur ne doit répondre à aucune condition particulière avant son engagement.

2.5. Réduction collective du temps de travail et semaine de quatre jours

Cette réduction s'applique aux employeurs qui sont compris dans le champ d'application de la loi du 5 décembre 1968 sur les conventions collectives de travail et les commissions paritaires ou de la loi du 21 mars 1991 portant la réforme de certaines entreprises publiques économiques. Globalement, il s'agit des employeurs du secteur privé et des entreprises publiques autonomes.

Cette réduction groupe-cible est accordée pour les travailleurs à temps plein qui, pour une durée indéterminée, sont passés soit à une réduction effective de la durée hebdomadaire moyenne du travail d'au moins une heure en deçà de 38 heures par semaine,

soit à la semaine de quatre jours, soit à une formule combinant ces deux possibilités. Les travailleurs à temps partiel dont la rémunération doit être adaptée en raison de l'instauration d'une réduction du temps de travail sont également pris en considération.

L'employeur peut prétendre à une réduction forfaitaire de 400 EUR par trimestre à partir du trimestre qui suit celui au cours duquel la réduction du temps de travail est instaurée, et ce pour une période d'autant plus longue que le temps de travail diminue : pendant 8 trimestres en cas d'instauration d'une durée du temps de travail hebdomadaire de 37 heures ou moins, durant 12 trimestres lors de l'instauration d'un temps de travail hebdomadaire de 36 heures ou moins et au cours de 16 trimestres lorsqu'une durée hebdomadaire du travail de 35 heures ou moins est instaurée.

Les employeurs qui, sans réduire la durée du temps de travail, instaurent un régime hebdomadaire de travail de 4 jours ont droit à une réduction forfaitaire de 400 EUR pendant 4 trimestres.

Si durant un même trimestre, un travailleur ouvre le droit à la fois à la réduction liée à une réduction du temps de travail et à la réduction liée à l'introduction de la semaine de 4 jours, la réduction groupe-cible s'élève à 1.000 EUR pour ce trimestre-là.

2.6 Restructuration

Dans le cadre des mesures d'appui des travailleurs licenciés lors d'une restructuration, une nouvelle réduction « groupe-cible » a été créée qui prévoit l'octroi d'une réduction des cotisations à l'employeur qui engage un travailleur qui a été licencié par une entreprise en restructuration et s'est inscrit à une cellule de mise à l'emploi.

Tout employeur peut bénéficier de cette réduction à l'exception de l'entreprise concernée par la restructuration ou d'une entreprise qui appartient au même groupe que l'entreprise en restructuration.

Pour le travailleur engagé, l'employeur bénéficie d'une réduction « groupe-cible » de 400 EUR pendant trois trimestres maximum.

Législation :

- Loi-programme du 24 décembre 2002 (I) (M.B. du 31 décembre 2002), modifiée par les lois du 1er avril 2003 (M.B. du 16 mai 2003), du 8 avril 2003 (M.B. 17 avril 2003), du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003), du 9 juillet 2004 (M.B. du 15 juillet 2004) et du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004).
- A.R. du 16 mai 2003 pris en exécution du Chapitre 7 du Titre IV de la loi-programme du 24 décembre 2002 (I) visant à harmoniser et à simplifier les régimes de réduction de cotisations de sécurité sociale (M.B. du 6 juin 2003), modifié par l'A.R. du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004) et par l'A.R. du 16 juillet 2004 (M.B. du 6 août 2004).

B. Le plan ACTIVA

Cette mesure d'activation des allocations et de réduction des cotisations patronales de sécurité sociale a comme objectif d'augmenter le taux d'emploi en général et celui des travailleurs âgés en particulier.
Tous les employeurs du secteur privé peuvent bénéficier de cette mesure. Certains employeurs du secteur public peuvent également en bénéficier lorsqu'ils engagent des travailleurs contractuels. Il en va ainsi des entreprises publiques autonomes, des institutions publiques de crédit, des sociétés publiques de transport des personnes et des bureaux publics d'intérim, des polders, des wateringues et des fabriques d'église. Les avantages de ce plan peuvent également être octroyés pour l'engagement du personnel contractuel des provinces, des communes et des CPAS et du personnel contractuel d'entretien, administratif et de service des établissements d'enseignement. L'employeur doit engager le travailleur avec un contrat de travail à temps plein ou à temps partiel.

Des régimes spécifiques de réduction des cotisations patronales et d'activation sont applicables aux travailleurs victimes d'une fermeture d'entreprise ou pour l'occupation dans le cadre de la politique locale de prévention et de sécurité. Il existe aussi un régime spécifique pour le travailleur résidant habituellement dans une commune avec un taux de chômage ou de pauvreté élevé.

1. Réduction des cotisations patronales

En supplément de la réduction structurelle, l'employeur peut, moyennant le respect de certaines conditions, également bénéficier d'une seule réduction "groupes-cibles ".

Pour ce qui concerne le groupe-cible des demandeurs d'emploi de longue durée, le " Plan Activa " prévoit l'octroi de réductions des cotisations patronales en fonction de la classe d'âge et la durée d'inscription comme demandeur d'emploi (voir ci-dessus "A. Harmonisation des régimes de réductions de cotisations de sécurité sociale- 2. Réductions groupes-cibles - 2.1. les demandeurs d'emploi de longue durée - a). Catégorie générale ").

2. Activation des allocations de chômage (allocation de travail)

Le demandeur d'emploi qui, au moment de l'engagement, était chômeur complet indemnisé peut ouvrir le droit à une activation des allocations de chômage (appelée allocation de travail). Certaines catégories de travailleurs sont assimilées à des chômeurs complets indemnisés, même s'ils ne perçoivent pas d'allocations de chômage. Il s'agit des travailleurs suspendus pour chômage de longue durée, des personnes qui souhaitent se réinsérer sur le marché de l'emploi, des ex-indépendants et des jeunes qui n'ont pas terminé d'études ouvrant le droit aux allocations d'attente.

Le montant de l'allocation de travail est égal à 500 EUR par mois pour un travailleur qui travaille à temps plein; pour une occupation à temps partiel, un montant proportionné est octroyé. La durée d'octroi de l'allocation de travail est différente suivant l'âge du demandeur d'emploi et suivant la durée de la période d'inscription comme demandeur d'emploi.

Age du travailleur	Durée d'inscription comme demandeur d'emploi	Allocation de travail Montant et durée
< 45 ans	24 mois dans les 36 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 15 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
< 45 ans	36 mois dans les 54 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 23 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
< 45 ans	60 mois dans les 90 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 29 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
Au moins 45 ans	18 mois dans les 27 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 29 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)

3. Activation de l'allocation sociale

Le centre public d'aide sociale intervient dans le coût salarial lors de l'engagement d'un demandeur d'emploi qui a :

- droit à l'intégration sociale sous la forme d'un emploi et/ou d'un revenu d'intégration;
- droit à une aide sociale financière, est de nationalité étrangère et inscrit au registre des étrangers et qui ne peut pas prétendre au droit à l'intégration sociale en raison de sa nationalité.

Le montant de l'intervention financière du CPAS est égal à 500 EUR par mois pour un travailleur qui travaille à temps plein; pour une occupation à temps partiel, un montant proportionné est octroyé. La durée d'octroi de l'intervention financière est différente suivant l'âge du demandeur d'emploi et suivant la durée de la période d'inscription comme demandeur d'emploi.

Age du travailleur	Durée d'inscription comme demandeur d'emploi	Intervention financière du CPAS Montant et durée
Moins de 25 ans		Au cours du mois de l'engagement et des 23 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
Au moins 25 ans et moins de 45 ans	24 mois dans les 36 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 15 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
Au moins 25 ans et moins de 45 ans	36 mois dans les 54 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 23 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
Au moins 25 ans et moins de 45 ans	60 mois dans les 90 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 29 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)
Au moins 45 ans	18 mois dans les 27 mois calendrier	Au cours du mois de l'engagement et des 29 mois suivants 500 EUR si temps plein (et au prorata si temps partiel)

Législation :

- Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, notamment l'art.7, modifié à plusieurs reprises.
- A.R. du 19 décembre 2001 de promotion de mise à l'emploi des demandeurs d'emploi de longue durée (M.B. du 12 janvier 2002), modifié par les A.R. du 27 novembre 2002 (M.B. du 19 décembre 2002), du 9 décembre 2002 (M.B. du 19 décembre 2002), du 19 mars 2003 (M.B. du 4 avril 2003), du 26 mars 2003 (M.B. du 11 avril 2003), du 16 mai 2003 (M.B. du 6 juin 2003), du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004) et du 21 septembre 2004 (M.B. du 6 octobre 2004).

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à l'intégration sociale qui est engagé dans le cadre du plan Activa (M.B. du 31 juillet 2002), modifié par l'A.R. du 23 décembre 2002 (M.B. du 8 janvier 2003), du 11 septembre 2003 (M.B. du 5 novembre 2003) et du 1er avril 2004 (M.B. du 6 mai 2004).
- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à une aide sociale financière qui est engagé dans le cadre du plan Activa (M.B. du 29 novembre 2002), modifié par l'A.R. du 23 décembre 2002 (M.B. du 8 janvier 2003) et du 1er avril 2004 (M.B. du 6 mai 2004).
- Loi-programme du 24 décembre 2002 (I) (M.B. du 31 décembre 2002), modifiée par la loi du 8 avril 2003 (M.B. 17 avril 2003), du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003), du 9 juillet 2004 (M.B. du 15 juillet 2004) et du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004).
- A.R. du 16 mai 2003 pris en exécution du Chapitre 7 du Titre IV de la loi-programme du 24 décembre 2002 (I) (M.B. du 6 juin 2003), visant à harmoniser et à simplifier les régimes de réduction de cotisations de sécurité sociale, modifié par l'A.R. du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004) et par l'A.R. du 16 juillet 2004 (M.B. du 6 août 2004).

C. Maribel social

Le Maribel social est un mécanisme de réduction de cotisations patronales de sécurité sociale propre au secteur non marchand. La réduction est forfaitaire et s'élève depuis le 1er janvier 2005 à 354,92 EUR par travailleur et par trimestre.
Le champ d'application de la mesure comprend les employeurs qui pour les travailleurs qu'ils déclarent ressortissent à certaines commissions paritaires du secteur privé non marchand ainsi que quelques employeurs relevant du secteur public. En outre, les employeurs du secteur privé ne peuvent prétendre à la réduction qu'à condition d'être liés par une convention collective de travail conclue au sein d'une commission paritaire et rendue obligatoire par arrêté royal.
L'employeur a droit à la réduction pour chaque travailleur dont les prestations au cours du trimestre atteignent au moins 50 % du nombre d'heures ou de journées de travail prévues dans le secteur pour un emploi à temps plein.

Une caractéristique importante est que le produit du Maribel social doit impérativement être converti en emplois supplémentaires et en une augmentation du volume d'emploi. Concrètement cela signifie que l'employeur doit payer les cotisations de sécurité sociale tandis que la réduction Maribel social est mutualisée. Du produit de ces réductions de cotisations mutualisées l'ONSS alloue tous les six mois une allocation aux Fonds sectoriels Maribel social au moyen de laquelle ils financent les emplois supplémentaires réalisés par les employeurs.

Législation :

- Article 35, §5 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés (M.B. du 2 juillet 1981), remplacé par la loi du 26 juillet 1996 (M.B. du 1er août 1996) et modifié par les lois du 6 décembre 1996 (M.B. du 24 décembre 1996), du 15 janvier 1999 (M.B. du 26 janvier 1999), du 26 mars 1999 (M.B. du 15 avril 1999), du 24 décembre 1999 (M.B. du 27 janvier 2000), du 30 décembre 2001 (M.B. du 31 décembre 2001), du 2 août 2002 (M.B. du 29 août 2002), du 24 décembre 2002 (M.B. du 31 décembre 2002), du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003) et du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004).
- A.R. du 18 juillet 2002 portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand (M.B. 22 août 2002), modifié par les A.R. du 10 décembre 2002 (M.B. du 29 janvier 2003), du 10 décembre 2002 (M.B. du 17 février 2003), du 31 décembre 2003 (M.B. du 9 janvier 2004), du 13 septembre 2004 (M.B. du 21 septembre 2004), du 21 septembre 2004 (M.B. du 3 novembre 2004) et du 19 janvier 2005 (M.B. du 3 mars 2005).

D. Engagement d'employé de maison

Les personnes physiques qui engagent, en tant qu'employé de maison, un travailleur qui, au moment de l'engagement, est depuis au moins 6 mois soit chômeur complet indemnisé, soit ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière, peuvent être exonérées, sous certaines conditions, du paiement des cotisations patronales de base de sécurité sociale.

Législation :

- A.R. n° 483 du 22 décembre 1986 portant réduction des cotisations patronales de sécurité sociale pour l'engagement de travailleurs domestiques (M.B. du 15 janvier 1987) modifié par les lois du 7 novembre 1987 (M.B. du 17 novembre 1987), du 13 février 1998 (M.B du 19 février 1998), du 12 août 2000 (M.B. du 31 août 2000) et par l'arrêté royal du 30 novembre 2001 (M.B. du 29 janvier 2002).

E. Le bonus à l'emploi

Depuis le 1er janvier 2000, un régime a été instauré pour lutter contre les pièges à l'emploi qui consiste en une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale; ainsi, le travailleur qui travaillait pour un bas salaire recevait plus que quelqu'un qui restait au chômage. A partir du 1er janvier 2005, cette réduction est rebaptisée « bonus à l'emploi ».

La réduction s'applique aux travailleurs du secteur privé et du secteur public qui sont redevables d'une cotisation personnelle de 13,07 %. Cela signifie notamment que pour le secteur public, la plupart des agents statutaires n'entrent pas en ligne de compte pour la réduction.

La réduction consiste en un montant forfaitaire qui diminue progressivement en fonction de la hauteur du salaire. L'employeur déduit ce montant des cotisations personnelles normalement dues au moment du paiement du salaire.

Le montant de base de la réduction (R) est déterminé en fonction de la hauteur du salaire mensuel de référence (S). A partir du 1er janvier 2005, les tranches et montants suivants sont d'application :

Employés	
S (salaire mensuel de référence à 100 % en EUR)	**R (montant de base en EUR)**
< = 1.194,03 > 1.194,03 en < = 1.670,00 > 1.670,00	105,00 105,00 – (0,2206 x (S-1,194,03)) 0

Ouvriers	
S (salaire mensuel de référence à 100 % en EUR)	**R (montant de base en EUR)**
< = 1.194,03 > 1.194,03 en < = 1.670,00 > 1.670,00	113,40 113,40 – (0,2383 x (S-1,194,03)) 0

Pour les travailleurs occupés à temps plein effectuant des prestations complètes, le montant de la réduction est égal à R. Pour les travailleurs occupés à temps plein effectuant des prestations incomplètes, ainsi que pour les travailleurs occupés à temps partiel, le montant de la réduction varie en fonction des prestations du travailleur effectuées au cours du mois.

Législation :

- Loi programme du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004);
- A.R. du 1er février 2005 pris en exécution de l'article 2, § 2, alinéa 4, de la loi du 20 décembre 1999 visant à octroyer un bonus crédit d'emploi sous forme d'une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale aux travailleurs salariés ayant un bas salaire et à certains travailleurs qui ont été victimes d'une restructuration et modifiant l'A.R. du 17 janvier 2000 pris en exécution de l'article 2 de la loi du 20 décembre 1999 visant à octroyer un bonus crédit d'emploi sous forme d'une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale aux travailleurs salariés ayant un bas salaire et à certains travailleurs qui ont été victimes d'une restructuration (M.B. du 22 février 2005).

F. Encourager le replacement en cas de restructuration

Pour motiver au maximum toutes les parties concernées par des restructurations à fournir des efforts supplémentaires afin de chercher de nouvelles opportunités d'emploi pour les travailleurs menacés de licenciement, plusieurs mesures ont été développées. Cette politique d'activation dans l'entreprise en restructuration axée sur le replacement est concrétisée par le biais des cellules de mise à l'emploi.
L'intervention de la cellule de mise à l'emploi est encouragée en accordant des avantages à toutes les parties concernées :

- l'employeur (reconnu comme entreprise en restructuration) qui investit dans le replacement via une cellule de mise à l'emploi peut, moyennant le respect de certaines conditions, récupérer une partie de ses frais d'outplacement (1.800 EUR maximum par travailleur licencié);
- le travailleur licencié qui s'est inscrit à la cellule de mise à l'emploi pour suivre une procédure d'outplacement, bénéficie lorsqu'il reprend le travail chez un autre employeur d'une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale (133,33 EUR par mois pour une occupation à temps plein pendant le trimestre de l'engagement et les deux trimestres suivants);
- l'employeur qui engage des travailleurs victimes d'une restructuration bénéficie d'une réduction importante des cotisations patronales de sécurité sociale pendant le trimestre de l'engagement et les deux trimestres suivants (cf. Section I, A, 2.6).

Législation :

- Loi-programme du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003);
- Arrêté royal du 16 juillet 2004 visant à promouvoir l'emploi de travailleurs licenciés dans le cadre de restructurations (M.B. du 6 août 2004).

Section 2. Formation et intégration des demandeurs d'emploi

A. Convention de premier emploi ("Rosetta")

L'objectif poursuivi par cette mesure consiste à favoriser l'accès des jeunes sur le marché du travail. Pour atteindre cet objectif, les employeurs du secteur privé dont l'effectif du personnel atteint au moins 50 travailleurs au 30 juin de l'année civile précédente, doivent occuper des jeunes engagés dans le cadre d'une convention de pre-

mier emploi à concurrence de 3 % de l'effectif du personnel (calculé en équivalents temps plein) au 2ème trimestre de l'année précédente. Les employeurs du secteur public, y compris les employeurs privés appartenant au secteur non marchand, qui occupaient au moins 50 travailleurs au 30 juin de l'année civile précédente, doivent occuper des jeunes engagés dans le cadre d'une convention de premier emploi à concurrence de 1,5 % de l'effectif du personnel (calculé en équivalents temps plein) au 2ème trimestre de l'année précédente.
Une dispense de l'obligation d'embaucher des jeunes sous convention de premier emploi peut être accordée pour des motifs précis (p. ex. : les entreprises en difficulté, les entreprises ayant consenti un effort raisonnable en faveur de l'emploi) et moyennant le respect d'une procédure particulière.

1. Catégories de bénéficiaires

Entre en considération pour une CPE toute personne qui, au moment de son entrée en service d'un employeur, est inscrite comme demandeur d'emploi et âgée de moins de 26 ans. Les jeunes d'origine étrangère ou ayant un handicap comptent double pour le respect des obligations en matière de convention de premier emploi.

2. Formes de la convention de premier emploi

La CPE peut prendre trois formes différentes :

- un contrat de travail ordinaire (au minimum à mi-temps);
- un contrat de travail à temps partiel (au moins à mi-temps) combiné à une formation; la formation doit, en toute hypothèse, porter au minimum sur un total de 240 heures en moyenne par an;
- un contrat d'apprentissage (contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés, contrat d'apprentissage des classes moyennes, convention de stage dans le cadre de la formation de chef d'entreprise, convention d'insertion professionnelle ou tout autre type de convention ou contrat de formation ou d'insertion déterminé par arrêté royal).

La CPE doit faire l'objet d'un écrit. Cet écrit se présente sous la forme d'un contrat de travail, d'apprentissage, de stage ou d'une convention d'insertion … dans lequel il est précisé par une clause particulière que ce contrat (ou cette convention) constitue également une convention de premier emploi. Il ne faut donc pas constater la CPE par un écrit distinct du contrat de travail (ou de la convention).
La fin de la CPE coïncidera, en principe, avec la fin du contrat de travail (lorsqu'il est conclu à durée déterminée), du contrat d'apprentissage, du contrat de stage ou de la convention d'insertion professionnelle et, en tout état de cause, au plus tard avec le dernier jour du trimestre au cours duquel le jeune atteint l'âge de 26 ans. La fin de la CPE ne signifie cependant pas qu'il soit mis automatiquement un terme au contrat de travail (p. ex. : un contrat conclu à durée indéterminée); celui-ci continuera à sortir ses effets selon ce qui a été prévu par les parties, mais l'employeur ne pourra plus, à partir de la fin de la CPE, prendre le jeune en compte pour justifier le respect de son obligation d'embauche.

3. Réduction des cotisations

Voir ci-dessus "A. Harmonisation des régimes de réductions de cotisations de sécurité sociale - 2. Réductions groupes-cibles - 2.2. les jeunes".

4. Surveillance et sanctions

Les employeurs qui ne respectent pas leurs obligations en matière de convention de premier emploi sont tenus de payer une indemnité compensatoire de 75 EUR à multiplier par le nombre de jours calendrier d'infractions et par le nombre de travailleurs concernés (c'est-à-dire jeunes non engagés ou travailleurs licenciés pour compenser le recrutement de jeunes).

Législation :

- Loi du 24 décembre 1999 en vue de la promotion de l'emploi, articles 23 à 57 (M.B. du 27 janvier 2000), modifiée par les lois du 2 janvier 2001 (M.B. du 3 janvier 2001), du 5 septembre 2001 (M.B. du 15 septembre 2001) et du 30 décembre 2001 (M.B. du 31 décembre 2001), du 2 août 2002 (M.B. du 29 août 2002), du 24 décembre 2002 (M.B. du 31 décembre 2002), du 1er avril 2003 (M.B. du 16 mai 2003), du 8 avril 2003 (M.B. du 17 avril 2003), du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003) et du 9 juillet 2004 (M.B. du 15 juillet 2004).
- A.R. du 30 mars 2000 (A) d'exécution des articles, 32, § 2, alinéa 1er, 33, §2, alinéa 3, 34, 39, §4, alinéa 2, et §5, alinéa 2, 42, §2, 46, alinéa 1er, 47, §4, alinéas 1er et 4, de la loi du 24 décembre en vue de la promotion de l'emploi (M.B. du 31 mars 2000) modifiée par les A.R. du 23 mars 2001 (M.B. du 17 mai 2001), du 21 janvier 2002 (M.B. du 7 février 2002), du 13 janvier 2003 (M.B. du 24 janvier 2003), du 16 mai 2003 (M.B. du 6 juin 2003), du 28 mai 2003 (M.B. du 11 septembre 2003) et du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004).
- A.R. du 30 mars 2000 d'exécution des articles 26, 27, alinéa 1er, 2°, 30, 39, §1er, et §4, alinéa 2, 40, alinéa 2, 40bis, 41, alinéa 2, 43, alinéa 2, et 47, §1er, alinéa 5, de la loi du 24 décembre 1999 en vue de la promotion de l'emploi (M.B. du 31 mars 2000) modifié par les A.R. du 12 août 2000 (M.B. du 19 octobre 2000), du 23 mars 2001 (M.B. du 15 mai 2001), du 21 janvier 2002 (M.B. du 12 juin 2002), du 21 novembre 2002 (M.B. du 13 décembre 2002), du 13 janvier 2003 (M.B. du 24 janvier 2003), du 3 mai 2003 (M.B. du 11 septembre 2003), du 16 mai 2003 (M.B. du 6 juin 2003) et du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004).

B. Activation du comportement de recherche d'emploi

Pendant toute la durée de son chômage, le chômeur bénéficiant d'allocations doit satisfaire à certaines conditions, notamment être chômeur involontaire. Cela signifie que le chômeur ne peut pas refuser un emploi convenable qui lui est offert, ni refuser de suivre une formation qui lui est proposée. Le chômeur doit également rester disponible pour le marché de l'emploi ce qui implique qu'il doit collaborer activement aux actions d'accompagnement, de formation, d'expérience professionnelle ou d'insertion proposées par l'office régional de l'emploi (FOREM, VDAB, ORBEM ou Arbeitsamt) et qu'il doit chercher lui-même activement un emploi. L'ONEM vérifie régulièrement que le chômeur cherche bien du travail et remplit donc toujours les conditions pour avoir droit aux allocations de chômage.

Une nouvelle procédure de suivi des chômeurs est entrée en vigueur. L'objectif est avant tout de suivre activement le chômeur et de le soutenir dans ses efforts pour se réinsérer sur le marché de l'emploi. Parallèlement, les Régions et Communautés se sont engagées à amplifier les actions entreprises pour offrir un accompagnement adapté à tous les chômeurs qui le souhaitent.

La procédure de suivi.

Les efforts que le chômeur fait pour se réinsérer sur le marché du travail sont évalués lors d'entretiens individuels avec un agent de l'ONEM (le facilitateur), spécialement recruté et formé pour mener ces entretiens.

Le chômeur complet est invité à un premier entretien avec le facilitateur après 15 mois de chômage (s'il est âgé de moins de 25 ans) ou après 21 mois de chômage (s'il est âgé de 25 ans ou plus).

Ce premier entretien a pour but d'évaluer les efforts que le chômeur a faits pour chercher du travail pendant la période de 12 mois précédant l'entretien. Les efforts sont évalués en tenant compte de la situation personnelle du chômeur (âge, niveau de formation, situation sociale et familiale,...) et de la situation du marché de l'emploi dans la subrégion où le chômeur habite. Si ses efforts sont suffisants, un nouvel entretien aura lieu 16 mois plus tard.

Si par contre les efforts sont jugés insuffisants, un plan d'action comprenant des actions concrètes (prendre contact avec l'Office régional de l'emploi compétent, consulter les offres d'emploi, solliciter,...) est proposé au chômeur et il lui est demandé de s'engager à mener les actions qui sont attendues de lui. Un deuxième entretien a lieu 4 mois plus tard, pour évaluer si le chômeur a respecté son plan d'action. Si c'est le cas, un nouvel entretien aura lieu 12 mois plus tard.

Si le chômeur n'a pas respecté son plan d'action, il encourt une sanction limitée et temporaire (pendant 4 mois maximum) : soit une réduction du montant de l'allocation de chômage, soit une suspension du paiement des allocations. En outre, le chômeur doit à nouveau s'engager à mener les actions prévues dans un nouveau plan d'action (plus intensif) qui lui est proposé pour les 4 mois suivants. Alors un troisième entretien a lieu 4 mois plus tard. Si le chômeur a respecté son deuxième plan d'action, il retrouve le bénéfice de ses allocations complètes et un nouvel entretien aura lieu 12 mois plus tard. Si, au contraire, le chômeur n'a pas respecté son plan d'action, il peut être exclu du bénéfice des allocations. Toutefois, s'il s'agit d'un chômeur qui bénéficie d'allocations de chômage comme chef de ménage ou isolé ou comme cohabitant sans charge de famille dont les revenus du ménage sont peu élevés, cette exclusion est précédée d'une période de 6 mois pendant laquelle le chômeur continue à percevoir une allocation réduite.

Entrée en vigueur.

Cette nouvelle procédure de suivi est entrée en vigueur le 1er juillet 2004.

Pour permettre aux Régions et Communautés de développer une offre d'accompagnement suffisante pour pouvoir proposer à tous les chômeurs un accompagnement, une formation ou une expérience professionnelle, la procédure est mise en œuvre progressivement. Dans une première phase (jusque juin 2005), seuls les chômeurs de moins de 30 ans sont concernés. Ensuite, l'activation du comportement de recherche d'emploi sera étendue aux chômeurs de moins de 40 ans (à partir de juillet 2005) et aux chômeurs de moins de 50 ans (à partir de juillet 2006).

Législation :

- A.R. du 4 juillet 2004 portant modification de la réglementation du chômage à l'égard des chômeurs complets qui doivent rechercher activement un emploi (M.B. du 9 juillet 2004);
- A.M. du 5 juillet 2004 réglant le mode de calcul de la durée du chômage de certains chômeurs et fixant la liste modèle des actions visées aux articles 59quater, § 5, alinéa 2 et 59quinquies, § 5, alinéa 2, de l'A.R. du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage (M.B. 9 juillet 2004);
- Accord de coopération du 30 avril 2004 entre l'Etat fédéral, les Régions et les Communautés relatif à l'accompagnement et au suivi actifs des chômeurs.

III. Financement

Le régime du chômage est financé dans le cadre de la gestion financière globale de la sécurité sociale.

Les cotisations pour le chômage, incorporées dans la cotisation globale de sécurité sociale, atteignent 2,33 % de la rémunération mensuelle (1,46 % cotisation patronale et 0,87 % cotisation personnelle).

De plus, une cotisation spéciale égale à 1,69 % est due par les employeurs qui, au 30 juin de l'année précédente, occupaient au moins 10 travailleurs.

Enfin, l'A.R. du 27 novembre 1996 a instauré une cotisation patronale spéciale de 0,10 % en vue de financer le chômage temporaire et le complément d'ancienneté accordé aux chômeurs âgés.

En outre, le produit des cotisations sociales spécifiques suivantes est attribué (en tout ou en partie) à l'ONEM.

Section 1. Fonds de Fermeture d'Entreprises - financement du chômage temporaire

Pour responsabiliser les partenaires sociaux à l'égard du recours au système de chômage temporaire, le Fonds de Fermeture d'Entreprises est chargé de prendre en charge 33 % des dépenses en matière de chômage temporaire (loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses modifiée par la loi du 22 décembre 1995 portant des mesures d'exécution du plan pluriannuel pour l'emploi). Cette intervention du Fonds est financée par une cotisation spéciale patronale; le montant de cette cotisation s'élève à 0,22 % des rémunérations brutes des travailleurs (portée à 0,23 % pour les employeurs redevables de la cotisation de modération salariale).

Conformément à l'A.R. du 3 mai 1993, le Fonds paie mensuellement des avances à l'ONEM. Le décompte est effectué au cours du mois de juillet qui suit l'année écoulée, sur base des paiements effectués par les organismes de paiement au bénéfice des chômeurs temporaires et acceptés par l'ONEM. C'est ainsi qu'en 2004, les avances ont été diminuées de 10.850.342,77 EUR (régularisation 2003).

Section 2. Les retenues sur la prépension conventionnelle

En application de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales, une retenue de 1 % a été instaurée à partir du 1er avril 1994 sur la prépension conventionnelle.
L'A.R. du 19 novembre 1996, pris en exécution de la loi du 26 juillet 1996 portant réalisation des conditions budgétaires à la participation de la Belgique à l'UME, a porté cette retenue ONEM de 1 % à 3 % pour les travailleurs qui ont été informés de leur licenciement après le 31 octobre 1996 et qui ont pris une prépension à temps

plein après le 31 décembre 1996. Cette augmentation n'est pas d'application lorsque ces travailleurs ont été licenciés dans le cadre d'une reconnaissance comme entreprise en difficultés ou dans le cadre d'une restructuration et pour autant que la reconnaissance ait été accordée avant le 1er novembre 1996. Le pourcentage est calculé sur le montant total de la prépension et retenu sur le montant de l'allocation de chômage.

Section 3. Financement du congé-éducation payé

En vertu de l'article 122 de la loi de redressement du 22 janvier 1985 portant des dispositions sociales, une cotisation spécifique a été introduite pour les employeurs du secteur privé, dont les travailleurs peuvent bénéficier d'un congé-éducation. Cette cotisation patronale qui est actuellement de 0,04 % a été inscrite au budget de l'ONEM, en exécution de la loi-programme du 19 juillet 2001. Pour l'année 2004, les recettes s'élevaient à 27,68 millions EUR.

IV. Organisation administrative

L'exécution de la réglementation en matière de chômage est confiée à l' ONEM, organisme public doté de la personnalité civile et géré selon les normes établies par la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

L'ONEM est administré par un Comité de gestion composé d'un président, 7 représentants des organisations interprofessionnelles représentatives des employeurs et 7 représentants des organisations interprofessionnelles représentatives des travailleurs. Un délégué du Ministre des Finances et un délégué du Ministre de l'Emploi y siègent à titre consultatif.
Le Comité de gestion exerce principalement les compétences suivantes :

- avis relatif à la réglementation des matières confiées à l'ONEM;
- gestion du personnel (nominations, promotions et licenciements);
- gestion financière (établissement du budget et des comptes annuels).

La gestion journalière de l'ONEM est assurée par l'administrateur général assisté par l'administrateur général adjoint. Elle comprend entre autres : l'information du Comité de gestion, l'exécution des décisions prises par ce Comité, la gestion du personnel et l'assurance du bon fonctionnement des services. Pour cette gestion courante, l'ONEM dispose d'une administration centrale et de bureaux du chômage. Actuellement, l'ONEM comprend 30 bureaux régionaux de chômage, dirigés chacun par un directeur.

L'ONEM dispose depuis le 1er janvier 2002 d'un contrat d'administration. Ce contrat, conclu pour la période 2002-2004 (reconduit pour un an - art. 112 de la loi-programme du 9 juin 2004), est un nouvel instrument de responsabilisation qui doit permettre un fonctionnement plus souple de l'office. Dans le cadre du contrat d'administration, l'ONEM s'est engagé à réaliser certains objectifs notamment en ce qui concerne le délai de traitement des dossiers, l'exactitude des dossiers, les règles de conduite à l'égard du public, etc. Des instruments de mesure du suivi ont également été prévus. Un plan d'administration indique en détail comment l'ONEM exécutera à court terme les engagements du contrat d'administration.

Titre VI. Les prestations familiales

Les régimes d'allocations familiales existant en Belgique sont des régimes professionnels.

Ils sont au nombre de trois :

- les allocations familiales pour travailleurs salariés;
- les allocations familiales pour travailleurs indépendants;
- les allocations familiales pour le personnel du secteur public.

La loi du 20 juillet 1971 a par ailleurs instauré le régime résiduaire des "Prestations familiales garanties" en faveur des personnes ne pouvant obtenir des allocations familiales d'aucun autre régime belge ou étranger, pour autant qu'elles satisfassent à certaines conditions relatives notamment aux revenus dont elles disposent.

Nous analyserons ci-après chacun de ces régimes.

I. Le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés

Section 1. Les assujettis

A. Champ d'application

Est assujetti aux lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, quiconque, établi en Belgique ou attaché à un siège d'exploitation établi en Belgique, occupe du personnel dans les liens d'un contrat de travail.

La loi fixe donc le principe général de l'assujettissement aux lois coordonnées en se référant à l'existence d'un contrat de travail tel que défini par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

Quant à l'existence d'un contrat de travail, elle suppose l'exercice d'une activité rémunérée sous l'autorité d'une autre personne à laquelle elle est liée par un lien de subordination ou un travail exécuté dans des conditions similaires.

L'assujettissement ne concerne que les employeurs, les travailleurs salariés ne cotisant pas au secteur des allocations familiales.

La loi considère que les employeurs assujettis au régime de sécurité sociale, soit des travailleurs salariés, soit des marins de la marine marchande, sont d'office assujettis aux lois coordonnées.

Le fait de viser le régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés implique que les exclusions qui y sont prévues sont, en principe, aussi des exclusions du régime des prestations familiales (ex. travaux occasionnels, animations socioculturelles et sportives, travaux saisonniers).

La loi prévoit encore expressément l'assujettissement aux lois coordonnées de l'Etat, des Communautés, des Régions, des établissements publics en ce compris les organismes d'intérêt publics visés à l'article 1er de la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public, de l'Universitaire Instelling Antwerpen, de l'Universitair Centrum Limburg, ainsi que des provinces, des communes et de tout autre service public obligatoirement affilié à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales et ce, pour toutes les catégories de personnel occupé par ces divers services publics. Les communes sont également assujetties aux dites lois pour les bourgmestres et échevins visés par la nouvelle loi communale.

Enfin, la loi donne le pouvoir au Roi d'étendre le champ d'application des lois coordonnées aux employeurs qui ne seraient pas visés par ces mêmes lois.

B. Obligations incombant aux employeurs assujettis

Tout employeur assujetti doit s'affilier à une caisse d'allocations familiales. Les caisses ont pour mission essentielle de payer les prestations; accessoirement, elles perçoivent les cotisations pour les travailleurs salariés qui ne sont pas soumis à la sécurité sociale (cotisations capitatives - Le régime des cotisations capitatives a été abrogé au 1er janvier 1999 par la loi du 10 juin 1998. Il demeure toutefois applicable aux employeurs concernés, vis-à-vis des travailleurs entrés en service avant l'entrée en vigueur de cette loi).

L'employeur dispose de nonante jours pour s'affilier à une caisse de son choix. Il la choisit librement, à moins qu'il n'occupe du personnel appartenant à l'un des secteurs d'activité pour lesquels une caisse spéciale a été créée.

A défaut de choix dans le délai imparti, l'employeur fait de plein droit partie de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés. Il peut aussi s'affilier librement à cet Office. L'employeur cotise dans le cadre de la gestion globale à l'un des organismes percepteurs (l'Office national de Sécurité sociale ou la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins).

L'employeur fournit à la caisse d'allocations familiales tous les renseignements dont elle a besoin pour calculer les allocations familiales. L'employeur est soumis au contrôle exercé par les agents désignés à cet effet par le Ministre des Affaires sociales. Le rôle de ces agents consiste notamment à vérifier si l'employeur s'est affilié à une caisse d'allocations familiales et si l'affiliation a été conclue pour tout le personnel.

L'Etat, les Communautés et les Régions ne s'affilient à aucune caisse d'allocations familiales mais accordent directement aux membres de leur personnel les prestations familiales. Les établissements publics, en ce compris les organismes d'intérêt public visés par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public qui sont obligés d'accorder eux-mêmes les prestations familiales, ne doivent s'affilier à une caisse d'allocations familiales que si cette obligation ne concerne pas l'ensemble de leur personnel.

Les communes, les établissements publics qui en dépendent, les associations de communes, les agglomérations et fédérations de communes, les établissements publics qui dépendent des agglomérations et des fédérations de communes, la Commission communautaire française, la Commission communautaire flamande, les provinces et les établissements publics qui dépendent des provinces, les organismes économiques régionaux, les organismes visés par la loi du 16 mars 1954 relative au contrôle de certains organismes d'intérêt public pour les membres de leur personnel qui ne donnent pas lieu au paiement à l'Office national de sécurité sociale d'une cotisation pour le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés, les associations de plusieurs organismes susmentionnés ainsi que l'A.S.B.L."Vlaamse Operastichting" sont affiliés de plein droit à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales.

Enfin, sont affiliés, de plein droit, à l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés :

- les employeurs, exploitants d'hôtels, restaurants et débits de boissons;
- les employeurs, armateurs de navires;
- les employeurs de l'industrie diamantaire;
- uniquement, en faveur des travailleurs mentionnés ci-après :

  a) les employeurs de travailleurs à domicile;
  b) les employeurs de voyageurs et de représentants de commerce, occupés au travail par plusieurs employeurs;
  c) 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.

Section 2. Les prestations offertes

A. Description

1. L'allocation de naissance

Une allocation de naissance est accordée à l'occasion de la naissance de tout enfant bénéficiaire d'allocations familiales.

L'allocation de naissance est également accordée s'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.

Pour la fixation du montant de l'allocation de naissance qui leur est due, tous les enfants issus d'un accouchement multiple, sont considérés comme ayant le premier rang de naissance.

Pour déterminer le rang de naissance, l'enfant adopté, pour lequel une prime d'adoption a été payée, n'entre pas en ligne de compte.

L'allocataire peut demander l'allocation de naissance à partir du sixième mois de la grossesse et en obtenir le paiement deux mois avant la date probable de la naissance mentionnée sur le certificat médical à joindre à la demande.

L'allocation de naissance est due par la caisse d'allocations familiales, par l'autorité ou par l'établissement public qui serait compétent, selon le cas, pour payer les allocations familiales à la date à laquelle la demande de paiement anticipé est introduite.

Le montant de l'allocation de naissance s'élève au 1er janvier 2005 pour une :

- première naissance	à 1.023,45 EUR
- deuxième naissance et chacune des suivantes	à 770,02 EUR

2. La prime d'adoption

Une prime d'adoption est accordée à l'occasion de l'adoption d'un enfant aux conditions suivantes :

- un acte d'adoption est signé, exprimant la volonté de l'attributaire ou de son conjoint d'adopter l'enfant;
- l'adoptant ou son conjoint remplit les conditions pour ouvrir le droit aux allocations familiales;
- l'enfant fait partie du ménage de l'adoptant;
- l'enfant remplit les conditions pour être bénéficiaire des allocations familiales.

Le montant de la prime d'adoption accordé pour l'enfant adopté est celui d'application à la date de la signature de l'acte d'adoption.

Il ne peut être octroyé à l'adoptant ou à son conjoint qu'une seule prime d'adoption pour le même enfant.

La prime d'adoption ne peut être octroyée à l'adoptant ou à son conjoint, si l'adoptant, son conjoint ou la personne avec laquelle il forme un ménage de fait autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement a reçu une allocation de naissance pour le même enfant.

La prime d'adoption s'élève au 1er janvier 2005 à 1.023,45 EUR.

3. Les allocations familiales ordinaires

Les allocations familiales ordinaires sont celles qui sont accordées à chaque enfant bénéficiaire, quel que soit son âge ou la catégorie sociale à laquelle appartient l'attributaire. Elles sont progressives en fonction du rang de l'enfant selon son âge par rapport aux autres enfants bénéficiaires élevés dans le ménage.

Les montants mensuels au 1er janvier 2005 s'élèvent pour :

- le premier enfant	à 75,54 EUR;
- le deuxième enfant	à 139,78 EUR;
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 208,70 EUR.

4. Les allocations d'orphelins

Des allocations majorées sont accordées aux orphelins dont l'auteur survivant n'est pas engagé dans les liens d'un nouveau mariage ou ne forme pas un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement.

L'allocation d'orphelin s'élève au 1er janvier 2005 à 290,20 EUR.

5. L'allocation familiale forfaitaire pour enfants placés chez un particulier

Lorsque l'enfant est placé chez un particulier par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, il est dû, sous certaines conditions, à l'allocataire qui percevait des allocations familiales pour cet enfant immédiatement avant la mesure de placement dont il a fait l'objet une allocation forfaitaire.

L'allocation forfaitaire s'élève au 1er janvier 2005 à 50,69 EUR.

6. Les suppléments

6.1. Les suppléments d'âge

Les allocations familiales ordinaires et les allocations d'orphelins sont majorées d'un supplément d'âge au 1er janvier 2005 de :

a) Enfants nés après le 31 décembre 1990

- Premier rang des taux ordinaires (enfants non handicapés)

Enfant de 6 à 12 ans	13,16 EUR
Enfant de 12 à 18 ans	20,04 EUR
Enfant de plus de 18 ans (applicable pour la première fois le 1er janvier 2009)	23,10 EUR
Enfant né entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1996 qui devient rang 1 en remplacement d'un bénéficiaire de supplément d'âge, à partir de 6 ans jusqu'à moins de 18 ans	26,24 EUR
Enfant né entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1996 qui devient rang 1 en remplacement d'un bénéficiaire de supplément d'âge, à partir de 18 ans (applicable pour la première fois le 1er janvier 2009)	28,19 EUR

- Autres enfants (y compris les handicapés)

Enfant de 6 à 12 ans	26,24 EUR
Enfant de 12 à 18 ans	40,10 EUR
Enfant de plus de 18 ans (applicable pour la première fois le 1er janvier 2009)	50,99 EUR

b) Enfants nés avant le 1er janvier 1991

- Premier rang des taux ordinaires (enfants non handicapés)

Enfant né entre le 1er janvier 1985 et le 31 décembre 1990, âgé de moins de 18 ans	26,24 EUR
Enfant né entre le 1er janvier 1985 et le 31 décembre 1990, à partir de 18 ans	28,19 EUR
Enfant né entre le 1er janvier 1981 et le 31 décembre 1984	42,04 EUR
Enfant né avant le 1er janvier 1981 (y compris les handicapés de + de 25 ans)	44,25 EUR

- Autres enfants (y compris les handicapés de - de 21 ans)

Enfant de 12 à 18 ans	40,10 EUR
Enfant de plus de 18 ans	50,99 EUR

6.2. Les suppléments sociaux

Les allocations familiales ordinaires sont majorées d'un supplément pour les enfants du bénéficiaire d'une pension, du chômeur complet indemnisé à partir du septième mois de chômage ainsi que pour les enfants bénéficiaires du chef d'un attributaire qui bénéficie d'une pension de survie s'il pouvait prétendre à ce supplément lors du décès de l'ayant droit.

Le supplément au 1er janvier 2005 s'élève pour :

- le premier enfant	à 38,46 EUR
- le deuxième enfant	à 23,84 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 4,18 EUR

Les allocations familiales ordinaires sont également majorées d'un supplément en faveur des enfants de travailleurs invalides. Le supplément pour cette catégorie d'attributaire s'élève au 1er janvier 2005 pour :

- le premier enfant	à 82,74 EUR
- le deuxième enfant	à 23,84 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 4,18 EUR

L'octroi de ces suppléments est soumis à des conditions strictes relatives essentiellement aux revenus professionnels et/ou de remplacement dont dispose le ménage. Dans le cas où l'attributaire ou l'allocataire vit seul avec l'enfant, ces revenus ne peuvent dépasser 1.672,38 EUR par mois au 1er janvier 2005. Dans le cas où l'attributaire et son conjoint ou partenaire vivent ensemble avec l'enfant, ces revenus ne peuvent dépasser 1.930,21 EUR par mois au 1er janvier 2005.

6.3. Le supplément pour enfants handicapés

Les allocations familiales ordinaires et les allocations d'orphelins sont majorées, en fonction du degré d'autonomie de l'enfant, jusqu'à l'âge de 21 ans, en faveur de l'enfant qui est né au plus tard le 1er janvier 1996 et qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins. L'autonomie de l'enfant est évaluée par comparaison à un enfant du même âge qui n'est pas handicapé.

S'il obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie, le supplément au 1er janvier 2005 est de 339,85 EUR.

S'il obtient 4, 5 ou 6 points d'autonomie, le supplément est de 372,02 EUR.

S'il obtient 7, 8 ou 9 points d'autonomie, le supplément est de 397,69 EUR.

Le supplément n'est pas octroyé en cas d'autonomie déficitaire consécutive à un refus de traitement.

- A partir du 1er mai 2003, les allocations familiales ordinaires et les allocations d'orphelins sont majorées, en fonction des conséquences de l'affection, jusqu'à l'âge de 21 ans, en faveur de l'enfant qui est né après le 1er janvier 1996 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 pour son entourage familial.

Des mesures transitoires ont toutefois été prévues.

S'il obtient 6 points au minimum et 8 points au maximum (de l'échelle médico-sociale) ou 4 points au minimum pour ce qui concerne les conséquences de l'affection sur le plan de l'incapacité physique ou mentale, le supplément est de 66,25 EUR.

S'il obtient 9 points au minimum et 11 points au maximum, le supplément est de 165,62 EUR.

S'il obtient 12 points au minimum et 14 points au maximum, le supplément est de 276,03 EUR.

S'il obtient 15 points au minimum et 17 points au maximum, le supplément est de 386,44 EUR.

S'il obtient 18 points au minimum et 20 points au maximum, le supplément est de 414,04 EUR.

S'il obtient plus de 20 points, le supplément est de 441,64 EUR.

B. Conditions d'octroi

Plusieurs personnes interviennent lors de la détermination du droit aux allocations familiales :

- l'attributaire : c'est-à-dire la personne dont le travail ou la situation ouvre le droit aux allocations familiales. L'attributaire doit remplir les conditions inhérentes à sa situation propre (travail effectif, situation assimilée ou situation d'attribution). Il doit de plus, se trouver vis-à-vis de l'enfant bénéficiaire, entre autres dans un lien de parenté, d'alliance, d'adoption ou de tutelle officieuse. Inversement, l'enfant doit justifier du même lien à l'égard de l'attributaire. Cette relation déterminée sera abordée sous le point : Conditions requises dans le chef de l'enfant bénéficiaire;
- l'allocataire : c'est-à-dire la personne à qui les allocations familiales sont payées;
- l'enfant bénéficiaire : c'est-à-dire l'enfant au profit duquel les allocations familiales sont versées.

1. Les différents attributaires

1.1. Le travailleur effectif

Est attributaire des allocations familiales ordinaires :

- la personne occupée au travail en Belgique par un employeur assujetti aux lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés;
- la personne occupée au travail à l'étranger par un employeur assujetti aux lois coordonnées, mais qui, compte tenu des dispositions des conventions et règlements internationaux en matière de sécurité sociale reste assujettie à la sécurité sociale belge ou exerce sa fonction au service de l'Etat ou d'un service public tout en restant soumise à la réglementation du service qui l'occupe;
- les bourgmestres et échevins visés à l'article 19, §4 de la nouvelle loi communale.

1.2. Le travailleur assimilé

Le travailleur peut se trouver dans certaines situations particulières qui, au même titre que le travail effectif, donnent lieu dans les mêmes conditions et au même taux, aux allocations familiales.

Le travailleur est considéré, s'il y a lieu, comme étant occupé au travail durant les jours de repos compensatoire, les périodes de vacances payées, les jours fériés et les jours de congé compensatoire, les jours de grève reconnus et de lock-out, les périodes d'incapacité de travail pour lesquelles il a droit à sa rémunération normale, les périodes de chômage involontaire qui font partie d'une période de fermeture, en raison de vacances, de l'entreprise où il est occupé et les jours d'absence non rémunérés autorisés pour des raisons familiales impérieuses, le congé de paternité et le congé d'adoption.

1.3. La personne en situation d'attribution

Les différentes situations d'attribution sont décrites ci-après :

a) L'époux ou l'épouse abandonné(e)

L'époux ou l'épouse qui est abandonné(e) par son conjoint et qui, du fait de cet abandon n'a plus droit aux allocations familiales, garde tout de même ce droit au bénéfice :

- des enfants qu'il ou qu'elle élève et qui font partie du ménage au moment de l'abandon;
- des enfants communs qu'il ou qu'elle élève et qui sont nés dans les six mois de l'abandon.

Le droit aux allocations familiales est attribué à partir de l'abandon, jusqu'à ce que le plus jeune des enfants faisant partie du ménage au moment de l'abandon ou nés dans les six mois de l'abandon, ait atteint l'âge de trois ans et au minimum pour une période de douze mois.

Le bénéfice des présentes dispositions est subordonné à la déclaration d'abandon faite par l'époux abandonné ou par l'épouse abandonnée auprès du juge de paix de sa résidence principale ou au dépôt d'une plainte auprès du commandant de brigade de gendarmerie ou du commissaire de police de son domicile dans les trois mois qui suivent l'abandon.

Le conjoint ayant abandonné son époux ou son épouse doit avoir satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles, au cours des douze mois précédant immédiatement la date de l'abandon.

b) Le travailleur malade ou victime d'un accident

Ont droit aux allocations familiales ordinaires :

1° le travailleur malade ou victime d'un accident, qui bénéficie d'une indemnité d'incapacité de travail prévue par la législation concernant l'assurance contre la maladie et l'invalidité au cours des six premiers mois de la période d'incapacité primaire ou la travailleuse durant la période de protection de la maternité qui bénéficie d'une indemnité de maternité;

2° le travailleur qui, atteint d'une incapacité de travail de 66 p.c. au moins, bénéficie d'une indemnité prévue par la législation relative aux accidents du travail ou par celle relative aux maladies professionnelles;

3° le travailleur malade ou victime d'un accident qui, sans être indemnisé par une des législations sociales précitées, est atteint d'une incapacité de travail de 66% au moins et la travailleuse durant la période de protection de la maternité qui ne bénéficie pas d'une indemnité de maternité, et qui au cours des douze mois précédant immédiatement l'incapacité de travail de 66% au moins ou la période de protection de la maternité, ont satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles;

4° le travailleur victime d'un accident qui, sans être indemnisé par une des législations sociales précitées, est atteint d'une incapacité de travail de 66 p.c. au moins.

Ont droit aux allocations familiales ordinaires majorées du supplément pour enfants de travailleurs invalides :

1° le travailleur malade ou victime d'un accident ou la travailleuse durant la période de protection de la maternité :

- qui bénéficie d'une indemnité d'incapacité de travail ou de maternité prévue par la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, à partir du septième mois d'une période composée d'incapacité primaire et éventuellement de protection de la maternité ou durant la période composée d'invalidité et éventuellement de protection de la maternité;
- qui bénéficie d'une pension d'invalidité en vertu de la législation concernant le régime de pension d'invalidité des ouvriers mineurs;
- qui remplit toutes les conditions d'octroi de la pension d'invalidité des ouvriers mineurs, mais qui ne bénéficie pas de cette pension parce qu'il a droit à des indemnités accordées en vertu d'une législation belge ou étrangère relative à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles.

2° le travailleur ou la travailleuse visés à l'alinéa 1er, sous les points 2°, 3° et 4°, à partir du septième mois d'une période composée d'incapacité de travail de 66% au moins et éventuellement de protection de la maternité;

3° tout autre travailleur dont la capacité de gain est réduite à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner ou qui est atteint d'une réduction d'autonomie de 9 points au moins conformément à la législation relative aux handicapés, et qui était attributaire, immédiatement avant sa mise au travail d'allocations familiales en qualité de handicapé;

4° le travailleur qui était atteint d'une incapacité de travail de 66 p.c. au moins avant d'avoir commencé effectivement à exercer une activité professionnelle, s'il a satisfait au cours d'une période de douze mois aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles.

Le travailleur attributaire des allocations familiales majorées du supplément pour enfants de travailleurs invalides doit avoir la qualité d'attributaire ayant personnes à charge.

De plus, il ne peut bénéficier de revenus de remplacement qui dépassent un certain montant. Pour plus de détails à ce sujet, voir le point : Les suppléments sociaux sous la section 2, A., 6.2. : Les prestations offertes.

La pension prématurée pour motif de santé est considérée comme une incapacité de travail de 66 % au moins.

c) L'orphelin

Est attributaire des allocations d'orphelins, l'orphelin, si au moment du décès de l'un de ses parents, le père ou la mère a satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles, au cours des douze mois précédant immédiatement le décès.

Les allocations familiales sont accordées aux taux ordinaires lorsque le père survivant ou la mère survivante est engagé(e) dans les liens d'un mariage ou forme un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement. La cohabitation de l'auteur survivant avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement fait présumer, jusqu'à preuve du contraire, l'existence d'un ménage de fait.

Le bénéfice des allocations d'orphelins peut être invoqué à nouveau si l'auteur survivant ne cohabite plus avec le conjoint avec lequel un nouveau mariage a été contracté ou avec la personne avec laquelle un ménage de fait a été formé. La séparation de fait doit apparaître par la résidence principale séparée des personnes en cause, au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, que la séparation de fait est effective bien qu'elle ne corresponde pas ou plus avec l'information obtenue auprès dudit registre.

Les causes d'exclusion ne sont pas applicables lorsque l'orphelin est abandonné par son auteur survivant.

d) La veuve ou le veuf qui bénéficie d'une pension de survie

Est attributaire des allocations familiales ordinaires, en faveur de l'enfant qui fait partie de son ménage, la personne qui bénéficie d'une pension de survie due en raison de l'activité professionnelle du conjoint décédé ouvrant droit aux allocations familiales, si les conditions suivantes sont réunies :

1° l'enfant doit faire partie du ménage de la personne survivante au moment du décès;

2° le conjoint décédé doit :
- ouvrir le droit aux allocations familiales pour cet enfant au moment du décès;
- avoir satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles au cours des douze mois précédant immédiatement le décès;

3° la personne survivante ne peut former un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement, ni être engagée dans les liens d'un nouveau mariage sauf si elle ne cohabite plus avec le conjoint avec lequel un nouveau mariage a été contracté. La séparation de fait doit apparaître de la résidence principale séparée des personnes en cause, au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°,

du la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, que la séparation de fait est effective bien qu'elle ne corresponde pas ou plus avec l'information obtenue auprès dudit registre.

Les conditions que l'enfant doit faire partie du ménage de la personne survivante au moment du décès et que le conjoint décédé doit ouvrir le droit aux allocations familiales pour cet enfant au moment du décès ne sont pas imposées si la personne bénéficiaire de la pension de survie est attributaire en faveur de ses enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, neveux ou nièces, d'enfants qu'elle a adoptés ou dont elle a la tutelle officieuse, d'enfants qui lui sont confiés ou d'enfants pour lesquels le Ministre des Affaires sociales accorde dérogation dans le chef de ladite personne.

L'attributaire ouvre également le droit lorsque l'enfant est placé en institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, à la condition qu'il ait fait partie de son ménage immédiatement avant le placement.

Les suppléments sociaux restent acquis en faveur de l'enfant pour autant qu'il bénéficiait de ces suppléments lors du décès de l'ayant droit.

e) La personne handicapée

La personne handicapée qui n'exerce aucune activité professionnelle lucrative et bénéficie, en vertu de la législation relative aux allocations aux handicapés d'une allocation de remplacement de revenus, d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées ou d'une allocation d'intégration correspondant à une réduction d'autonomie de 9 points au moins, a droit aux allocations familiales majorées des suppléments pour enfants de travailleurs invalides pour les enfants pour lesquels chaque attributaire a généralement droit aux allocations familiales ou pour les enfants qui font l'objet d'une dérogation, à condition qu'ils fassent partie du même ménage, à l'exception de ses frères et sœurs.

L'attributaire ouvre également ce droit en faveur de ses enfants lorsqu'ils sont placés dans une institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, à condition qu'ils aient fait partie du ménage de cet attributaire immédiatement avant le placement.

Est attributaire d'allocations d'orphelins, l'orphelin, si au moment du décès de l'un de ses parents, le père handicapé ou la mère handicapée pouvait prétendre en faveur de cet enfant aux allocations familiales en qualité de handicapé.

Les allocations familiales sont accordées aux taux ordinaires si l'auteur survivant est engagé dans les liens d'un mariage ou forme un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement.

Le bénéfice des allocations d'orphelins peut être invoqué à nouveau si l'auteur survivant ne cohabite plus avec le conjoint avec lequel un nouveau mariage a été contracté ou avec la personne avec laquelle un ménage de fait a été formé. La séparation de fait doit apparaître par la résidence principale séparée des personnes en cause, au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, que la séparation de fait est effective bien qu'elle ne corresponde pas ou plus avec l'information obtenue auprès dudit registre.

Le conjoint survivant d'un handicapé a droit aux allocations familiales ordinaires pour les enfants qu'il élève et en faveur desquels le handicapé, au moment de son décès, pouvait prétendre à des allocations familiales.

Ce conjoint survivant ne peut être engagé dans les liens d'un nouveau mariage, ni former un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement.

Le bénéfice des allocations familiales ordinaires peut être invoqué à nouveau si les causes d'exclusion ont cessé d'exister ou si le mariage du conjoint survivant non établi en ménage, est suivi d'une séparation de corps ou d'une séparation de fait consacrée par une ordonnance judiciaire assignant une résidence séparée aux époux.

f) L'étudiant attributaire

Si elles résident effectivement en Belgique depuis au moins cinq ans à la date d'introduction de la demande d'allocations familiales, les personnes qui se trouvent dans les liens d'un contrat d'apprentissage prévu dans la loi du 19 juillet 1983 sur l'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés, ainsi que les personnes qui sont bénéficiaires des allocations familiales sans conditions dans leur chef, celles qui sont liées par un contrat d'apprentissage, qui suivent des cours ou effectuent un stage pour pouvoir être nommées à une charge, qui préparent régulièrement un mémoire de fin d'études supérieures et celles qui ont terminé des études ou un apprentissage et qui sont inscrites comme demandeuses d'emploi, ont droit aux allocations familiales en faveur des enfants pour lesquels chaque attributaire a généralement droit aux allocations familiales qui font partie du même ménage, à l'exception de ses frères et sœurs, neveux et nièces, petits-enfants et des enfants placés.

La condition de résidence n'est pas applicable au demandeur qui tombe sous l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71, qui est apatride, qui est réfugié au sens de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ou qui est ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne révisée.

Le conjoint survivant d'un étudiant attributaire a droit aux allocations familiales pour les enfants qu'il élève et en faveur desquels l'attributaire au moment de son décès, pouvait prétendre aux allocations familiales en qualité d'étudiant. Le droit prend fin lorsque le conjoint survivant est engagé dans les liens d'un nouveau mariage ou forme un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement. Le bénéfice des allocations familiales peut être invoqué à nouveau si le conjoint survivant ne cohabite plus avec le conjoint avec lequel un nouveau mariage a été contracté ou avec la personne avec laquelle un ménage de fait a été formé. La séparation de fait doit apparaître de la résidence principale séparée des personnes en cause, au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, que la séparation de fait est effective bien qu'elle ne corresponde pas ou plus avec l'information obtenue auprès dudit registre.

Les allocations familiales ne sont accordées que pour autant qu'il n'y ait pas un autre droit aux allocations familiales pour le même enfant en vertu des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou en vertu du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants.

g) L'enfant handicapé attributaire pour lui-même

L'enfant qui est né au plus tard le 1er janvier 1996 et qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins et l'enfant qui est né après le 1er janvier 1996 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 pour son entourage familial, sont attributaires des allocations familiales pour eux-mêmes, pour autant qu'il n'y ait pas un autre droit aux allocations familiales en vertu du régime des travailleurs salariés ou en vertu du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants.

L'incapacité physique ou mentale doit avoir débuté avant que l'enfant ait cessé de remplir les conditions d'octroi en tant qu'enfant bénéficiaire ou d'être occupé dans un atelier protégé.

L'enfant doit faire partie du ménage d'une personne physique. Il maintient le droit aux prestations familiales lorsqu'il est placé dans une institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique.

Les allocations familiales sont accordées jusqu'à la date à laquelle l'enfant atteint l'âge de 21 ans.

L'enfant a droit aux allocations familiales ordinaires.

Ces allocations sont majorées du supplément pour enfants de travailleurs invalides, si la personne qui a l'enfant dans son ménage est à 66 % au moins et incapable de travailler depuis 6 mois au moins.

L'enfant a droit aux allocations d'orphelins s'il est orphelin de père ou de mère.

h) Le travailleur en interruption de carrière

Est attributaire des allocations familiales ordinaires, le travailleur qui bénéficie d'une allocation d'interruption visée à la section 5 - Interruption de la carrière professionnelle - du chapitre IV de la loi de redressement du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales.

Est également attributaire des allocations familiales ordinaires, le militaire qui bénéficie d'une allocation d'interruption visée à l'article 3, §3bis, de la loi du 20 mai 1994 relative aux droits pécuniaires des militaires.

Ce qui précède n'est pas applicable au travailleur qui a droit aux allocations familiales dans le régime d'allocations familiales des travailleurs indépendants.

i) Le chômeur (ainsi que le travailleur âgé qui bénéficie d'une prépension conventionnelle)

Le droit aux allocations familiales du chômeur complet ou temporaire, indemnisé ou non, dépend de sa situation vis-à-vis de la réglementation relative aux allocations de chômage.

- Le chômeur indemnisé

Le chômeur temporaire indemnisé et le chômeur complet indemnisé sont attributaires des allocations familiales ordinaires. Les allocations familiales sont éventuellement majorées du supplément pour enfants de chômeurs pour le chômeur complet indemnisé à partir du septième mois de chômage.

- Le chômeur non indemnisé

Le chômeur temporaire qui est au chômage par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, pour autant que, sauf dispensé, il soit inscrit comme demandeur d'emploi et se soumette au contrôle organisé par les réglementations en matière de chômage est attributaire des allocations familiales ordinaires, pour les périodes de chômage non indemnisées.

Le chômeur complet, pour autant que, sauf dispensé, il soit inscrit comme demandeur d'emploi, soit disponible pour le marché de l'emploi et se soumette au contrôle organisé par les réglementations en matière de chômage est attributaire des allocations familiales ordinaires, pour les périodes de chômage non indemnisées. Il doit satisfaire aux conditions supplémentaires suivantes :

- il ne peut déjà ouvrir un droit aux allocations familiales à un autre titre en vertu du régime des allocations familiales pour travailleurs salariés ou en vertu du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants;
- il ne peut être exclu des allocations de chômage sur base de certaines dispositions déterminées de la réglementation du chômage;
- en cas d'exclusion des allocations de chômage sur base de certaines dispositions déterminées, il n'est attributaire que si aucun membre de son ménage n'ouvre un droit aux allocations familiales.

j) Le détenu

Est attributaire des allocations familiales ordinaires, le travailleur privé de sa liberté en vertu d'une condamnation, d'une mesure de détention préventive ou d'une décision prise en vertu de la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, s'il a satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles, au cours des douze mois précédant immédiatement sa privation de liberté.

Si le droit aux allocations familiales est subordonné à la condition que l'enfant fasse partie du ménage du travailleur salarié, cette condition est censée remplie lorsque l'enfant fait partie de ce ménage le jour où le travailleur est privé de sa liberté.

La détention doit avoir lieu en Belgique.

k) Le prépensionné de la RTBF et de la SNCB

Est attributaire des allocations familiales ordinaires, le travailleur qui bénéficie :

- d'une pension anticipée à la charge de la Radio-télévision belge de la Communauté française;
- d'une allocation relative à un congé préparatoire à la pension à la charge de la Société nationale des chemins de fer belges.

Le travailleur doit avoir satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles au cours des douze mois précédant la mise à la pension anticipée ou l'octroi de l'allocation de congé préparatoire à la pension.

l) Le travailleur admis à la pension de retraite

Sont attributaires des allocations familiales ordinaires, éventuellement majorées des suppléments pour les enfants du bénéficiaire d'une pension :

1° le travailleur qui bénéficie d'une pension de retraite en vertu de la réglementation relative à la pension de retraite et de survie des travailleurs salariés;
2° le travailleur qui bénéficie d'une pension de retraite, à l'exception d'une pension prématurée pour motif de santé à charge de l'Etat, d'une province, d'une commune ou de la Société nationale des chemins de fer belges.

Le bénéficiaire de pension doit, en outre, avoir satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles, au cours des douze mois précédant immédiatement sa mise à la pension.

m) La personne qui est liée par une convention de formation professionnelle en entreprise

Est attributaire des allocations familiales, la personne qui est liée par une convention de formation professionnelle en entreprise, telle que réglementée par les Communautés et les Régions, pour autant qu'il n'y ait pas un autre droit aux allocations familiales en faveur de l'enfant bénéficiaire, en vertu des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou en vertu du régime d'allocations pour travailleurs indépendants.

2. Conditions requises dans le chef de l'enfant bénéficiaire

2.1. Lien qui doit unir l'enfant à l'attributaire

L'attributaire doit justifier d'un certain lien avec l'enfant bénéficiaire. Inversement, l'enfant doit justifier du même lien à l'égard de l'attributaire.

Chaque attributaire a droit aux allocations familiales pour :

a) ses enfants, les enfants de son conjoint, les enfants communs des époux;

b) les enfants qui sont adoptés par lui-même ou son conjoint ou dont il ou son conjoint est tuteur officieux. L'attributaire a cependant droit aux allocations familiales à partir de la date à laquelle l'enfant a commencé à faire partie de son ménage et a continué à en faire partie avant l'adoption ou la prise sous tutelle officieuse;

c) à condition qu'ils fassent partie de son ménage, ses petits-enfants, arrière-petits-enfants, neveux et nièces, ceux de son conjoint, ex-conjoint ou d'une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, ainsi que ceux d'une personne avec laquelle il cohabite ou cohabitait légalement au sens des dispositions du livre III, titre Vbis, du Code civil et ne forme plus un ménage de fait. L'attributaire ouvre également ce droit en faveur de ses petits-enfants et arrière-petits-enfants, ceux de son conjoint ou ceux de la personne avec laquelle il forme un ménage de fait et cohabite légalement au

sens des dispositions du livre III, titre Vbis, du Code civil, lorsque ceux-ci sont placés dans une institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, à condition qu'ils aient fait partie du ménage de cet attributaire immédiatement avant le placement ou lorsqu'il fait élever, exclusivement ou principalement à ses frais, ces mêmes petits-enfants et arrière-petits-enfants dans une institution d'enseignement, d'éducation ou d'hospitalisation ou chez un particulier;

d) ses frères et sœurs faisant partie du même ménage. Toutefois, il ne peut exister un droit aux allocations familiales du chef d'un membre de la famille faisant partie du même ménage en application d'autres dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères ou en vertu de dispositions applicables au personnel d'une institution de droit international public, sauf si l'attributaire suivant ces dispositions est un frère ou une sœur;

e) ses frères et sœurs ne faisant pas partie du même ménage à condition qu'ils ne soient pas encore bénéficiaires d'allocations familiales à un autre titre en vertu des présentes lois ou du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants, sauf si l'attributaire dans ce dernier régime est un frère ou une sœur ne faisant pas partie du même ménage; en outre, il ne peut exister un droit aux allocations familiales en application d'autres dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères ou en vertu de règles d'application au personnel d'une institution de droit international public; pour l'application des points d) et e), sont assimilés aux frères et sœurs, les demi-frères et les demi-sœurs;

f) - les enfants d'une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, les enfants adoptés ou pris sous tutelle officieuse par cette personne, les enfants de l'ex-conjoint, les enfants adoptés ou pris sous tutelle officieuse par l'ex-conjoint, à la condition que ces enfants fassent partie du ménage. L'attributaire ouvre également ce droit en faveur des enfants précités lorsque ceux-ci sont placés dans une institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, à condition qu'ils aient fait partie du ménage de cet attributaire avant le placement;

- les enfants de la personne avec laquelle il cohabite ou cohabitait légalement au sens des dispositions du livre III, titre Vbis, du Code civil et ne forme plus un ménage de fait, ainsi que les enfants adoptés ou pris sous tutelle officieuse par une telle personne, à la condition que ces enfants fassent partie de son ménage. L'attributaire ouvre également ce droit en faveur des enfants précités lorsque ceux-ci sont placés dans une institution par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique, à condition qu'ils aient fait partie du ménage de cet attributaire immédiatement avant le placement;
- les enfants de la personne avec laquelle il forme un ménage de fait et cohabite légalement au sens des dispositions du livre III, titre Vbis, du Code civil, qui ne font pas partie de ce ménage;
- les enfants adoptés ou pris sous tutelle officieuse par la personne avec laquelle il forme un ménage de fait et cohabite légalement au sens des dispositions du livre III, titre Vbis, du Code civil, qui ne font pas partie de son ménage;

g) les enfants faisant partie du ménage qui sont confiés à lui-même, à son conjoint ou à une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, en application d'une décision juridictionnelle relative à l'attribution de la garde matérielle ou d'une mesure de placement par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique;

h) les enfants faisant partie du ménage pour lesquels lui-même, son conjoint ou une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, a été investi de l'autorité parentale par jugement du tribunal de la jeunesse en application des articles 370bis et 370ter du Code civil.

2.2. Condition de territorialité

Les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés ou suivent des cours hors du Royaume.

2.3. Conditions particulières selon son titre à bénéficier des allocations familiales :

a) les allocations familiales sont accordées, sans conditions, en faveur de l'enfant jusqu'au 31 août de l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 18 ans.

b) s'il est apprenti.

Les allocations familiales sont accordées jusqu'à l'âge de 25 ans en faveur de l'apprenti à condition que :

1° son contrat ou son engagement d'apprentissage soit reconnu et contrôlé :

- conformément à la réglementation relative à la formation des Classes moyennes;
- par la Commission paritaire nationale de l'industrie et du commerce du diamant, lorsqu'il s'agit d'un contrat d'apprentissage effectué dans cette industrie;
- conformément à la réglementation relative au reclassement social des handicapés.

2° sa rémunération brute, sa prestation sociale ou les deux ensemble ne peuvent excéder 435,18 EUR par mois (au 1er janvier 2005).

c) s'il suit des cours (étudiant) ou effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge.

S'il est étudiant

Les allocations familiales sont accordées jusqu'à l'âge de 25 ans à l'enfant qui suit des cours dans un ou plusieurs établissements d'enseignement ou qui suit des cours de formation permanente dans les classes moyennes, au stade de la formation de chef d'entreprise, dans un ou plusieurs centres de formation. Les cours doivent être donnés pendant au moins quinze heures par semaine, réparties sur six demi-jours au moins et à raison d'un cours de quarante-cinq minutes au moins par demi-jour.

Les allocations familiales sont octroyées également en faveur de l'enfant qui, n'étant pas soumis à l'obligation scolaire suit, soit un des types d'enseignement secondaire à horaire réduit, tels qu'organisés aux conditions fixées par les Communautés, soit une formation reconnue par la loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire. Ces enfants sont bénéficiaires d'allocations familiales si leur rémunération brute ou leur prestation sociale n'excède pas 435,18 EUR par mois au 1er janvier 2005.

Les allocations familiales sont également accordées à l'enfant :

- qui est régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume ou hors de celui-ci et y suit des cours qui correspondent à un programme d'études complet et de plein exercice;
- qui est régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume ou hors de celui-ci et qui, avec l'autorisation de l'autorité académique ou de l'autorité de l'école, s'est constitué un programme comportant au moins 13 heures de cours par semaine;

- qui, pendant qu'il est régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume, suit un enseignement à plein temps dans un autre Etat membre de l'Espace économique européen ou dans un autre Etat qui participe à un programme d'action communautaire en matière d'éducation. Cet enseignement à temps plein doit faire partie intégrante du programme d'étude de cet établissement supérieur situé dans le Royaume et bénéficier d'une pleine reconnaissance académique.

Les cours doivent être donnés avant 19 heures, à l'exception de ceux donnés dans un établissement d'enseignement spécial et dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume ou hors de celui-ci.

Les cours doivent être suivis régulièrement.

Ne préjudicie pas à la régularité de la fréquentation des cours, l'absence en raison de :

- une maladie d'enfant;
- une maladie grave ou contagieuse dans la famille;
- un événement exceptionnel d'ordre familial;
- un empêchement résultant de difficultés accidentelles des communications;
- l'octroi de soins à l'allocataire ou au chef de ménage; en ce cas, la présence de l'enfant au foyer doit être indispensable et les demi-journées d'absence dans le courant d'une même année scolaire ne sont prises en considération qu'à concurrence de cent vingt demi-journées au maximum;
- une grève de membres du corps enseignant;
- un autre motif que ceux qui précèdent, si cette absence est considérée comme justifiée par la direction de l'établissement d'enseignement.

Les stages sont assimilés à des heures de cours si leur accomplissement est une condition à l'obtention d'un diplôme, certificat ou brevet légalement réglementé.

Les allocations familiales ne sont pas accordées, chacun des mois de l'année scolaire ou académique durant lesquels des stages sont accomplis, si les rémunérations brutes octroyées pour ces stages ou les prestations sociales qui en découlent dépassent 435,18 EUR par mois au 1er janvier 2005.

Les allocations familiales sont maintenues, sous certaines conditions, pendant les vacances.

L'activité lucrative de l'enfant n'est pas un obstacle à l'octroi des allocations familiales :

1° lorsqu'elle est exercée durant le mois de juillet;
2° lorsqu'elle est exercée dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiants, visé au titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail;
3° lorsqu'elle est exercée au cours d'un mois civil pendant moins de quatre-vingts heures;
4° lorsqu'elle est exercée pendant les vacances. Lorsqu'une activité lucrative est exercée avant ou après ces vacances, durant le mois civil au cours duquel elles commencent ou se terminent, les allocations familiales relatives à ce mois sont octroyées si les conditions visées au 2° ou au 3° sont satisfaites.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, aux accidents de travail ou aux maladies professionnelles n'est pas un obstacle à l'octroi des allocations familiales, lorsque ce bénéfice trouve sa source dans une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage et d'une allocation d'interruption de carrière visée au chapitre IV, section 5, de la loi de redressement du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, fait obstacle à l'octroi des allocations familiales.

S'il effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge

La limite d'âge de 25 ans est applicable à l'enfant qui effectue un stage qui constitue une condition à la nomination à une charge publique.

Les allocations familiales sont accordées pour la période de stage, si l'enfant ne bénéficie pas d'indemnité ou de salaire pour ce stage; cette période d'octroi ne peut toutefois dépasser la durée du stage normalement exigée.

L'activité lucrative de l'enfant durant la période de stage constitue un obstacle à l'octroi des allocations familiales pour chaque mois civil dans le courant duquel elle est exercée pendant au moins quatre-vingts heures.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, aux accidents de travail ou aux maladies professionnelles pendant la période de stage n'est pas un obstacle à l'octroi des allocations familiales, si il trouve sa source dans une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage et d'une allocation d'interruption de carrière, visée au chapitre IV, section 5, de la loi du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, constitue un obstacle à l'octroi des allocations familiales.

d) s'il ne suit plus de cours obligatoires et prépare régulièrement un mémoire de fin d'études supérieures.

L'enfant âgé de moins de 25 ans qui ne suit plus de cours obligatoires et qui prépare régulièrement un mémoire de fin d'études supérieures bénéficie des allocations familiales.

Le mémoire de fin d'études supérieures doit être une condition à l'obtention d'un diplôme légalement réglementé.

Les allocations familiales sont accordées durant la période qui commence après les dernières vacances d'été de l'enfant et finit à la date de la remise du mémoire; cette période d'octroi ne peut toutefois excéder un an.

Sauf lorsqu'elle est exercée dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiants visé au titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, l'activité lucrative de l'enfant constitue un obstacle à l'octroi des allocations familiales pour chaque mois au cours duquel elle atteint au moins quatre-vingts heures; une heure de cours donnée dans un établissement d'enseignement est comptée double pour le calcul de ces quatre-vingts heures.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, aux accidents de travail ou aux maladies professionnelles, ne constitue pas un obstacle à l'octroi des allocations familiales, si il trouve sa source dans une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage et d'une allocation d'interruption de carrière visée au chapitre IV, section 5, de la loi du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, constitue un obstacle à l'octroi des allocations familiales.

e) si, n'étant plus soumis à l'obligation scolaire, il est inscrit comme demandeur d'emploi et a terminé des études ou un apprentissage.

Les allocations familiales sont accordées pendant une période de 270 ou 180 jours civils, selon que l'enfant a ou non atteint l'âge de 18 ans au moment de sa demande d'allocation de chômage ou d'attente, en faveur de l'enfant qui a terminé des études :

- qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et, le cas échéant, ait introduit une demande de stage visé à l'A.R. n° 230 du 21 décembre 1983 relatif au stage et à l'insertion professionnelle des jeunes;
- qu'il n'ait pas refusé un emploi convenable et, le cas échéant, un stage offert.

La période de 270 ou 180 jours civils prend cours, soit le 1er juillet ou le 1er août après la dernière année scolaire ou académique selon que l'enfant est âgé de moins de 18 ans ou est âgé de 18 ans ou plus le jour de son inscription comme demandeur d'emploi, soit le jour après la fin de toutes les activités imposées par le programme d'études, soit, sous certaines conditions, le jour après la date effective à laquelle il a été mis fin au cours de l'année scolaire ou académique, à des études, à un apprentissage ou à un programme de formation.

Les allocations familiales sont accordées pendant une période de 270 ou 180 jours civils, selon que l'enfant a ou non atteint l'âge de 18 ans au moment de sa demande d'allocations de chômage ou d'attente, en faveur de l'enfant qui a terminé un apprentissage et ce, dans les mêmes conditions que celles exigées de l'enfant qui a terminé des études. Cette période prend cours, soit le jour après la date effective de la fin de son apprentissage, soit, sous certaines conditions, le jour après la date effective à laquelle il a été mis fin à des études au cours de l'année scolaire ou académique, à un nouvel apprentissage ou à un programme de formation.

Les allocations familiales sont accordées pendant une période de 270 jours civils, sous conditions d'inscription et de ne pas avoir refusé un emploi ou un stage offert, en faveur de l'enfant qui a terminé ou interrompu la préparation d'un mémoire de fin d'études supérieures. Cette période prend cours après le dépôt du mémoire ou après la date effective de l'interruption de la préparation de ce mémoire.

Les allocations familiales sont également accordées pendant une période de 270 jours civils, aux mêmes conditions, en faveur de l'enfant qui effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge et dont le stage est terminé ou a été interrompu. La période prend cours après la fin de la période de stage normalement prévue ou, le cas échéant, après la date effective de l'interruption de ce stage.

La période de 270 ou 180 jours civils est suspendue lorsqu'au cours de cette période, l'inscription de l'enfant comme demandeur d'emploi est rayée pour cause de maladie conformément à la réglementation relative au chômage. Lesdites allocations sont à nouveau accordées pour la partie restante de cette période pour autant que l'enfant réponde toujours aux conditions.

La période de 270 ou 180 jours civils est prolongée de la période pendant laquelle l'enfant a été occupé au cours des mois de juillet, août ou septembre dans les liens d'un contrat d'occupation d'étudiants, lorsque, pendant cette occupation l'enfant était soustrait à l'application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

L'octroi des allocations familiales est suspendu pour le mois entier au cours duquel l'enfant exerce une activité lucrative pour laquelle il reçoit une rémunération supérieure à 435,18 EUR par mois (au 1er janvier 2005).

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles n'est pas un obstacle à l'octroi des allocations familiales lorsque ce bénéfice trouve sa source dans une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage, à l'exception de l'allocation d'accompagnement aux jeunes qui suivent une formation intensive avec issue sur un emploi et aux jeunes qui suivent une formation préparatoire au contrat de premier emploi, est un obstacle à l'octroi des allocations familiales.

f) s'il est handicapé

Les allocations familiales sont accordées jusqu'à l'âge de 21 ans en faveur de l'enfant qui est né au plus tard le 1er janvier 1996 et qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins.

L'incapacité physique ou mentale est établie selon le barème officiel belge des invalidités et/ou une liste de pathologies.

Le pourcentage d'incapacité tel qu'il est fixé sur la base du barème officiel belge des invalidités et de la liste des pathologies peut, sous certaines conditions, être augmenté de 15 ou de 20 p.c.

L'augmentation s'élève à 15 p.c. s'il est satisfait à au moins quatre des cinq conditions ci-après et de 20 p.c. s'il est satisfait cumulativement à chacune de ces cinq conditions.

Ces conditions sont :

- les pathologies doivent, malgré les traitements disponibles, être associées à une symptomatologie de gravité sévère;
- les traitements, correctement et complètement appliqués, doivent être très contraignants et complexes pour l'enfant et son entourage;
- l'état général doit être caractérisé par une stabilité sans cesse menacée par des complications récurrentes;
- malgré un traitement permanent, précis et régulièrement adapté, une atteinte chronique des différents organes se développera progressivement;
- l'espérance de vie est influencée.

Les allocations familiales sont accordées jusqu'à l'âge de 21 ans en faveur de l'enfant qui est né après le 1er janvier 1996 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 pour son entourage familial.

Des mesures transitoires ont toutefois été prévues.

Les conséquences de l'affection de l'enfant sont constatées à l'aide d'une échelle médico-sociale. La constatation de l'incapacité physique ou mentale est établie selon une liste des affections pédiatriques et/ou le barème officiel belge des invalidités.

La demande est introduite auprès de l'organisme compétent. Cet organisme envoie les formulaires nécessaires à la famille, après avoir vérifié que toutes les conditions d'octroi, à l'exception de celles concernant l'incapacité physique ou mentale et les conséquences de l'affection, sont remplies. La famille envoie les formulaires complétés à la Direction générale Personnes handicapées (Service des allocations familiales majorées) du Service Public Fédéral Sécurité sociale, rue de la Vierge Noire, 3c à 1000 BRUXELLES

Les bénéficiaires d'allocations familiales peuvent introduire une demande en révision.

3. Conditions requises dans le chef de l'allocataire

Les allocations familiales et de naissance sont payées à la mère.

Si la mère n'élève pas effectivement l'enfant, les allocations familiales sont payées à la personne physique ou morale qui remplit ce rôle.

Lorsque les deux parents qui ne cohabitent pas exercent conjointement l'autorité parentale au sens de l'article 374 du Code civil et que l'enfant n'est pas élevé exclusivement ou principalement par un autre allocataire, les allocations sont payées intégralement à la mère. Toutefois, les allocations familiales sont payées intégralement au père, à sa demande, lorsque l'enfant et lui-même ont la même résidence principale au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques. A la demande des deux parents, le versement peut être effectué sur un compte auquel ils ont l'un et l'autre accès. Lorsque les parents ne s'accordent pas sur l'attribution des allocations familiales, ils peuvent demander au tribunal du travail de désigner l'allocataire et ce, dans l'intérêt de l'enfant.

La prime d'adoption est payée à l'adoptant.

Si les époux ont adopté ensemble l'enfant, ils désignent celui d'entre eux à qui la prime d'adoption est payée. En cas de contestation ou de non-désignation, la prime est payée à l'épouse.

Les allocations familiales sont accordées à l'enfant bénéficiaire lui-même :

- s'il est marié;
- s'il est émancipé ou a atteint l'âge de 16 ans et ne réside pas avec sa mère ou la personne physique ou morale qui remplit le rôle de l'élever. Cette dernière condition est établie par des résidences principales séparées, au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques ou par d'autres documents officiels produits à cet effet, attestant que l'information portée par le registre ne correspond pas ou plus à la réalité;
- s'il est lui-même allocataire pour un ou plusieurs de ses enfants.

L'enfant à qui les allocations familiales sont payées peut désigner, dans son propre intérêt, une autre personne comme allocataire, à condition que celle-ci soit avec l'enfant dans un lien de parenté ou d'alliance au premier degré. La parenté acquise par adoption est prise en considération.

Tout changement d'allocataire intervenant dans le courant d'un mois, produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel ce changement a eu lieu.

Les allocations familiales dues en faveur d'un enfant placé par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique dans une institution sont payées à concurrence de deux tiers à l'institution et du solde à la personne physique qui élevait l'enfant avant son placement.

Les allocations familiales dues en faveur d'un enfant placé, en application de la réglementation relative à la protection de la jeunesse, dans une institution à charge de l'autorité compétente, sont payées à concurrence de deux tiers à cette autorité.

L'affectation du solde en faveur de l'enfant est décidée d'office, suivant le cas :

- par le tribunal de la jeunesse qui a ordonné le placement dans une institution;
- par l'autorité, désignée par une Communauté ou par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, qui a décidé ce placement, sans préjudice du droit des intéressés d'introduire une requête au tribunal de la jeunesse de la résidence principale des parents, tuteurs, enfants ou personnes qui ont la garde de l'enfant.

C. Le calcul et le paiement des allocations familiales

Le groupement des enfants bénéficiaires s'opère autour de l'allocataire pour le calcul du rang de l'enfant.

Pour la détermination du rang, il est tenu compte de la chronologie des naissances des enfants bénéficiaires en vertu des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, du régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, de l'A.R. du 26 mars 1965 relatif aux allocations familiales allouées à certaines catégories du personnel rétribué par l'Etat, de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties et des conventions internationales de sécurité sociale en vigueur en Belgique.

Les allocations familiales sont accordées compte tenu du nombre d'enfants bénéficiaires, lorsqu'elles sont payées à un seul allocataire.

Lorsqu'il y a plusieurs allocataires, pour la détermination du rang, il est tenu compte de l'ensemble des enfants bénéficiaires aux conditions suivantes :

- les allocataires doivent avoir la même résidence principale au sens de l'article 3, alinéa 1er, 5°, de la loi du 8 août 1983 organisant un registre national des personnes physiques, exception faite des cas dans lesquels il ressort d'autres documents officiels produits à cet effet, que la cohabitation des allocataires est effective bien qu'elle ne corresponde pas ou plus avec l'information obtenue auprès du registre national;
- les allocataires doivent être, soit conjoints, soit parents ou alliés au premier, au deuxième ou au troisième degré, soit des personnes déclarant former un ménage de fait. Cette déclaration vaut jusqu'à preuve du contraire. La parenté acquise par adoption est prise en considération.

Pour la détermination du rang, il est également tenu compte des enfants placés, lorsque l'allocataire ou les allocataires concernés perçoivent le tiers des allocations familiales pour ces enfants.

Pour la détermination du rang, il n'est pas tenu compte des attributaires d'allocations d'orphelins.

Lorsque les allocations familiales sont dues à un allocataire pour différents enfants, dont certains sont placés et d'autres pas, les allocations familiales et les suppléments sociaux sont répartis entre cet allocataire et l'institution proportionnellement au nombre d'enfants élevés par chacun d'eux. Les suppléments d'âge et le supplément pour enfants handicapés sont payés à l'allocataire qui élève l'enfant bénéficiaire de ces suppléments.

Lorsque le tiers des allocations familiales dû en faveur de l'enfant placé doit être versé sur un compte d'épargne ouvert à son nom, les enfants faisant effectivement partie du ménage de l'attributaire qui ouvre le droit aux allocations familiales pour l'enfant placé sont pris en compte pour le calcul des allocations familiales dues pour cet enfant.

Les allocations familiales, les allocations de naissance et les primes d'adoption sont payées directement à l'allocataire par chèque circulaire à moins que celui-ci ait demandé par écrit que le montant en soit viré à son compte.

Les allocations familiales sont payables mensuellement dans le courant du mois suivant celui auquel elles se rapportent.

Les organismes saisis d'une demande de prestations familiales sont tenus d'instruire le droit à celles-ci dans les plus brefs délais et de payer les prestations familiales à titre provisionnel en faveur des enfants bénéficiaires résidant en Belgique.

En cas de changement d'attributaire, l'organisme continue à payer à titre provisionnel les allocations familiales du chef de son attributaire.

Si l'attributaire change d'employeur, l'organisme qui cesse d'être compétent octroie les allocations familiales jusqu'à la date d'établissement du nouveau droit.

D. Ouverture, durée et fin du droit

1. L'ouverture du droit résulte de l'acquisition de la qualité d'attributaire

Le droit aux allocations familiales est établi sur une base trimestrielle. Lorsqu'un attributaire remplit les conditions d'ouverture du droit aux allocations familiales au cours d'un trimestre, il ouvre ce droit pour la fin du trimestre en cours, 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.

Lorsque l'attributaire remplit les conditions d'ouverture du droit aux suppléments sociaux au cours d'un trimestre, il ouvre ce droit pour la fin du trimestre en cours, ainsi que pour le trimestre suivant.

L'attributaire continue à ouvrir le droit aux suppléments sociaux pour un trimestre, à la condition qu'il satisfasse à l'ensemble des conditions légales et réglementaires fixées pour l'octroi de ces suppléments au cours du deuxième mois du trimestre précédant celui pour lequel les allocations familiales sont demandées.

2. L'ouverture du droit trouve sa source dans un événement relatif à l'enfant ou à l'attributaire

Le droit aux allocations familiales qui naît en faveur d'un enfant par sa naissance, est accordé à partir du premier jour du mois qui suit celui dans lequel l'enfant est né; tel est également le cas lorsque ce droit aux allocations familiales naît à la suite de l'adoption ou la prise sous tutelle officieuse.

Cependant, lorsqu'à la suite d'un autre événement survenant dans le chef de l'enfant, le droit aux allocations familiales naît en faveur d'un enfant dans le courant d'un mois, il est censé être acquis dès le premier jour de ce mois.

Lorsque le droit s'éteint dans le courant d'un mois, il est censé ne se perdre qu'à la fin de ce mois.

Tout événement survenant dans le courant d'un mois et impliquant l'octroi ou la perte du taux majoré ou de l'un des suppléments d'allocations familiales donne lieu à l'octroi ou à la perte de ce taux ou de ce supplément le premier jour du mois qui suit celui dans le courant duquel il est survenu. Toutefois, lorsqu'un tel événement survient le premier jour du mois, l'octroi ou la perte de ce taux ou de ces suppléments prend cours dès ce premier jour.

Lorsque le nombre d'enfants bénéficiaires groupés autour d'un allocataire unique ou de différents allocataires diminue d'une unité, la somme totale des allocations familiales revenant à cet allocataire unique ou aux différents allocataires, est réduite à concurrence de l'allocation due au profit de celui des enfants qui est le moins âgé.

E. Le mécanisme des dérogations

Dans un certain nombre de cas, qu'elles énumèrent de manière limitative, les lois coordonnées reconnaissent au Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le pouvoir d'accorder les allocations familiales, l'allocation de naissance ou la prime d'adoption par dérogation aux dispositions légales.

1. En matière d'allocations familiales

1.1. Enfants élevés en dehors du Royaume

Les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés ou suivent des cours hors du Royaume.

Ce principe est tempéré par des mesures collectives 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 calendrier 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 ou encore de l'enfant qui bénéficie d'une bourse d'études pour suivre les cours qu'il fréquente à l'étranger.

Rappelons que :

- les enfants d'attributaires belges ou de la nationalité d'un Etat membre de l'Espace économique européen, 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.

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.

1.2. Dérogation à l'ordre légal de dévolution

Lorsque plusieurs personnes sont fondées à demander les prestations familiales en faveur des mêmes enfants, la loi a instauré un ordre de priorité.

L'attributaire prioritaire peut donner son accord pour que l'attributaire qui n'est pas prioritaire obtienne la priorité pour une durée déterminée ou indéterminée, s'il estime que c'est dans l'intérêt de l'enfant. La priorité peut être cédée à un attributaire qui fait partie du ménage de l'enfant à la condition qu'il s'agisse de ses père, mère, beau-père, belle-mère ou d'une personne avec laquelle le père ou la mère forme un ménage de fait. Si ces attributaires, parmi lesquels éventuellement l'attributaire prioritaire ne font pas partie du ménage de l'enfant, la priorité peut être cédée à un autre attributaire qui fait partie de ce ménage. Cet accord ne peut être dénoncé que dans l'intérêt de l'enfant.

Le changement de priorité produit ses effets le premier jour du trimestre qui suit. Toutefois, à la demande de l'attributaire prioritaire, le changement de priorité produit ses effets à une date antérieure à condition que le changement de priorité implique un montant d'allocations plus élevé et ce, dans les limites de la prescription.

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut, dans l'intérêt de l'enfant, désigner le titulaire prioritaire et déterminer la prise de cours du droit prioritaire.

1.3. Dérogation à la limite d'âge et à la durée de résidence en Belgique pour les étudiants

Ces attributaires peuvent, sous certaines conditions relatives à la limite d'âge et à la durée de résidence en Belgique, être attributaires d'allocations familiales.

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut, dans des cas particuliers, accorder des dérogations à la condition de résidence en Belgique et augmenter de deux ans au plus la limite d'âge prévue.

1.4. Dérogation aux conditions relatives au lien unissant l'attributaire et l'enfant bénéficiaire

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut, dans des cas dignes d'intérêt, déterminer qu'un travailleur a droit aux allocations familiales en faveur d'enfants qui font partie de son

ménage ou qui sont placés dans une institution et qui ne figurent pas dans l'énumération des enfants pour lesquels l'attributaire peut prétendre aux prestations familiales ou qui ne remplissent pas les conditions requises.

1.5. Dérogation à la condition que l'enfant fasse partie du ménage et à la condition de détention en Belgique

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 des dérogations à la condition selon laquelle l'enfant doit faire partie du ménage du travailleur au moment de sa détention et à la condition selon laquelle la détention doit avoir lieu en Belgique.

1.6. Réduction de la période de stage exigée des travailleurs qui se trouvent dans certaines situations d'attribution

Les dispositions légales imposent aux personnes concernées d'avoir satisfait, pendant une certaine période, aux conditions exigées pour prétendre aux allocations familiales mensuelles.

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 de la condition d'être attributaire pendant cette période, si le travailleur a satisfait aux conditions requises pour prétendre à au moins une allocation forfaitaire mensuelle au cours des cinq ans qui précèdent immédiatement la situation d'attribution.

2. En matière d'allocation de naissance

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut accorder l'allocation de naissance dans des cas dignes d'intérêt qui ne donnent pas droit à l'octroi des allocations familiales. Le Ministre ou le fonctionnaire qu'il désigne dispose de la même compétence dans le cas de prise sous tutelle officieuse.

3. En matière de prime d'adoption

Une prime d'adoption est accordée, sous certaines conditions à l'occasion de l'adoption d'un enfant.

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut accorder la prime d'adoption dans des cas ou catégories de cas dignes d'intérêt, lorsque les conditions requises ne sont pas réunies.

Les demandes de dérogation individuelle doivent être adressées au Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, Eurostation II, Place Victor Horta, 40 - boîte 20 à 1060 Bruxelles.

Section 3. Les règles de cumul

A. Ordre de dévolution des droits

L'orphelin, attributaire des allocations d'orphelins en raison du décès de l'un de ses parents, travailleur salarié ou handicapé, exerce son droit par priorité.

Lorsqu'en vertu des lois coordonnées, plusieurs autres attributaires peuvent prétendre aux allocations familiales en faveur d'un même enfant, le droit à celles-ci est fixé par priorité dans le chef de l'attributaire qui élève l'enfant chez lui.

Lorsque plus d'un attributaire élève l'enfant chez eux, le droit est fixé dans le chef de ces attributaires dans l'ordre suivant :

- dans le chef des père, mère, beau-père, belle-mère;
- dans le chef du plus âgé des autres attributaires, les père, mère, beau-père et belle-mère faisant défaut.

Lorsque les deux parents, qui ne cohabitent pas, exercent conjointement l'autorité parentale au sens de l'article 374 du Code civil, à l'égard d'un enfant élevé chez l'un d'entre eux, ils sont considérés l'un et l'autre comme élevant l'enfant chez eux. Cette présomption continue à s'appliquer lorsque l'enfant quitte le ménage de l'un des parents, suite à un placement en institution. Elle s'applique également si la séparation intervient après un tel placement, à condition que l'autorité parentale demeure conjointe.

Lorsqu' aucun des attributaires n'élève l'enfant chez lui, le droit est fixé dans le chef de l'attributaire également allocataire pour le tiers des allocations familiales ou dans le chef de l'attributaire désigné selon l'ordre ci-avant.

B. Cumul avec d'autres prestations familiales belges

Le droit aux allocations d'orphelins majorées doit être établi dans le régime du parent attributaire premier décédé, indépendamment du fait que celui-ci ait été attributaire indépendant ou salarié.

Le droit de l'attributaire travailleur indépendant aux allocations familiales majorées pour invalides, pour l'enfant faisant partie du même ménage, exclut, en principe, tout autre droit dans le régime des salariés.

Dans les situations familiales suivantes, le droit de l'attributaire indépendant exclut tout autre droit dans le régime des salariés :

- lorsque l'enfant fait partie d'un ménage composé exclusivement d'un ou de plusieurs attributaires indépendants;
- lorsque l'enfant fait partie d'un ménage composé d'un ou de plusieurs attributaires indépendants soit les père, mère, beau-père ou belle-mère vivant avec un ou plusieurs attributaires salariés;
- lorsque l'enfant fait partie d'un ménage composé de deux attributaires dont l'un est indépendant et l'autre salarié et que l'attributaire salarié exerce une activité professionnelle à moins d'un mi-temps;
- lorsque l'enfant fait partie d'un ménage composé de deux attributaires dont l'un est une personne en situation d'attribution et l'autre ouvre un droit sur base d'une activité indépendante. Ce droit dans le chef de cet indépendant doit exister effectivement avant que la personne en situation d'attribution ne devienne attributaire pour cet enfant;
- quand l'enfant a cessé de faire partie du ménage d'un attributaire effectif indépendant père, mère, beau-père ou belle-mère, grand-parent ou arrière-grand-parent suite à un placement par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique.

Lorsque les deux parents, qui ne cohabitent pas, exercent conjointement l'autorité parentale au sens de l'article 374 du Code civil, à l'égard d'un enfant qui fait partie du ménage de l'un d'entre eux, cet enfant est considéré comme faisant partie d'un ménage composé de ses deux parents au moins.

C. Cumul avec des prestations étrangères

Le montant des prestations familiales est réduit à concurrence du montant des prestations de même nature auxquelles il peut être prétendu en faveur d'un enfant bénéficiaire en application d'autres dispositions légales ou réglementaires étrangères ou en vertu des règles applicables au personnel d'une institution de droit international public.

Section 4. La prescription

Sans pouvoir avoir d'effets avant le 1er octobre 1999, sauf interruption, les actions dont disposent les personnes à qui les allocations familiales, l'allocation de naissance et la prime d'adoption sont dues ou doivent être versées, doivent être intentées dans les cinq ans.

Pour les allocations familiales afférentes à un nombre quelconque de jours compris dans un trimestre, le délai de cinq ans prend cours le dernier jour dudit trimestre.

Pour l'allocation de naissance, le délai de cinq ans prend cours le dernier jour du trimestre au cours duquel la naissance a eu lieu.

Pour la prime d'adoption, le délai de cinq ans prend cours le dernier jour du trimestre au cours duquel l'acte a été signé.

La prescription est interrompue par l'envoi d'une demande ou d'une réclamation par courrier postal, télécopie ou courrier électronique, à l'organisme d'allocations familiales compétent pour l'octroi des prestations familiales ou par le dépôt d'une telle demande ou réclamation auprès de cet organisme. L'interruption se produit, selon le cas, à la date du pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi ou, à défaut, à celle fixée par l'accusé de réception établi par l'organisme d'allocations familiales compétent à l'attention de la personne qui demande ou réclame ces prestations.

La demande ou la réclamation transmise à l'organisme d'allocations familiales compétent, qui a été introduite auprès d'une institution de sécurité sociale belge incompétente, a pour date, selon le cas, celle du pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi, ou, à défaut, celle à laquelle l'institution précitée atteste à l'attention de l'organisme d'allocations familiales compétent l'avoir reçue.

L'action en répétition des prestations payées indûment se prescrit par cinq ans à partir de la date à laquelle le paiement a été effectué. En aucun cas, la répétition des prestations indûment payées ne sera possible après l'expiration de ce délai.

Section 5. L'organisation administrative

A. Le financement

Le régime est financé par :

- les cotisations versées par les employeurs assujettis au régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, des ouvriers mineurs et assimilés et des marins de la marine marchande;
- la cotisation capitative due par tout employeur pour chaque personne entrée à son service avant le 1er janvier 1999 non assujettie à la sécurité sociale des travailleurs salariés ou des marins de la marine marchande qu'il occupe au travail en vertu d'un contrat de louage de services.

B. L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés

L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés est un organisme d'intérêt public géré paritairement (en collaboration avec des représentants des organisations représentatives des familles) en exécution de la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

Il a pour mission :

- de faire au Ministre de la Prévoyance sociale toute proposition de nature à améliorer la législation et le régime des allocations familiales sur le plan administratif, structurel et social;
- d'instruire toute affaire et de donner son avis sur toute question que lui soumet le Ministre de la Prévoyance sociale en matière d'allocations familiales;
- d'exécuter toute mission qui lui serait confiée en ladite matière par le Ministre de la Prévoyance sociale.

Il répartit les recettes du régime entre les caisses de compensation libres, les caisses spéciales et lui-même au prorata des prestations à payer.

Il assume le rôle d'une caisse de compensation pour tous les employeurs qui sont affiliés près de lui.

Il est chargé de payer des prestations familiales à diverses catégories d'attributaires. Cette question sera examinée en détail sous le point E. « La caisse compétente ». L'Office est aussi chargé du contrôle des caisses de compensation. Ce contrôle porte tant sur les employeurs affiliés et sur les travailleurs qu'ils occupent, en ce qui concerne notamment la répartition, que sur le fonctionnement régulier des organes de la caisse et l'emploi des fonds destinés aux dépenses d'administration.

C. Les caisses spéciales de compensation

Dans les régions où la population s'adonne au commerce maritime, les exploitants des entreprises de chargement, déchargement et manutention des marchandises dans les ports, débarcadères, entrepôts et stations, sont obligatoirement groupés dans des caisses de compensation spéciales. Ces organismes, créés par arrêté royal, sont des organismes publics; ils jouissent de la personnalité civile et sont gérés paritairement.

D. Les caisses de compensation libres

Les caisses de compensation libres sont des établissements constitués par les employeurs sous la forme d'associations sans but lucratif. Elles sont créées à l'initiative et dirigées par les employeurs. Pour pouvoir exercer les missions dévolues aux caisses de compensation d'allocations familiales, ces établissements doivent être agréés par le Roi. Ils ne peuvent avoir pour objet que l'octroi des avantages prévus par la loi.

E. La caisse compétente

Les dispositions légales qui déterminent l'organisme compétent pour le paiement des allocations familiales font appel à diverses notions précisées ci-après.

Pour l'application de ces dispositions, on entend par :

- "mois de référence" : le mois sur base duquel les prestations familiales sont dues. En cas de "nouveau droit", il s'agira du mois au cours duquel une personne remplit toutes les conditions requises par les lois coordonnées pour acquérir la qualité d'attributaire effectif. En "continuation de droit", il s'agira du deuxième mois du trimestre qui précède celui pour lequel les prestations familiales sont demandées;
- "situation génératrice d'un droit" : les diverses situations à la suite desquelles un travailleur salarié acquiert la qualité d'attributaire, soit une occupation effective avec assujettissement à la sécurité sociale, soit une situation assimilée à du travail, soit une situation d'attribution;
- "activité" : toute situation génératrice d'un droit lorsque l'attributaire est engagé dans les liens d'un contrat de travail ou est assujetti à un statut;
- "situation neutralisée" :

  a) l'activité d'un attributaire dont la durée ne dépasse pas le nombre de jours civils consécutifs n'imposant pas au chômeur d'introduire une nouvelle demande d'allocations de chômage suite à une interruption dans le bénéfice de ces allocations;
  b) l'activité d'un attributaire qui bénéficie d'une indemnité de préavis ou de dommage et intérêt pour rupture d'un contrat de travail, d'un travailleur malade ou victime d'un accident qui bénéficie d'une indemnité prévue par la législation concernant l'assurance contre la maladie ou l'invalidité ou de la travailleuse en repos d'accouchement qui bénéficie d'une indemnité de maternité, de la personne qui bénéficie d'une pension de survie, du travailleur qui bénéficie d'une allocation d'interruption de la carrière professionnelle, des chômeurs complets ou partiels indemnisés, du travailleur détenu ou du travailleur qui bénéficie d'une pension de vieillesse ou de retraite;
  c) l'activité d'un attributaire prestée sur base d'un contrat de travail visé dans le chapitre II de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs;
  d) toute activité entamée par un attributaire alors qu'il demeure engagé dans les liens d'un contrat de travail antérieur ou qu'il demeure assujetti à un statut le liant à un employeur;
- "événement" : toute situation de fait ou acte juridique provoquant l'établissement d'un nouveau droit;
- "attributaire effectif" : l'attributaire du chef duquel les prestations familiales sont dues soit en l'absence de tout autre droit concurrent soit parce qu'il a la qualité d'attributaire prioritaire;
- "nouveau droit" : le droit aux prestations familiales ouvert par une personne qui acquiert la qualité d'attributaire effectif, qualité qu'elle ne possédait, antérieure-

ment à l'événement, à l'égard d'aucun enfant bénéficiaire ou établi suite à la circonstance de la perte de la qualité d'attributaire durant le mois de référence précédent. Est également un nouveau droit, le droit aux allocations familiales d'orphelins ou le droit sur la base d'une pension de survie établi par suite du décès d'une personne qui n'était pas attributaire prioritaire au moment du décès;
- "droit continué" : le droit aux prestations familiales qui ne doit pas être considéré comme un nouveau droit.

En cas d'établissement d'un nouveau droit, les prestations familiales sont versées :

1° par l'organisme d'allocations familiales dont dépend, le jour de l'événement, l'employeur ou, à défaut, le dernier employeur de la personne en situation génératrice d'un droit;
2° par l'organisme d'allocations familiales dont dépend l'employeur auprès duquel l'activité la plus récente a débuté, lorsque plusieurs activités concomitantes provoquent la compétence d'organismes d'allocations familiales en application du 1°;
3° par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés :

- lorsque les activités concomitantes visées au 2° ci-dessus, ont pris naissance le même jour et que la compétence d'organismes d'allocations familiales est en jeu;
- dans toute situation à l'égard de laquelle la compétence n'est pas déterminable en raison du fait que l'attributaire était soumis à un régime de sécurité sociale étranger ou parce que l'occupation n'était pas assujettie pour le secteur des allocations familiales;
- lorsque l'activité conditionnant la compétence a cessé avant le 1er avril 1990.

En cas de droit continué, un organisme d'allocations familiales compétent à l'égard d'un trimestre reste compétent à l'égard du trimestre suivant.

Toutefois, lorsqu'un attributaire se trouve le premier jour du mois de référence, en activité au service d'un nouvel employeur et que cette activité n'est pas constitutive d'une situation neutralisée, les prestations familiales sont versées pour le trimestre suivant par l'organisme d'allocations familiales dont dépend le nouvel employeur.

Lorsque dans le chef d'un même attributaire, il existe deux mois de référence pouvant déterminer la compétence d'organismes d'allocations familiales différents pour tout ou partie d'un trimestre, l'organisme déterminé sur base du premier mois de référence, est l'organisme compétent.

Lorsqu'un changement d'attributaire se produit au cours d'un trimestre en faveur d'un orphelin, ces allocations familiales sont payées en raison de la situation génératrice d'un droit du parent décédé répondant à la condition d'avoir satisfait aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles en vertu des lois coordonnées au cours des douze mois précédant immédiatement le décès. A défaut, elles sont payées en raison de la situation du parent survivant qui répond à cette condition. Les prestations familiales sont exclusivement payées par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés dans les cas ci-après :

- aux travailleurs qui ont droit à ces prestations et qui ne peuvent y prétendre à charge de l'Etat, des Communautés, des Régions, des établissements publics ou d'un organisme d'allocations familiales;

- aux anciens membres du personnel de l'Etat, des Communautés, des Régions, de BELGACOM, de LA POSTE, de BELGOCONTROL, de BIAC, de la Régie des transports maritimes et des institutions ayant obtenu l'autorisation de déléguer l'Office, qui ont droit aux allocations familiales en tant que malade ou pensionné;
- aux orphelins qui ont droit aux allocations familiales, si celles-ci sont dues par l'Etat, les Communautés, les Régions, BELGACOM, LA POSTE, BELGOCONTROL, BIAC, la Régie des transports maritimes et les institutions ayant obtenu l'autorisation de déléguer l'Office, en vertu des règles relatives à la détermination de l'organisme compétent;
- aux personnes qui ont droit aux allocations familiales au titre de bénéficiaire d'une pension de survie, si celles-ci sont dues par l'Etat, les Communautés, les Régions, BELGACOM, LA POSTE, BELGOCONTROL, BIAC, la Régie des transports maritimes et les institutions ayant obtenu l'autorisation de déléguer l'Office, en vertu des règles relatives à la détermination de l'organisme compétent;
- aux handicapés, aux étudiants attributaires et aux enfants handicapés attributaires pour eux-mêmes;
- aux contractuels subventionnés visés au titre III, chapitre II de la loi-programme du 30 décembre 1988;
- aux enseignants temporaires des établissements d'enseignement organisé ou subventionné par les Communautés, y compris le personnel directeur, auxiliaire d'éducation, paramédical, social, psychologique, administratif et le personnel technique des centres psycho-médico-sociaux rémunérés en tant que temporaires, ainsi qu'au personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement, pour autant que ce personnel soit directement rémunéré en tant que temporaire ou remplaçant par les Communautés compétentes;
- aux enseignants définitifs des établissements d'enseignement organisé ou subventionné par les Communautés, y compris le personnel directeur, auxiliaire d'éducation, paramédical, social, psychologique, administratif et le personnel technique des centres psycho-médico-sociaux rémunérés en tant que définitifs, ainsi qu'au personnel de maîtrise, gens de métier et de service des établissements d'enseignement, pour autant que ce personnel soit, directement rémunéré en tant que définitif par les Communautés compétentes.

Les allocations familiales sont payées par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, dans toute situation à l'égard de laquelle la compétence n'est pas déterminable.

L'Office national est chargé d'octroyer les prestations familiales du chef des travailleurs salariés résidant en Belgique qui tombent sous l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et qui, conformément à l'article 1er de ce Règlement (CEE) n° 1408.71 du 14 juin 1971, sont mis au travail comme travailleurs frontaliers ou bénéficient d'une prestation parce qu'ils se trouvent dans une situation assimilée après avoir exercé une telle activité. Le droit aux allocations familiales, à l'allocation de naissance ou à la prime d'adoption que les frontaliers ont, est tributaire de l'absence d'un tel droit en application d'autres dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères, ou en vertu de dispositions applicables au personnel d'une institution de droit international public.

L'Office national peut être autorisé, sous certaines conditions, à procéder au paiement des prestations familiales dues au personnel de l'Etat, des Communautés, des Régions et des établissements publics, à la demande de l'employeur concerné.

Ainsi, l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés a été autorisé à procéder au paiement des prestations familiales dues :

- au personnel statutaire de « l'Universitair Ziekenhuis Gent » par A.R. du 1er octobre 1996 (M.B. du 21 novembre 1996);
- au personnel statutaire du « Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding » par A.R. du 5 février 1997 (M.B. du 16 mai 1997);
- au personnel statutaire de l'institution « Kind en Gezin » par A.R. du 26 mai 2000 (M.B. du 28 juillet 2000);
- au personnel statutaire de la « Vlaamse Landmaatschappij » par A.R. du 31 mai 2000 (M.B. du 28 juillet 2000);
- au personnel du Collège des médiateurs fédéraux par A.R. du 25 septembre 2000 (M.B. du 14 octobre 2000);
- au personnel pour lequel le « Limburgs Universitair Centrum » n'est pas soumis à l'obligation de payer des cotisations de sécurité sociale pour le secteur des allocations familiales par A.R. du 18 décembre 2001 (M.B. du 25 janvier 2002);
- au personnel des « Centra voor Leerlingenbegeleiding » de la Communauté flamande par A.R. du 19 février 2002 (M.B. du 1er août 2002);
- au personnel de l'Institut scientifique de Service public par A.R. du 19 février 2002 (M.B. du 1er août 2002);
- au personnel du Ministère de la Communauté germanophone par A.R. du 7 juillet 2002 (M.B. du 27 juillet 2002);
- au personnel de l'Institut belge des services postaux et des Télécommunications par A.R. du 11 juillet 2003 (M.B. du 11 septembre 2003);
- au personnel statutaire de l'Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis – Rekkem par A.R. du 11 juillet 2003 (M.B. du 11 septembre 2003);
- au personnel statutaire du Brussels International Airport Company par A.R. du 11 juillet 2003 (M.B. du 11 septembre 2003).

L'Office national peut également être autorisé, sous certaines conditions à procéder au paiement des prestations familiales dues en raison de la maladie, du décès ou de la mise à la pension d'anciens membres du personnel d'organismes publics visés par les lois relatives à la suppression et à la restructuration d'organismes publics et des services de l'Etat, dont la dissolution est en cours ou terminée.

F. Les contestations

Le tribunal du travail connaît des contestations qui s'élèvent entre les caisses de compensation ou l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés et les personnes auxquelles des prestations familiales sont dues ou doivent être versées.

Sont déférés à la même juridiction, les différends qui surgissent entre ces personnes et l'employeur pour le compte duquel s'exécute le travail qui donne lieu aux prestations familiales.

II. Le régime des allocations familiales pour travailleurs indépendants

Section 1. Principes

L'essentiel de la présente matière est identique au régime des travailleurs salariés. Par conséquent, seules seront reprises ici les différences entre les deux régimes, le lecteur étant renvoyé pour le reste au premier chapitre.

A. Les attributaires

L'une des différences concerne l'énumération des attributaires. En effet, conformément aux dispositions et aux modalités de l'A.R. du 8 avril 1976 (1), sont considérés comme attributaires :

- le travailleur indépendant ou l'aidant assujetti à l'A.R. n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le Statut social des travailleurs indépendants. Il s'agit en premier lieu des travailleurs indépendants exerçant leur profession à titre principal. Les travailleurs indépendants à titre complémentaire ne sont reconnus comme attributaires de prestations familiales que s'ils sont redevables de cotisations au moins égales à celles dues pour une activité principale, c'est-à-dire lorsque leurs revenus de référence s'élèvent au 1er janvier 2005 au moins à 9.349,59 EUR;
- le travailleur indépendant atteint d'une incapacité de travail;
- le travailleur indépendant qui accomplit des obligations de milice;
- l'ancien travailleur indépendant (pour une période qui ne peut, en principe, dépasser le dernier jour du deuxième trimestre qui suit celui au cours duquel il cessa son activité);
- le travailleur indépendant privé de sa liberté (pour autant que l'enfant ait fait partie du ménage du travailleur indépendant le jour de sa privation de liberté et que ce dernier ait été attributaire pendant au moins deux trimestres sur les quatre trimestres civils précédant l'incarcération);
- l'indépendant pensionné;
- le conjoint survivant du travailleur indépendant;
- l'orphelin.

B. Paiement des prestations

Une seconde différence réside dans le paiement des allocations familiales. Celles-ci ne sont versées que si les cotisations sociales afférentes aux deuxième et troisième trimestres civils précédents ont été payées.

(1) A.R. du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, M.B. 6 mai 1976, art. 2 à 9.

Cependant, en vue de l'octroi des prestations familiales, les cotisations dont la Commission des dispenses de cotisations a accordé dispense, sont censées avoir été payées. De plus, la suspension du paiement n'est pas applicable (1) :

- lorsque l'attributaire défaillant n'est redevable que de cotisations de régularisation qui n'ont pas été majorées pour cause de retard;
- lorsque l'intéressé a obtenu des facilités de paiement pour ses cotisations et qu'il respecte les échéances;
- lorsque l'allocataire est abandonné par son conjoint attributaire;
- lorsque l'allocataire est autorisé, par décision judiciaire, à avoir une résidence distincte de son conjoint (2);
- lorsque l'attributaire a obtenu la suspension de la créance de la Caisse d'assurances sociales ou de la Caisse auxiliaire, étant lui-même créancier d'un pouvoir public.

Enfin, le Ministre qui a les Classes moyennes dans ses attributions peut, dans les cas dignes d'intérêt et pour une durée limitée, déroger à la suspension du paiement des prestations familiales en faveur de l'allocataire divorcé ou séparé de corps.

Section 2. Prestations

Les prestations sont, en principe, les mêmes que pour les travailleurs salariés, sauf pour ce qui concerne le montant de l'allocation ordinaire pour le premier enfant et l'absence du supplément d'âge pour le dernier-né ou l'enfant unique.

Toutefois, le supplément d'âge est le même pour tous les enfants quel que soit leur rang, à l'exception du dernier-né ou de l'enfant unique qui n'y ont pas droit.

Ainsi, le montant mensuel au 1er janvier 2005 est de 38,42 EUR pour le premier enfant et de 60,92 EUR si l'indépendant est pensionné.

De plus, l'enfant le plus jeune ou unique ne peut prétendre qu'au seul montant de base de 38,42 EUR, non majoré des suppléments d'âge.

Section 3. Organisation administrative

La personne qui a droit aux allocations est tenue d'en faire la demande à l'organisme compétent pour le paiement des allocations, sous peine de prescription (3 ans).

Dans pratiquement tous les cas, cet organisme sera la caisse d'assurances sociales. Ce n'est que lorsque l'octroi et le paiement de l'allocation familiale ne peuvent être assurés par la caisse d'assurances sociales qu'ils le seront par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

(1) A.R. du 8 avril 1976, op. cit. art. 36, §2.
(2) Articles 223 du Code civil et 1280 du Code judiciaire.

III. Les allocations familiales pour le personnel du secteur public

Section 1. Champ d'application

Les allocations familiales et les allocations de naissance sont attribuées, aux taux et aux conditions des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés en exécution de l'A.R. du 26 mars 1965 relatif aux allocations familiales allouées à certaines catégories du personnel rétribué par l'Etat ainsi qu'aux membres du personnel du cadre opérationnel et du cadre administratif et logistique des corps de police locale.

Cet arrêté s'applique :

- au personnel des ministères (lire : Services publics fédéraux);
- aux officiers, militaires de carrière de rang subalterne et ouvriers militaires des forces armées, à l'exception des officiers de réserve rappelés pour effectuer des prestations normales du temps de paix;
- aux membres du personnel du cadre opérationnel et du cadre administratif et logistique des services de police tels que visés à l'article 116 de la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux.

Les dispositions dudit arrêté sont étendues à certains agents qui perçoivent les allocations familiales par l'intermédiaire de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

Ces allocations sont attribuées dans les mêmes conditions aux agents qui exercent leurs fonctions hors du Royaume pendant plus de six mois consécutifs et y élèvent leurs enfants. Elles sont maintenues, après la rentrée des agents en Belgique, pour leurs enfants de moins de 21 ans qui poursuivent des études hors du Royaume.

Section 2. Les prestations offertes

A. Barème

Les allocations familiales, les allocations de naissance et les primes d'adoption sont accordées aux taux des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés (Pour plus de détails à ce sujet, voir le Chapitre 1er, Section 2, A. Description).

Aux allocations familiales est ajouté un supplément mensuel égal à deux fois le montant de ces allocations pour les enfants des agents ci-après mentionnés qui exercent leurs fonctions hors du Royaume pendant plus de six mois consécutifs :

- les agents des services extérieurs du Service public fédéral Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement;
- les attachés militaires près des ambassades, leurs adjoints et le personnel subalterne qui leur est adjoint;
- les attachés agricoles et les attachés agricoles adjoints détachés par le Ministère de l'Agriculture dans certaines ambassades;
- les membres du personnel du cadre opérationnel et du cadre administratif et logistique des services de police tels que visés à l'article 116 de la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux, envoyés en service permanent à l'étranger pour des missions de liaison auprès des services de police étrangers ou supranationaux.

Les suppléments sont maintenus, après la rentrée des agents en Belgique, pour leurs enfants de moins de 21 ans qui poursuivent des études hors du Royaume.

B. Conditions d'octroi

Les allocations familiales sont dues dans tous les cas où l'agent preste effectivement des services ou se trouve dans une position administrative qui assimile expressément les journées non réellement prestées à des périodes de services effectifs. L'agent est réputé prester des services effectifs tant qu'il se trouve dans une position administrative qui lui vaut, de par son statut, son traitement d'activité ou, à défaut, la conservation de ses titres à l'avancement de traitement.

L'attributaire doit justifier du même lien avec l'enfant bénéficiaire que celui qui est exigé du travailleur salarié (Les conditions précises sont reprises dans le Chapitre 1er, Section 2, B. Conditions d'octroi, point 2.1.).

Les allocations sont accordées aux agents, pour les enfants de moins de 21 ans qu'ils ont à charge, même si ces enfants ne suivent pas des cours d'enseignement professionnel ou général et ne sont pas dans les liens d'un contrat d'apprentissage.

Sont considérés comme "étant à charge" au sens de l'A.R. du 26 mars 1965, les enfants qui n'exercent pas une activité lucrative faisant obstacle à l'octroi des allocations familiales. Les enfants de l'agent ne sont pas soumis à la condition de "faire partie du ménage" de ce dernier. Il s'ensuit que la circonstance que l'enfant qui ne demeure plus chez ses parents ne fait pas obstacle, à elle seule, à sa qualité de bénéficiaire des allocations familiales.

Au-delà de 21 ans, l'enfant doit remplir certaines conditions de scolarité. Pour plus de détails, le lecteur se reportera au régime des allocations familiales en faveur des travailleurs salariés au point 2.3. Conditions particulières selon son titre à bénéficier des allocations familiales (Section 2 sous B. Conditions d'octroi).

C. Exclusions

Sont exclus des avantages particuliers accordés par l'A.R. du 26 mars 1965, les agents :

- dont le conjoint, travailleur salarié ou assimilé, est désigné comme attributaire prioritaire des allocations familiales sur base de l'ordre de dévolution des droits fixé par les lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou qui a cessé d'obtenir des allocations familiales parce que l'enfant a dépassé la limite d'âge fixée par les mêmes lois coordonnées;
- qui, sans avoir exclusivement ou principalement des enfants à charge, obtiennent des allocations familiales :

a) soit par application des dispositions relatives au cumul du régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants;
b) soit en exécution d'une cession de priorité (On notera que la cession de priorité qui vise uniquement un changement de régime, sans que soit réellement en cause l'intérêt de l'enfant, ne peut être acceptée).

D. Le paiement des allocations familiales

Les allocations familiales et leurs suppléments (éventuels) sont payés en même temps que le traitement du mois auquel ils se rapportent; toutefois et sauf s'il est fait opposition conformément au Code judiciaire, le paiement s'effectue, sur simple demande, à la mère ou à la personne qui élève effectivement l'enfant.

Ces allocations et leurs suppléments (éventuels) sont payés chaque mois par anticipation, en même temps que le traitement du mois qui précède celui auquel il se rapporte, aux agents qui, avant le 1er juillet 1984, ont bénéficié d'un régime de paiement anticipatif de leur traitement mensuel et étaient attributaires d'allocations familiales qu'ils percevaient anticipativement.

Section 3. Le personnel des administrations provinciales et locales

L'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales est compétent pour le paiement des allocations familiales.

Cet Office national a également pour missions la perception et la réquisition des cotisations sociales qui sont dues par les institutions publiques affiliées, en vertu de la législation relative aux allocations familiales.

Les communes, les institutions publiques qui en dépendent, les associations de communes, les provinces, la Vlaamse Gemeenschapscommissie, la Commission de la Communauté française, etc. sont affiliées à cet Office national, et elles lui versent une cotisation patronale spécifique de 5,25% pour les allocations familiales. Ensuite, l'Office paie les allocations familiales directement aux membres du personnel titulaires selon les règles prévues dans les lois coordonnées en matière d'allocations familiales des travailleurs salariés.

IV. Les prestations familiales garanties

Section 1. Champ d'application

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 dans le chef du demandeur. Il est réservé aux familles les plus démunies, sur base de critères de ressources.

Section 2. Les prestations offertes

Les prestations familiales comprennent :

- les allocations familiales;
- l'allocation supplémentaire en fonction de l'âge;
- l'allocation de naissance;
- l'allocation spéciale;
- la prime d'adoption.

A. Description

1. Les allocations familiales

Les allocations familiales sont accordées aux taux des allocations familiales ordinaires du régime des allocations familiales pour travailleurs salariés majorés du supplément social pour les enfants du bénéficiaire d'une pension de ce régime.

Les montants mensuels de base au 1er janvier 2005 s'élèvent pour :

- le premier enfant	à 75,54 EUR
- le deuxième enfant	à 139,78 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 208,70 EUR

Le supplément social au 1er janvier 2005 s'élève pour :

- le premier enfant	à 38,46 EUR
- le deuxième enfant	à 23,84 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 4,18 EUR

Les montants correspondent aux montants ordinaires du régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants, lorsque l'enfant est déjà bénéficiaire d'allocations familiales pour un mois entier en vertu d'un régime belge, étranger ou international.

Dans ce cas, les montants s'élèvent au 1er janvier 2005 pour :

- le premier enfant	à 38,42 EUR
- le deuxième enfant	à 139,78 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants	à 208,70 EUR

Les allocations familiales sont accordées aux taux pour orphelins en faveur de l'enfant orphelin dont le père ou la mère était demandeur de prestations familiales garanties, pour autant que les conditions légales notamment celles ayant trait aux ressources, étaient satisfaites au moment du décès.

Les allocations d'orphelins s'élèvent au 1er janvier 2005 à 290,20 EUR.

Ces allocations sont toutefois accordées aux taux ordinaires majorées du supplément social lorsque le père survivant ou la mère survivante est engagé(e) dans les liens d'un mariage ou forme un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement.

La cohabitation de l'auteur survivant avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement, fait présumer, jusqu'à preuve du contraire, l'existence d'un ménage de fait.

Le bénéfice des allocations d'orphelins peut être à nouveau invoqué si les causes d'exclusion ont cessé d'exister ou si le ménage de l'auteur survivant qui n'a pas formé un ménage de fait est suivi d'une séparation de corps ou d'une séparation de fait consacrée par une ordonnance judiciaire qui autorise les époux à occuper des résidences séparées.

2. L'allocation supplémentaire en fonction de l'âge

Les allocations familiales sont majorées d'un supplément d'âge au 1er janvier 2005 de :

- 26,24 EUR pour un enfant de 6 ans au moins;
- 40,10 EUR pour un enfant de 12 ans au moins;
- 50,99 EUR pour un enfant de 18 ans au moins;

Les montants des suppléments d'âge correspondent aux montants des suppléments d'âge du régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants lorsque l'enfant est déjà bénéficiaire d'allocations familiales pendant un mois entier en vertu d'un régime belge, étranger ou international.

Les allocations familiales correspondantes sont majorées d'un supplément d'âge au 1er janvier 2005 :

- pour un enfant de 6 ans au moins	26,24 EUR;
- pour un enfant de 12 au moins	40,10 EUR;
- pour un enfant de 18 ans au moins :	
- le premier-né d'un groupe	44,25 EUR;
- les autres enfants	50,99 EUR

L'enfant unique ou le dernier-né ne bénéficie pas de supplément d'âge.

3. L'allocation de naissance

Le montant de l'allocation de naissance est égal à celui de l'allocation de naissance allouée en vertu du régime des allocations familiales pour travailleurs salariés.

Le montant de l'allocation de naissance s'élève au 1er janvier 2005 pour une :

- première naissance	à 1.023,45 EUR
- deuxième naissance et chacune des suivantes	à 770,02 EUR

L'allocataire peut demander l'allocation de naissance à partir du sixième mois de la grossesse et en obtenir le paiement deux mois avant la date probable de la naissance mentionnée sur le certificat médical à joindre à la demande.

4. L'allocation spéciale

Le montant mensuel de l'allocation spéciale s'élève au 1er janvier 2005 à 50,69 EUR lorsque le placement de l'enfant dans une institution à charge d'une autorité publique donne lieu au droit à l'allocation spéciale.

Le montant mensuel de l'allocation spéciale s'élève à 38,42 EUR lorsque l'enfant est déjà bénéficiaire d'allocations familiales pendant un mois entier en vertu d'un régime belge, étranger ou international.

B. Conditions d'octroi

1. Conditions dans le chef du demandeur

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.

Un enfant est considéré comme étant principalement à charge d'une personne physique, si cette personne supporte plus de la moitié du coût d'entretien de l'enfant.

Jusqu'à preuve du contraire, la personne physique est présumée remplir cette condition, s'il résulte d'une inscription au registre de la population, au registre des étrangers ou au Registre national des personnes physiques que l'enfant fait partie de son ménage. Cette présomption ne peut être renversée au motif que l'enfant perçoit un minimum de moyens d'existence.

Cette personne physique doit avoir résidé effectivement en Belgique de manière non interrompue pendant au moins les cinq dernières années qui précèdent l'introduction de la demande de prestations familiales garanties.

Sont dispensés de cette condition :

- la personne qui tombe sous l'application du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés, ainsi qu'aux membres de leur famille, qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté;
- l'apatride;

- le réfugié au sens de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers;
- la personne qui est ressortissante d'un pays qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (revisée).

Si la personne est étrangère, elle doit être admise ou autorisée à séjourner en Belgique ou à s'y établir, conformément aux dispositions de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut, dans des cas dignes d'intérêt, déroger à la condition de séjour effectif en Belgique de cinq ans non interrompu.

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 3.399,59 EUR au 1er janvier 2005.

Les ressources sont augmentées de 20 p.c. pour chaque enfant à partir du deuxième.

Toutes les ressources, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, sont prises en considération.

Pour l'évaluation des ressources, il n'est pas tenu compte :

- des prestations familiales auxquelles le demandeur, son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou la personne avec laquelle il est établi en ménage peuvent prétendre en faveur des autres enfants qui sont à leur charge;
- des prestations qui relèvent de l'assistance publique ou privée;
- des rentes alimentaires entre ascendants et descendants dues au demandeur, à son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou à la personne avec laquelle il est établi en ménage;
- des rentes qui sont acquises à la suite de versements effectués en qualité d'assuré libre, conformément aux lois coordonnées par l'arrêté du Régent du 12 septembre 1946 relatives à l'assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré ou des pensions acquises conformément à la loi du 12 février 1963 relative à l'organisation d'un régime de pension de retraite et de survie au profit des assurés libres;
- des rentes de chevrons de front et de captivité ainsi que des rentes attachées à un ordre national pour fait de guerre;
- de l'indemnité de milice;
- du revenu cadastral de la maison ou partie de maison, propriété du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou de la personne avec laquelle il est établi en ménage, et occupée par le demandeur;
- des pensions alimentaires perçues au profit des enfants mineurs célibataires à charge du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou de la personne avec laquelle il est établi en ménage et de l'avance sur le terme des pensions alimentaires perçues au profit des enfants mineurs célibataires à charge du demandeur, de son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou de la personne avec laquelle il est établi en ménage, en application de l'article 68bis de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale;

- des allocations d'études octroyées au demandeur, à son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou à la personne avec laquelle il est établi en ménage, à son profit ou au profit des enfants qu'il a à sa charge;
- de l'allocation d'accompagnement aux jeunes qui suivent une formation intensive avec issue sur un emploi et aux jeunes qui suivent une formation préparatoire au contrat de premier emploi.

Pour l'octroi des allocations familiales, les ressources qui sont prises en considération sont celles du trimestre civil dans lequel s'inscrit le mois à partir duquel ces allocations peuvent être octroyées.

Pour l'octroi de l'allocation de naissance, les ressources qui sont prises en considération sont celles du trimestre civil au cours duquel la naissance a eu lieu.

2. Conditions dans le chef de l'enfant

Bénéficie des prestations garanties, l'enfant :

- qui réside effectivement en Belgique; toutefois, l'enfant qui n'a pas de lien de parenté avec le demandeur jusqu'au troisième degré ni n'est l'enfant du conjoint ou l'ex-conjoint du demandeur ou de la personne avec laquelle celui-ci est établi en ménage, doit avoir résidé effectivement en Belgique, de manière ininterrompue, pendant au moins les cinq dernières années qui précèdent l'introduction de la demande; si l'enfant est étranger, il doit être admis à séjourner en Belgique ou à s'y établir conformément aux dispositions de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers;
- qui, soit n'est pas bénéficiaire de prestations familiales en vertu d'un régime belge, étranger ou international, soit n'en est bénéficiaire, en vertu d'un tel régime, qu'à raison d'un montant inférieur à celui qui peut être accordé conformément à la présente loi.

Le Ministre des Affaires sociales ou le fonctionnaire du Service public fédéral Sécurité sociale qu'il désigne peut, dans des cas dignes d'intérêt, déroger à la condition de séjour requise.

L'enfant doit remplir certaines conditions de scolarité. Pour plus de détails à ce sujet, le lecteur se reportera au régime des allocations familiales en faveur des travailleurs salariés au point 2.3. Conditions particulières selon son titre à bénéficier des allocations familiales (Chapitre I, Section 2 sous B. Conditions d'octroi).

C. La demande, le paiement, les avances

La demande d'allocations familiales et d'allocation de naissance doit être introduite à l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés, rue de Trèves, 70 à 1000 Bruxelles, par courrier postal, courrier électronique ou simple dépôt. La demande a pour date celle du pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi, ou, à défaut, celle fixée par l'accusé de réception établi par l'Office à l'attention du demandeur.

La demande transmise à l'Office, qui a été introduite auprès d'une institution de sécurité sociale belge incompétente, a pour date, selon le cas, celle du pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi, ou à défaut, celle à laquelle l'institution précitée atteste à l'attention dudit Office l'avoir reçue.

L'Office national réclame au demandeur les renseignements jugés nécessaires pour l'instruction des droits aux prestations familiales garanties.

Si le demandeur ne les fournit pas dans le mois, il lui est adressé un rappel par lettre. Lorsque malgré ce rappel, le demandeur reste pendant plus d'un mois en défaut de fournir les renseignements complémentaires demandés, l'Office après avoir accompli toute démarche utile en vue de l'obtention desdits renseignements, peut statuer en se basant sur les renseignements dont il dispose, sauf si le demandeur fait connaître un motif justifiant un délai de réponse plus long. Le refus est communiqué par lettre recommandée à la poste.

Après refus, une nouvelle demande doit être introduite.

La demande de dérogation individuelle doit être adressée au Service public fédéral Sécurité sociale dans les 90 jours suivant la notification de la décision de refus du droit aux prestations familiales garanties. Passé ce délai, une demande de prestations familiales garanties doit à nouveau être introduite à l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

Les allocations familiales et de naissance sont payées à la mère.

Si la mère n'élève pas effectivement l'enfant, les allocations familiales sont payées à la personne physique qui remplit ce rôle.

Les prestations familiales garanties dues en faveur d'un enfant qui est exclusivement ou principalement à la charge d'un réfugié pour la période précédant la date à laquelle la demande de ces prestations a été introduite et débutant au plus tôt à partir du mois précédant d'un an la date à laquelle la demande a été présentée, sont payées :

- à l'Etat, à concurrence, au maximum, du montant de la majoration prévue à l'article 2 de l'A.M. du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de population, que l'Etat a pris en charge conformément aux articles 5, §1er, 2°, et 11, §2, de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;
- à la mère et si la mère n'élève pas effectivement l'enfant à la personne physique qui remplit ce rôle, à concurrence du solde éventuel.

Si l'Etat n'est pas intervenu, le montant des prestations familiales garanties est entièrement payé à la mère et si la mère n'élève pas effectivement l'enfant à la personne physique qui remplit ce rôle.

Les prestations familiales garanties ne sont pas dues en faveur d'un enfant placé à charge d'une autorité publique, dans une institution ou chez un particulier.

Par dérogation à ce qui précède, 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 l'allocation de naissance pour un enfant placé à charge d'une autorité publique, dans une institution ou chez un particulier, à la mère, même si cet enfant, au moment de la naissance, n'est pas exclusivement ou principalement à charge de cette personne.

Lorsqu'un enfant est placé dans une institution à charge d'une autorité publique, une allocation forfaitaire spéciale est accordée à la personne qui bénéficiait des prestations familiales garanties pour cet enfant, avant ladite mesure, et qui continue à élever l'enfant partiellement.

Si l'intérêt de l'enfant placé l'exige, le tribunal de la jeunesse de la résidence principale des parents, tuteurs ou personnes qui ont la garde de l'enfant peut, soit d'office, soit sur simple réquisition d'un membre de la famille, ou bien décider, en faveur de l'enfant, de l'emploi de l'allocation spéciale, ou bien désigner à l'enfant un tuteur ad hoc, toujours révocable, chargé de disposer de cette allocation spéciale pour les besoins de l'enfant. Cette allocation ne peut en aucun cas être payée au particulier à qui l'enfant est confié ou à une autre personne dans sa famille, ni à l'institution où l'enfant a été placé.

Lorsque les conditions de séjour sont remplies, mais qu'il n'est pas encore établi que l'enfant n'est pas bénéficiaire de prestations familiales en vertu d'un régime belge, étranger ou international ou que les ressources ne dépassent pas le maximum autorisé l'Office national paie les prestations par voie d'avances au taux inférieur.

Section 3. La prescription

Les allocations familiales, éventuellement majorées du supplément d'âge, sont accordées au plus tôt à partir du mois précédant d'un an la date à laquelle la demande a été présentée.

La demande d'allocation de naissance doit être introduite dans l'année de la naissance.

Section 4. Le financement

Les prestations familiales garanties sont octroyées à charge de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

Section 5. Sanctions et contestations

Lorsque le demandeur a fourni des renseignements inexacts ou incomplets, les prestations familiales garanties peuvent être refusées ou leur paiement suspendu pour une période de six mois ou de douze mois en cas de récidive dans un délai de trois ans.

Lorsque le demandeur a agi avec intention frauduleuse, la durée de la suspension est doublée.

Aucune sanction ne peut plus être prononcée lorsqu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter du jour où la déclaration inexacte ou incomplète a été faite. Aucune sanction ne peut être appliquée lorsqu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter du jour où la sanction est devenue définitive.

L'action en répétition des prestations payées indûment se prescrit par cinq ans à partir de la date à laquelle le paiement a été effectué. En aucun cas, la répétition des prestations indûment payées ne sera possible après l'expiration de ce délai.

Ceci n'est pas applicable si les prestations payées indûment ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

Outre les causes prévues au Code civil, la prescription est interrompue par la réclamation des paiements indus notifiée au débiteur par lettre recommandée à la poste.

L'Office national peut renoncer à la récupération des prestations payées indûment lorsque :

- le recouvrement s'avère contre-indiqué pour des raisons sociales ou techniquement impossibles;
- le recouvrement s'avère trop aléatoire ou trop onéreux par rapport au montant des sommes à recouvrer.

Tout recours doit, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans les trois mois de la notification de la décision de l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

L'action introduite devant le tribunal du travail n'est pas suspensive.

V. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Travailleurs salariés

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Politique sociale
Place Victor Horta, 40 - boîte 20
1060 Bruxelles
tél : (02) 528 63 92
fax : (02) 528 69 72

Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)
rue de Trèves 70
1000 Bruxelles
tél : (02) 237 21 12
ou 0800 - 94 434

Travailleurs indépendants

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Indépendants
Place Victor Horta, 40 - boîte 20
1060 Bruxelles
tél : (02) 528 64 52

Institut national d'Assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)
Place Jean Jacobs, 6
1000 Bruxelles
tél : (02) 546 42 11

Fonctionnaires

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Organisation
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi 51 (Bte 4)
1040 Bruxelles
tél : (02) 790 58 00

B. Réglementation

La Direction générale Politique sociale du Service public fédéral Sécurité sociale tient à jour une coordination officieuse des textes du régime d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

C. Publications

L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés publie les ouvrages suivants :

- Rapport annuel
- Rapport socio-démographique
- Abrégé et fiches pour les relais sociaux
- Bulletin de l'ONAFTS
- Communiqué semestriel
- Aperçu des prestations familiales pour travailleurs salariés
- Documentation relative aux prestations familiales
- Le régime.

Titre VII. Le risque professionnel

I. La réparation des accidents du travail dans le secteur privé

Section 1. Evolution et caractéristiques

A la fin du XIXe siècle, l'industrialisation et la mécanisation de plus en plus poussées des entreprises entraînèrent un accroissement du nombre des accidents du travail dont les victimes n'avaient, pour obtenir réparation, d'autre recours que celui du droit commun organisé par les articles 1382 et suivants du Code civil. Elles devaient donc prouver qu'une faute de l'employeur ou de ses préposés était la cause de leur dommage. Cette preuve était quasi impossible à fournir et le préjudice demeurait sans réparation.

Sous la pression d'une action sociale sans cesse croissante, la loi du 24 décembre 1903 fut promulguée. Elle dispose, que l'ouvrier accidenté, doit être indemnisé pour tout accident survenant au cours de l'exécution du contrat de travail, sans qu'il ait à prouver la faute de l'employeur.

Le caractère forfaitaire de la réparation constituait certainement la principale caractéristique de cette loi. Un certain nombre de principes, toujours valables à ce jour, avait été adopté en ce sens. L'indemnité était calculée sur une rémunération plafonnée et seul le dommage corporel était indemnisé, à l'exclusion par exemple du dommage aux biens et du dommage moral.

Enfin, un arrêté des secrétaires généraux du 24 décembre 1941 appliqua le principe de la réparation forfaitaire aux accidents survenus sur le chemin du travail étant donné les conditions particulièrement dangereuses dans lesquelles le chemin du travail était parcouru par les travailleurs en temps de guerre. Un arrêté-loi du 13 décembre 1945 confirma cette attitude pour l'avenir et la réglementation ultérieure a même étendu cette protection. La protection du travailleur, depuis le moment où il quitte sa résidence pour se rendre au lieu de son travail jusqu'au moment où il la réintègre trouve sa justification dans l'idée de risque professionnel complétée par un nouvel élément fondé sur la notion de la solidarité qui est à la base des assurances sociales (1), (2) et (3).

La réglementation actuelle est contenue dans la loi du 10 avril 1971 et ses arrêtés d'exécution.

Le fondement juridique de la loi est resté celui mis en place à l'aube du siècle passé. Les deux principes juridiques essentiels de la loi sont le risque professionnel et la réparation forfaitaire. La seule modification importante fut la généralisation de l'obligation

(1) Delaruwiere, Y. et Bertrand, R. (1947), *La réparation des dommages résultant des accidents du travail, Bruxelles, Bruylant.*
(2) Vanthemsche (1994), La Sécurité sociale - Les origines du système belge - Le présent face à son passé - De Boeck Université.
(3) Horion, P. (1964), *Traité des Accidents du travail*, Bruxelles, Bruylant.

d'assurance. Tout employeur doit dorénavant souscrire une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances de son choix. Le débiteur des indemnités prévues par la loi n'est plus l'employeur mais l'organisme assureur.

A. Risque professionnel

La loi de 1903 fit triompher la notion du risque professionnel qui exclut toute idée de faute et rend l'employeur seul responsable de la réparation. Le risque professionnel est le risque au travail en état de subordination.

Le concept de base aboutit à renverser la notion traditionnelle de la faute individuelle pour la remplacer par la notion de "risque d'entreprise" basée sur le fait que l'accident est une conséquence de l'activité économique. Comme c'est l'employeur qui en retire un bénéfice, c'est donc à celui-ci qu'incombe la charge de la réparation. Pour couvrir leur responsabilité, la grande majorité des employeurs ont eu recours aux assureurs privés. A l'origine l'assurance était facultative. Elle deviendra obligatoire en 1971.

L'employeur seul participe au financement de l'assurance accident du travail. Il n'y a pas de contribution de la victime. Dès le départ cependant l'aide complémentaire apportée par l'Etat non pas en subvention directe, mais en suppléance d'une protection incomplète fut importante notamment par le biais des allocations accordées par la Caisse de Prévoyance et de Secours en faveur des victimes des accidents du travail (ancêtre du F.A.T.) qui avait été créée par une loi du 21.1.1890 et par les secours octroyés par les Commissions d'assistance publique (ancêtre des C.P.A.S.) (1).

B. Réparation forfaitaire

La loi établit au profit des travailleurs victimes du risque professionnel le droit à une réparation forfaitaire minimale.

Le "forfait légal" est l'aménagement social de la notion juridique de la responsabilité en matière de réparation des travailleurs blessés au travail. Il est impératif. Par opposition à la réparation in concreto du droit commun, la réparation forfaitaire fait que le dédommagement d'un accident du travail n'est jamais ni réel, ni total.

C'est une réparation partielle et fragmentaire quoique individuelle puisqu'elle doit être personnalisée à chaque travailleur blessé. L'incapacité de travail doit être établie de cas en cas, sur une base individuelle en se fondant sur les suites économiques de la lésion physique, en appréciant les facultés salariales et les aptitudes au travail résiduelles. Les évaluations barémiques sont donc inacceptables.

Le caractère "partiel" des réparations accordées limite la portée indemnitaire de la loi à l'activité professionnelle de la victime.

Seule l'incapacité économique résultant de l'accident du travail c'est-à-dire la perte de capacité au travail liée à la lésion et non l'invalidité physiologique est réparée.

Sont donc écartés des réparations forfaitaires le dommage aux biens du travailleur (ses vêtements,...), le dommage post ou extra-professionnel (une autre activité lucrative au métier principal ou à la pension), le préjudice d'agrément (loisirs, sports ...), le dommage moral, le dommage esthétique (sauf le cas où il influencerait l'incapacité économique).

En outre à l'intérieur du cadre professionnel la réparation accordée reste fragmentaire parce qu'elle est liée à deux paramètres : incapacité et salaire de base, le deuxiè-

(1) David, S. (1958), *Responsabilité civile et risque professionnel*, Bruxelles (364 p.)

me étant limité à un plafond légal. La réparation accordée ne tient pas compte des tranches de salaire supérieures au salaire plafonné.

Les indemnités forfaitaires payées par l'assureur subissent donc une double limite : celle du dommage à réparer et celle de l'évaluation de ce dommage.
La loi sociale de 1903 apporte la garantie d'une indemnisation aux travailleurs mais le préjudice réparé n'est qu'une partie du préjudice global provoqué par l'accident.

C. Loi d'ordre public

La loi réparant les accidents du travail est une loi d'ordre public à la fois en raison de son objectif social (le dédommagement des victimes accidentées au travail) et par son évolution historique (la naissance d'un droit social nouveau à côté du droit commun).

On ne peut déroger aux dispositions de la loi. Elle précise que toute convention contraire serait nulle de plein droit (1). Ce qui écarte donc toute possibilité d'interprétation. La nullité d'un contrat de travail ne pourrait être opposée à l'application de la loi. Elle s'impose même si une disposition légale d'ordre public interdit d'exécuter le travail convenu (2).
C'est parce que la loi est d'ordre public qu'il ne serait pas possible d'exciper de la nullité du contrat de louage de travail (comme celui qui serait conclu en infraction d'autres dispositions du droit social telles le travail des enfants, le travail en noir, le travail sans permis de travail ...) pour ne pas octroyer les indemnités réparatrices dues, les soins médicaux, et les prothèses nécessaires.

La loi a prévu l'intervention du Fonds des accidents du travail en faveur des accidentés dans tous les cas où l'employeur et/ou l'assureur serait en défaut.
La loi insiste encore sur le rôle du juge. Lorsqu'il statue sur les droits de la victime et de ses ayants droit, le juge vérifie d'office si les dispositions de la loi ont été observées (3).

D. Assurance privée et contrôle de l'Etat

L'assurance des accidents du travail est la plus contrôlée des assurances belges. La solution donnée au début du 20ème siècle au problème des accidents du travail à savoir l'organisation de la réparation par l'octroi d'indemnités forfaitaires à charge de l'employeur (4), qui possède la faculté de couvrir sa responsabilité auprès d'assureurs privés, explique l'important dispositif de contrôle mis en place dès 1903.

C'est la contrepartie à une gestion privée d'une matière sociale. Le contrôle est actuellement régi par la loi du 10 avril 1971 qui consacre le principe de l'assurance privée dans une branche de sécurité sociale dont tous les dispositifs de protection sont stipulés dans les moindres détails.

Le contrôle des entreprises d'assurance est réalisé par le Fonds des accidents du travail (5).

L'objet de la loi est la protection sociale du travailleur. Le contrôle très important réalisé par le F.A.T. porte donc aussi sur le volet social notamment par le biais de son service d'inspection et de l'entérinement des accords entre victimes et assureurs.

(1) Article 6, §2 de la loi du 10 avril 1971.
(2) Cass.10.01.1983 -R.G.A.R.10905.Exposé des motifs de la loi du 10 avril 1971.
(3) Art. 6, §3 de la loi.
(4) Bonheure, M. (1993), L'employeur et l'assurance contre les accidents du travail - *Les Assurances de l'entreprise, acte du colloque tenu à l'U.L.B., les 2 et 3 décembre 1993, Bruylant.*
(5) M.A. Swartenbroekx, Les nouvelles dispositions de surveillance de la loi du 10 avril 1971.
(1) Heselmans, M. (1994), "Les nouvelles orientations et alternatives en matière de prévention", Lamotte, J., Vanemelen, J. (1994), "La prévention, essence de la médecine". *Revue du Travail*, Juillet-Septembre, p. 33 à 44.

La gestion privée de l'assurance contre les accidents de travail est particulièrement onéreuse pour les chefs d'entreprise et par ricochet donc pour les travailleurs et la collectivité dans son ensemble. On estime généralement que ces frais de gestion représentent 25% des prestations accordées. Dans le cadre des maladies professionnelles dont la gestion a été confiée à un organisme d'intérêt public ces charges sont cinq fois moindre.

Si le système de la gestion publique a souvent été critiqué pour son formalisme en matière de prise de décision, il faut souligner qu'il se révèle par ailleurs de loin le moins coûteux.

E. Réparation et prévention

A l'origine, le système de réparation des accidents du travail a été conçu en dehors d'un système de prévention.
La réparation se limitait à un système d'indemnisation mise à part une tentative de remise au travail temporaire de la victime. Elle ne comprend pas de mesures ni de prévention, ni de réadaptation professionnelle, ni de reclassement social.

Au fil du développement de la législation sociale un cloisonnement s'est opéré entre réparation, prévention et reclassement. Il se retrouve au niveau des structures administratives compétentes : d'un côté compétence du SPF Sécurité sociale et de l'autre SPF Emploi, Travail et Concertation sociale : Médecine du travail et Inspection du travail auxquels s'ajoutent trois fonds communautaires en matière de réadaptation (1). Il n'y a donc pas d'approche globale du risque professionnel.

Toutefois, le Fonds des accidents du travail s'est vu confier, en 1994, une nouvelle mission, celle de stimuler l'étude des mesures de prévention. A cette époque, un Comité technique de la prévention a été installé dans lequel siègent des représentants du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.

Certaines actions de prévention ont été envisagées par les assureurs-loi. Tout en incitant à la sécurité au travail, elles paraissent plutôt avoir un effet pour les entreprises d'assurances qui les pratiquent en leur permettant d'adapter les primes en fonction de la réduction du risque. Ces initiatives ne sont cependant pas sans danger puisqu'elles pourraient provoquer une sous-estimation des accidents déclarés. Elles se heurtent aussi à des limites intrinsèques (fatigue, stress, facteur psychologique, cadence au travail, alcoolisme, drogue, motivation de l'employeur, grandeur de l'entreprise, collaboration des partenaires sociaux...).

Elles permettent néanmoins de faire mieux respecter les mesures légales de protection sur les postes de travail et contribuent ainsi à garantir un meilleur niveau de sécurité pour les travailleurs.

Toutes les actions de prévention ne sont pas uniquement nécessaires pour des raisons humaines évidentes mais aussi pour l'activité de l'entreprise et pour l'économie en général.

(1) Heselmans, M. (1994), ''Les nouvelles orientations et alternatives en matière de prévention'', Lamotte, J., Vanemelen, J. (1994), ''La prévention, essence de la médecine''. Revue du Travail, Juillet-Septembre, p. 33 à 44.

F. Capitalisation et solidarité

A la différence des autres branches de sécurité sociale basées sur la technique de la répartition, le système de l'assurance contre les accidents du travail repose sur la technique de la capitalisation individuelle.

La technique de la capitalisation a des répercussions sur le fonctionnement de l'assurance privée qui ignore les mécanismes de solidarité.

Cette différence fondamentale explique que le système repose sur l'obligation individuelle de l'employeur, via son assureur-loi d'indemniser les travailleurs blessés au travail dans son entreprise. Le montant des primes répond à des critères de probabilité du risque. Dès la survenance de l'accident, l'assureur constitue des réserves (provisoires puis définitives enfin de capital de rente) pour l'indemnisation de la victime, sa vie durant.

Une intervention du législateur a été nécessaire afin de permettre au Fonds des accidents du travail d'intervenir, à titre supplétif, pour pallier aux lacunes de la réparation parcellaire accordée par les entreprises d'assurance, principalement en octroyant aux victimes des allocations revalorisant les rentes non indexées (notamment des accidents survenus avant le 1.1.88).

Les surplus financiers dégagés après le règlement des sinistres sont des bénéfices dont l'affectation relève de décisions privées. Ces surplus financiers considérables proviennent cependant davantage du placement des réserves et des capitaux constitutifs des rentes que des primes elles-mêmes.

Dans ce système, il n'y a pas de mécanismes consultatifs qui permettent d'associer les interlocuteurs sociaux aux différentes décisions qui seraient à prendre. Le seul lieu paritaire de l'assurance des accidents du travail est le Fonds des accidents du travail, qui est principalement l'organe de surveillance des entreprises d'assurance.

G. Unique structure internationale d'une branche de sécurité sociale

Au niveau européen, plusieurs organismes nationaux responsables de l'assurance des accidents du travail (et aussi des maladies professionnelles) se sont regroupés en 1992 dans un "Forum de l'assurance Accidents du travail et maladies professionnelles". Le Forum européen est la première organisation européenne qui s'occupe d'une seule branche de sécurité sociale. C'est en effet l'unique organisation de sécurité sociale à s'être dotée d'une structure internationale. Son existence confirme le principe d'une branche autonome, principe qui trouve ses origines dans l'histoire sociale et la culture sociale de nos pays européens.

En sont membres 18 organisations de 16 pays : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suisse, l'Espagne, la Suède, la France, la Grèce, la Pologne, la Russie et la Norvège.

Le Forum européen poursuit l'objectif de promouvoir le concept de l'assurance du risque professionnel, de faciliter l'échange d'expériences entre systèmes nationaux en vue de permettre leur convergence pratique.

Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties

A. Les personnes protégées

1. Travailleurs assujettis à la sécurité sociale

La loi est applicable à quiconque est assujetti, en tout ou en partie, au régime de sécurité sociale, des travailleurs salariés ou à celui des marins.

La loi est, de même, applicable aux armateurs exploitant leur propre bâtiment. Ils sont censés être à la fois employeur et travailleur.

La nullité du contrat de travail pour quelque motif que ce soit ne peut être invoquée pour éluder l'application de la loi.

2. Extensions

Le Roi peut, étendre le champ d'application de la loi réparant les victimes d'un accident du travail et fixer des conditions spéciales pour son application. Ainsi, la loi a été étendue par exemple aux personnes suivantes bien qu'elles ne relèvent pas d'un régime de sécurité sociale :

1° les travailleurs occasionnels (maximum 8 heures par semaine pour les besoins du ménage chez un ou plusieurs employeurs);
2° les travailleurs qui fournissent des prestations accessoires (maximum 25 jours par an); on retrouve ci-dessous par exemple :
   - certains artistes de la R.T.B.F., de la V.R.T. et de la BRF;
   - les moniteurs et surveillants des colonies de vacances pendant les vacances scolaires;
   - les personnes qui en tant qu'animateurs, chefs responsables ou moniteurs de sport sont responsables d'activités culturelles et sportives pendant les périodes libres dans l'enseignement;
3° les étudiants qui pendant les mois de juillet, août et septembre travaillent au maximum 23 jours;
4° les domestiques qui ne sont pas logés chez l'employeur qui ne travaillent pas 4 heures par jour chez le même employeur ou pas 24 heures par semaine chez le même ou plusieurs employeurs;
5° les travailleurs saisonniers occupés à la cueillette du houblon et du tabac et au nettoyage des ypréaux pour autant que cette occupation n'excède pas 25 journées de travail par an durant des périodes déterminées annuellement par arrêté ministériel pour chaque secteur concerné.

3. Exclusions

La loi n'est pas applicable aux travailleurs des services publics, ni aux militaires assujettis aux lois sur les pensions de réparation. Ces catégories de personnes bénéficient d'une réglementation spécifique.

De même ne sont pas visés les travailleurs indépendants pour la raison d'absence de contrat de travail.

B. Les entreprises assujetties

Tous les employeurs visés par les catégories de personnes protégées décrites ci-dessus.

En pratique, c'est l'employeur qui engage une des personnes protégées qui doit immédiatement s'assurer même si les cotisations dues sont réduites et même s'il ne paye pas de cotisation de sécurité sociale.

Pour déterminer si la loi du 10 avril 1971 est applicable il faudra examiner à la fois les termes "employeur" et "travailleur". L'élément dominant est l'existence d'un lien de subordination généralement concrétisé par un contrat de travail ou un contrat d'apprentissage mais aussi par une série d'autres contrats résultant des formes de travail atypiques (1) et (2).

Section 3. Les risques couverts

A. Accidents sur les lieux du travail

L'accident du travail est l'accident survenu à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution d'un contrat de louage de travail et qui produit une lésion.

La loi ne précise pas la notion de l'accident du travail afin de permettre à la doctrine et à la jurisprudence de s'adapter à la réalité changeante des conditions de travail.

La jurisprudence des Tribunaux et des Cours du Travail considère qu'un accident du travail est l'événement *soudain qui produit* ou constitue l'une des causes d'*une lésion corporelle ou mentale* entraînant la mort, ou une incapacité de travail ou du moins des frais médicaux, (quoique ces conséquences ne doivent pas nécessairement se produire au même moment que l'événement (3)), survenu *dans le cours et par le fait de l'exécution* du contrat de travail. Par exemple l'état lombalgique succédant à un fait accidentel (4). Le législateur considère également comme lieu de travail l'endroit où le travailleur accomplit une mission en qualité de délégué syndical ou où il assiste à une réunion du conseil d'entreprise.

B. Accidents sur le chemin du travail

L'accident survenu sur le chemin du travail est réparé par la loi. Le "chemin du travail" est le trajet normal à parcourir par le travailleur pour se rendre de sa résidence (ou de sa seconde résidence), plus précisément du seuil de sa résidence au lieu de l'exécution du travail, et inversement (5).

Le trajet reste normal lorsque le travailleur effectue les détours nécessaires et raisonnablement justifiables par les différents lieux de résidence (6) et de travail ou par les lieux d'embarquement ou de débarquement, pour se déplacer en véhicule avec

---

(1) Loi du 10 avril 1971. Art. 1 à 6 (M.B. 24 avril 1971) A.R. du 25 octobre 1971 étendant le champ d'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

(2) Jourdan, M., Swartenbroekx, M., Toledo, M.(1997), Guide social permanent, Tome 4 : Sécurité Sociale - Commentaires - Partie I - Livre II - Titre II - Chapitre 1, Le Champ d'application personnel entreprises et travailleurs assujettis.

(3) Cass. 28.5.1979, R.W. 79-80, 1028 et Cass. 1.4.85, RBSS n° 9-10, 1985, 869 et suiv.

(4) Lafontaine, M. (1996), La Lombalgie -problèmes suscités par l'acceptation du cas en accident du travail. *Consilio Manuque* Vol 23, Avril-juin 1996, p. 87 à 95.

(5) D. De Brucq : "Réparation intégrale en accident de trajet mais aussi en accident du travail – Un arrêt décisif : L'arrêt du 16 janvier 1997 de la Cour d'arbitrage". Chroniques de droit social. Décembre 1997.

(6) Cassation 18.12.2000 – Jurisprudence Liège-Mons-Bruxelles 2002/1 et Cassation 14.05.2001 – IDJ 2001/9.

une ou plusieurs personnes en vue d'effectuer en commun le trajet entre résidence et lieu de travail ou pour conduire et reprendre les enfants à la garderie ou à l'école.

Le législateur a assimilé divers trajets au chemin du travail, notamment le trajet du lieu du travail vers le lieu où le travailleur prend ou se procure son repas (et vice versa), le trajet vers le lieu où la rémunération lui est payée, où il suit des cours de formation professionnelle, etc.

C. Présomption et preuve

Le système forfaitaire de la réparation des accidents du travail a prévu deux présomptions légales en faveur des victimes accidentées.

a) S'il y a une lésion et un événement soudain, la lésion est présumée jusqu'à preuve du contraire trouver son origine dans un accident du travail (1).

b) Si l'accident est survenu au cours de l'exécution du travail, il est présumé jusqu'à preuve du contraire survenu par le fait de cette exécution (2).

Ces deux présomptions ne sont pas irréfragables. L'assureur peut donc les renverser à condition d'y apporter la preuve contraire.

Dans la pratique, la victime doit démontrer - et ceci peut se faire par toutes voies de droit y compris les témoignages - l'événement soudain, l'existence d'une lésion et la survenance au cours de l'exécution du contrat de travail.

Lorsque ces trois éléments sont démontrés, la lésion est présumée être causée par l'événement accidentel survenu du fait de l'exécution du contrat de travail. La victime ne doit donc pas prouver que la lésion trouve son origine dans l'accident du travail.

Section 4. Les dommages réparés

A. Soins médicaux

La victime a droit au remboursement des soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers et dans les conditions fixées par le Roi, aux appareils de prothèse et d'orthopédie. Ils sont remboursés intégralement sur la base des tarifs en vigueur. Ces frais sont pris en charge par l'assureur.

Si l'accident est survenu avant le 1er janvier 1988 toutefois, ils sont pris en charge par le Fonds des accidents du travail, après le délai de révision.

La victime choisit, en principe, en toute liberté son médecin et les services hospitaliers et pharmaceutiques, sauf si l'employeur a instauré, à ses propres frais, un service médical selon le mode prévu par le législateur et par le Roi. Les soins dispensés dans ces centres sont gratuits. En cas de libre choix de la victime, ils sont remboursés

(1) Art. 9 de la loi du 10 avril 1971.
(2) Art. 7, §2 de la loi du 10 avril 1971.

sur la base des tarifs fixés par le Roi. Ces tarifs correspondent, dans une large mesure, aux honoraires et aux prix applicables en exécution de la législation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. En cours de traitement, l'autre partie, c'est-à-dire, selon le cas, l'assureur ou la victime, conserve le droit de désigner un médecin pour contrôler le traitement.

B. Incapacité temporaire de travail

1. Prestation pour le jour de l'accident

Pour le jour de l'accident ou du début de l'incapacité, la victime a droit à une indemnité égale à la différence entre la rémunération quotidienne normale et la rémunération déjà gagnée.

2. Indemnité journalière d'incapacité temporaire totale

Dès le lendemain de l'accident, l'incapacité temporaire et totale est indemnisée à raison de 90% de la rémunération quotidienne moyenne, c'est-à-dire de la rémunération de base (1) divisée par 365.

L'indemnité journalière d'incapacité temporaire totale est une indemnité accordée par jour calendrier y compris les samedis et les dimanches ce qui justifie la division du salaire de base par les 365 jours de l'année.

En fait, le travailleur a droit, dans la plupart des cas, au début de l'incapacité de travail, et pendant une période déterminée (un mois ou la durée du voyage maritime), à une rémunération garantie à charge de son employeur en application de la loi régissant son contrat de travail. Rémunérations garanties et indemnités d'accident du travail ne sont pas cumulables, mais le travailleur a droit au montant le plus élevé des deux prestations.

3. Indemnité journalière d'incapacité temporaire partielle

L'incapacité temporaire partielle est réparée en essayant de mettre l'accent sur la remise au travail et la réintégration de la victime dans le circuit économique. Cette reprise du travail s'effectue généralement avec l'avis du médecin du travail et l'accord de la victime. La victime qui accepte la remise au travail, chez son employeur, soit dans sa propre profession soit dans une profession adéquate qui lui est offerte à titre provisoire, a droit à une indemnité égale à la différence entre sa rémunération avant l'accident et ses gains depuis la remise au travail.

Si elle refuse le travail qui lui est offert ou interrompt le traitement qui lui est proposé, elle reçoit une indemnité calculée sur base de son degré d'incapacité.

Les indemnités d'incapacité temporaire partielle et totale sont liées à l'indice des prix à la consommation après une période de 3 mois à compter du jour de l'accident. Les indemnités d'incapacité temporaire sont payées aux mêmes époques que les rémunérations.

(1) Rémunération de base = rémunération à laquelle le travailleur a droit pour l'année entière et complète qui précède l'accident.

L'entreprise d'assurances qui déclare la victime guérie sans séquelles, doit lui notifier cette décision au moyen d'un formulaire réglementaire si l'incapacité a duré plus de 7 jours. Si l'incapacité de travail a dépassé 30 jours, la décision est accompagnée d'un certificat médical.

Les indemnités d'incapacité temporaire sont payées par l'assureur ou par le FAT (1) jusqu'à la guérison ou la consolidation des lésions et la constatation de l'incapacité permanente.

C. Incapacité permanente

1. Allocation annuelle d'incapacité permanente

Il arrive un moment où l'incapacité temporaire de travail prend fin ou devient permanente. Dans ce dernier cas, la lésion est consolidée. Il s'agit d'un fait médical sur lequel le médecin de la victime doit donner son accord. La consolidation des lésions, la date de consolidation, le taux d'incapacité et le calcul de l'allocation doivent être officialisés dans un accord entre la victime et l'assureur ou en cas de litige, dans un jugement définitif. A partir de ce moment et pendant trois ans (délai de révision), la victime reçoit une allocation annuelle, calculée sur sa rémunération de base et le taux d'incapacité économique de travail sur le marché de l'emploi (2).

La formule de l'allocation annuelle fondée sur deux paramètres est en effet la suivante :

Allocation = taux d'incapacité x salaire de base

Il n'existe pas de seuil minimum en dessous duquel l'allocation annuelle ne serait pas due.

La jurisprudence précise depuis le début du 20ème siècle que toute incapacité, aussi minime soit-elle, doit être indemnisée.

2. Réduction pour incapacité minime

Cependant, depuis l'A.R. du 31 mars 1984 les petites indemnités sont diminuées. L'indemnité annuelle est réduite de moitié si le taux d'incapacité de travail est inférieur à 5% et d'un quart si ce taux atteint 5% ou plus, mais moins de 10%.

3. Majoration pour l'assistance d'une tierce personne

Si l'état de la victime exige l'assistance d'une autre personne, elle peut prétendre à une allocation complémentaire, fixée en fonction du degré de nécessité de cette asistance, sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que que déterminé pour un travailleur à temps plein, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail (3). Le montant annuel de cette allocation complémentaire ne peut dépasser le montant dudit revenu minimum mensuel moyen garanti, multiplié par douze.

4. Délai de révision

Pendant un délai de 3 ans qui suit l'entérinement (4) de l'accord entre la victime et l'entreprise d'assurances, les deux parties peuvent demander la révision des indemnités en cas de modification de l'incapacité (5).

(1) Le Fonds des accidents du travail (= FAT) est l'assureur des marins et des pêcheurs. Il intervient pour toutes les victimes dont l'employeur est en défaut d'assurance.
(2) D.De Brucq – Evaluation du taux d'incapacité de travail d'un blessé du travail par rapport au marché général de l'emploi – TT Bruxelles 25.11.1997 et CT Bruxelles 03.05.1999 – R.B.S.S. 3ème trimestre 2000 – p. 635.
(3) Cour d'arbitrage 29 mars 2000 et Cassation 21 mai 2001 – Jurisprudence Liège-Mons-Bruxelles.
(4) Procédure officielle de règlement de l'accident du travail réalisée par le FAT.
(5) Cassation 4 septembre 2000 RGAR (2002) 13487 et 27 novembre 2000 RGAR (2002) 13486.

Si l'incapacité s'aggrave de sorte que la victime ne sait plus exercer temporairement la profession dans laquelle elle était reclassée, elle a droit à une indemnité qui lui serait due pour une incapacité temporaire. Si l'aggravation se produit après le délai de révision, elle y a droit si l'incapacité est d'au moins 10 %.

5. Rente viagère et payement en capital

Après cette période de trois ans, la situation est fixée de manière définitive et l'allocation annuelle pour incapacité de travail permanente est remplacée par une rente viagère.

A l'expiration du délai de révision, la victime dont le taux d'incapacité est d'au moins 19 % peut demander, à tout moment, qu'un tiers au maximum de la rente lui soit payé en capital (1). Ce tiers ne peut plus être accordé sur l'allocation correspondante à l'aide d'une tierce personne.
Il ne s'agit pas d'un octroi mais du rachat, par la victime, d'une partie du capital représentatif de sa rente. Ce n'est donc pas une procédure automatique. Le rachat est constaté par le juge du tribunal du travail après examen du bien-fondé de la demande. Le capital est calculé par l'assureur au 1er jour du trimestre qui suit la décision judiciaire.

D. Accident mortel

1. Frais funéraires

Outre le remboursement des frais de transfert du corps de la victime au lieu d'inhumation choisi par la famille, peu importe que ce soit Ankara, Tanger, Arlon ou Ostende, l'assureur doit payer à la personne qui en a pris la charge, une indemnité pour frais funéraires. Cette indemnité est égale à trente fois la rémunération quotidienne moyenne de la victime et équivaut, au minimum, au montant de l'indemnité correspondante, due en application de la législation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

2. Catégories d'ayants droit

a) le(a)conjoint(e), non divorcé(e) ni séparé(e) de corps au moment de l'accident, obtient lors du décès de la victime une rente viagère égale à 30% de la rémunération de base de la victime décédée.

Il en est de même pour la personne qui au moment de l'accident n'était pas encore marié(e) avec la victime, mais qui l'était au moment du décès, s'il(elle) réunit certaines conditions.
La rente viagère est refusée au cohabitant, partenaire non marié de la victime d'un accident mortel de travail (2).

En cas de divorce ou de séparation de corps, le(a) conjoint(e) survivant(e) bénéficiaire d'une pension alimentaire a droit à la rente précitée, sans que celle-ci puisse être supérieure à la pension alimentaire.

b) les enfants nés ou conçus avant le décès, les enfants nés d'un mariage précédent du conjoint survivant, les enfants reconnus par la victime ou son conjoint, les enfants adoptés avant le décès, ont droit à une rente temporaire égale à 15 ou 20% de la

(1) Cette possibilité de rachat du tiers existe aussi pour le(a) conjoint(e) survivant(e).
(2) Cour d'arbitrage 21 décembre 2000 (JTT 2001,455) – 1er mars 2001 et 21 juin 2001 – Voir pour plus d'information – M. Bonheure « réflexions sur la notion de cohabitation – JTT 2000 – p. 489-496.

rémunération de base, selon qu'ils ont encore, ou non, un de leurs parents survivant. La totalité des rentes ne peut dépasser pour l'ensemble des enfants 45 ou 60% de la rémunération de base.

La question des enfants non reconnus au moment du décès du père présumé n'est pas encore réglée (1).

c) les parents de la victime à condition qu'elle ne laisse pas d'enfant bénéficiaire ont droit chacun à une rente de 15 ou 20% de la rémunération de base, selon qu'il y a ou non, un(e) conjoint(e) survivant(e).

d) les grands-parents de la victime à condition que ses parents soient décédés et qu'elle ne laisse pas d'enfant bénéficiaire, reçoivent chacun une rente de 10% ou de 15% de la rémunération de base selon qu'il y a ou non un(e)conjoint(e) survivant(e).

e) les petits-enfants de la victime qui ne laisse pas d'enfants bénéficiaires reçoivent chacun une rente de 15% ou de 20% de la rémunération de base suivant qu'ils sont orphelins d'un seul ou de leurs deux parents sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 ou 60%.

Au cas où la victime laisserait, également, des enfants bénéficiaires, les petits-enfants, considérés par souche, ont les mêmes droits que les enfants. Dans chaque souche, le partage se fait par tête.

f) les frères et sœurs de la victime reçoivent, à défaut d'autres bénéficiaires, une rente de 15% de la rémunération de base avec un maximum de 45% pour l'ensemble.
Les rentes accordées aux conjoints, sont des rentes viagères.
Les ascendants, petits-enfants, frères et sœurs ont seulement droit à la rente s'ils bénéficiaient directement de la rémunération de la victime. Ils sont présumés se trouver dans cette situation s'ils vivaient sous le même toit que la victime décédée.
Les ascendants ne reçoivent la rente que jusqu'au moment où la victime aurait atteint l'âge de 25 ans à moins de fournir la preuve qu'elle était pour eux leur principal soutien de famille (2).

Les rentes accordées aux enfants, petits-enfants, frères et sœurs ne sont accordées que pour la période où ils ont droit à des allocations familiales et en tout cas jusqu'à l'âge de dix-huit ans.
Les ayants droit handicapés qui ne bénéficient plus d'allocations familiales maintiennent leur droit à la rente accident du travail selon des conditions fixées par arrêté royal.

---

(1) Deux arrêts de la Cour d'arbitrage (6 novembre 2001 et 9 janvier 2002) ont eu à traiter deux affaires qui concernaient les droits d'un enfant non reconnu par le père décédé d'un accident du travail. La première dans le cadre de la loi du secteur public, la deuxième dans le cadre de la loi du secteur privé. L'arrêt dit que la disposition de la loi sur les accidents du travail viole la Constitution. Une modification de l'article 13 est envisagée.
(2) CT Mons (4ème Chambre) 17.01.2001 et Cassation (3ème Chambre) 08.10.2001 – JTT 457.

3. Paiement en capital

Le conjoint survivant peut, à tout moment, demander par voie judiciaire le paiement d'un tiers de sa rente en capital.

E. Frais de déplacement et de nuitée

La victime et son(a) conjoint(e), les enfants et les père et mère ont droit, à charge de l'assureur, à l'indemnisation des frais de déplacement et éventuellement de nuitée. Cette indemnisation est déterminée de manière minutieuse par arrêté royal. Des distinctions sont faites selon l'urgence et le but du déplacement, la personne astreinte au déplacement, le lien de parenté, le moyen de transport utilisé, etc.

F. Autres allocations

La loi a prévu que le Fonds des accidents du travail et les assureurs accordent à certaines catégories de victimes ou à leurs ayants droit des allocations complémentaires et une assistance sociale dans les conditions fixées par arrêté royal.

L'allocation supplémentaire, l'allocation de décès, l'allocation d'aggravation sont octroyées par le Fonds des accidents du travail pour tous les accidents survenus avant le 1er janvier 1988 et par les assureurs agréés à partir de cette date. L'allocation spéciale et l'assistance sociale sont octroyées uniquement par le Fonds à toutes les victimes concernées.

1. Allocation supplémentaire

Les rentes définitives des victimes ne sont plus adaptées aux circonstances économiques du moment, suite aux augmentations et aux indexations du montant forfaitaire de la limite de rémunération et suite aux différentes dépréciations monétaires.

Pour remédier à cette situation, une allocation supplémentaire est accordée d'office aux victimes et à leurs ayants droit, si l'indemnité annuelle ou la rente est inférieure, avant tout paiement en capital, à certains montants pivots indexés. La différence entre ces montants et celui de l'indemnité annuelle ou de la rente constitue l'allocation supplémentaire.

2. Allocation d'aggravation

Cette allocation est accordée, à la demande de l'intéressé, en cas d'aggravation de l'incapacité permanente survenue après l'expiration du délai de révision à condition que le nouveau taux atteigne 10% au moins du total. Elle est calculée comme l'allocation supplémentaire.

3. Allocation de décès

Une "allocation de décès" est accordée à la demande des ayants droit si le décès, survenu après l'échéance du délai de révision, est dû à l'accident du travail. Elle est calculée comme l'allocation supplémentaire.

4. Allocation spéciale

Une allocation spéciale est attribuée par le Fonds des accidents du travail, à leur demande, aux victimes et ayants droit qui fournissent la preuve qu'un accident qui ne donnait lieu à aucune intervention comme accident du travail au moment du fait dommageable entraînerait, actuellement, l'application de la loi pour l'octroi d'une rente.

Le montant annuel de cette allocation est calculé sur base des montants pivots valables pour l'octroi de l'allocation supplémentaire.

5. Allocation de péréquation

Il peut se faire que la victime ou ses ayants droit n'ont pas droit à l'allocation supplémentaire parce que leur indemnisation est plus élevée que les montants pivots. Pour remédier à l'absence d'adaptation à l'indice des prix à la consommation, une allocation de péréquation est octroyée d'office par le Fonds des accidents du travail aux victimes et aux ayants droit d'accidents survenus avant le 1er janvier 1988.

6. Cas particuliers des travailleurs victimes de plusieurs accidents

Si le travailleur a été victime de plusieurs accidents et que la somme des indemnités et des rentes annuelles avant chaque paiement en capital excède le plafond du salaire de base, les allocations précitées ne lui sont pas dues.

Si la somme des indemnités, des rentes annuelles, avant chaque paiement en capital, et des allocations complémentaires excède le plafond du salaire de base, le montant dû des allocations est égal à la différence entre la somme des indemnités et rentes annuelles, avant chaque paiement en capital, et le plafond précité. Ces dispositions concernent uniquement les accidents survenus avant le 1er janvier 1988.

7. Assistance sociale

Le Fonds des accidents du travail peut accorder une assistance sociale à la victime ou à ses ayants droit, afin de sauvegarder leurs droits découlant de manière directe ou indirecte de l'accident du travail, et une assistance spéciale lorsque le Comité de gestion constate que l'intervention d'un autre organisme est impossible ou insuffisante. Le Fonds peut accorder également une assistance financière à la victime pour l'octroi, l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie reconnus nécessaires.

Section 5. Les règles d'indemnisation

Deux paramètres essentiels propres à la victime définissent l'indemnisation réparatrice des séquelles subies. Ce sont le salaire de base et le taux d'incapacité.

A. Salaire de base

Le montant des diverses indemnités prévues par la loi est fixé en fonction de la rémunération de base de la victime, c'est-à-dire la rémunération à laquelle le travailleur a eu droit pour l'année précédant l'accident en raison de la fonction exercée dans l'entreprise au moment de l'accident (1).

(1) CT Mons (5ème Chambre) 25.03.2001 – question préjudicielle posée à la Cour d'arbitrage en ce qui concerne la rémunération de base en cas d'accidents du travail successifs.

La rémunération comprend tous les montants et les avantages évaluables en argent octroyés directement ou indirectement par l'employeur au travailleur en raison des relations de travail existant entre eux (soit que cet octroi résulte d'un contrat individuel écrit ou verbal, d'un règlement d'une convention conclue au sein du Conseil national du travail, d'une commission paritaire ou d'une sous-commission ou de tout autre organe paritaire, rendue ou non obligatoire par arrêté royal, conformément à l'usage ou à un statut). Il en va de même lorsque la rémunération est octroyée en vertu d'une loi. De même, en vertu d'un engagement unilatéral de la part de l'employeur, sauf dans les cas où la rémunération serait octroyée suite à des considérations étrangères à l'activité professionnelle (mariage, naissance, jubilé, etc.).

Le salaire doit correspondre à l'activité complète d'une année entière. A cette fin, si l'année n'est pas complète, la loi oblige de corriger la répercussion de certaines circonstances particulières à la victime sur sa rémunération effective en se référant à une notion de rémunération fictive.

Le salaire effectif des travailleurs à temps partiel sert cependant à calculer l'indemnité d'incapacité temporaire.

Le plafond de rémunération pris en considération est de 32.106 EUR par an au maximum. Pour l'indemnisation de l'incapacité temporaire des apprentis mineurs d'âge et des travailleurs mineurs d'âge, le seuil de rémunération ne peut être inférieur à 1.487,36 EUR par an. Ces montants sont indexés au 1er janvier de l'an. Ils s'élèvent respectivement à 32.748,12 EUR et à 5.388,04 EUR au 1er janvier 2005.

Dans le cas particulier du travailleur pensionné occupé dans les limites légales du travail autorisé des pensionnés, la rémunération de base à prendre en considération est déterminée uniquement en fonction de la rémunération due pour l'accomplissement du travail autorisé.

B. Taux d'incapacité

Lorsqu'une victime d'un accident du travail est atteinte d'une incapacité, celle-ci tend, sinon d'emblée, du moins à l'échéance d'un certain délai, à disparaître ou à se stabiliser.

Dans ce dernier cas, on dit qu'il y a consolidation et l'incapacité subsistante est dite permanente. Au contraire, et eu égard à son caractère évolutif, l'incapacité de travail antérieure au moment de la consolidation est dite temporaire.

La distinction entre ces deux concepts est importante : tandis que l'incapacité permanente est évaluée par rapport au marché général de l'emploi, l'incapacité de travail temporaire est estimée par rapport à la profession exercée par la victime lors de l'accident ou de tout autre profession n'exigeant de sa part aucun effort important d'adaptation.

On ne peut en effet exiger d'une personne temporairement inapte qu'elle fasse un tel effort de conversion en vue d'une autre profession.

Toutefois, il n'existe pas de barème officiel obligatoire permettant d'évaluer l'incapacité médicale et/ou économique.

La nature et l'étendue de la réparation varient suivant le type d'incapacité.

La date de la consolidation est constatée par l'accord entre les parties. L'accord doit être entériné par le Fonds des accidents du travail. En cas de désaccord, les parties peuvent introduire l'affaire devant le tribunal du travail du domicile de la victime soit par voie de comparution volontaire soit par voie d'assignation (1).

Section 6. L'organisation administrative

A. Assureurs

Les employeurs assujettis doivent contracter, au profit de leur personnel, une assurance contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurances. Celle-ci doit être agréée par arrêté royal. L'employeur qui n'a pas contracté une assurance est affilié d'office auprès du Fonds des accidents du travail auquel il doit payer une forte cotisation et rembourser les frais des sinistres éventuels.

La réparation des accidents du travail est à la charge exclusive des assureurs. L'assureur est seul redevable des indemnités d'incapacité de travail et rembourse les soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation.

L'assureur ne peut opposer aucune clause de déchéance aux victimes créancières d'indemnités.
L'assureur couvre tous les risques légaux pour tous les travailleurs au service d'un employeur et pour toutes les activités auxquelles ils sont occupés par cet employeur. Toutefois, l'employeur conserve la faculté d'assurer tous les ouvriers ou tous les employés de l'entreprise ou d'un siège d'exploitation de celle-ci ou tous les gens de maison à son service auprès d'assureurs distincts. Ces entreprises d'assurances sont contrôlées par le Fonds des accidents du travail pour leurs activités en accidents du travail. En effet, la loi du 10 août 2001 (M.B. 7.09.01) a adapté les lois des 9 juillet 1975 relatives au contrôle des entreprises d'assurance et du 10 avril 1971 sur les accidents du travail afin de les adapter aux directives européennes sur l'assurance directe à l'exception de l'assurance-vie (en note de bas de page : arrêt du 18 mai 2000 de la Cour de justice des communautés européennes).

B. Fonds des accidents du travail (F.A.T.)

Le Fonds des accidents du travail est une institution publique de sécurité sociale doté et de la personnalité civile.

Le Fonds des accidents du travail a été créé par l'A.R. n° 66 du 10 novembre 1967.

(1) Verheugen, P. (1982), *Le dommage corporel et son incidence socio-économique en accidents du travail*, Collection droit social/Bruylant.

Son Comité de gestion paritaire compte 7 membres représentant les travailleurs et 7 membres représentant les employeurs ainsi qu'un président, le commissaire du gouvernement pour les affaires sociales et le délégué des finances pour le budget.

Il est aidé par plusieurs comités techniques (général, médical, de la pêche maritime, de la marine marchande, de la prévention).

Les missions du Fonds des accidents du travail sont entre autres :

- d'être l'unique assureur pour la réparation des dommages résultant des accidents du travail survenus aux marins et pêcheurs ou qui trouvent leur cause dans des risques spéciaux;
- d'assurer la réparation des dommages quand l'employeur n'a pas souscrit d'assurance ou quand l'assureur fait défaut. Le F.A.T. est un fonds de garantie auquel est affilié d'office et temporairement l'employeur qui n'a pas souscrit d'assurance lorsqu'il accorde les indemnisations à la place de l'assureur défaillant.
  Les capitaux et montants qui ne peuvent être récupérés à charge de l'assureur en défaut sont répartis par le Fonds des accidents du travail entre les assureurs.
- d'accorder à certaines catégories de victimes ou à leurs ayants droit des allocations;
- de pourvoir à l'entretien et au renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie, pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988;
- d'agir en tant qu'organisme de liaison en matière d'accidents du travail dans le cadre des règlements et directives de la Communauté européenne;
- de donner son accord, dans les conditions fixées par le Roi, sur les appareils de prothèse et d'orthopédie reconnus nécessaires;
- de rembourser la quote-part dans les frais de transport vers le lieu d'inhumation d'un travailleur saisonnier, décédé par suite d'un accident du travail, mise à charge de la Belgique par les règlements de la Communauté européenne;
- d'accorder une assistance sociale aux victimes ou à leurs ayants droit;
- d'exercer le contrôle de l'exécution par les assureurs de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail et de la loi du 3 juillet 1967 sur la prévention et la réparation des dommages résultant des accidents du travail, des accidents survenus sur le chemin du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public, et de leurs arrêtés d'exécution;
- d'organiser une politique de prévention tout en remplissant notamment un rôle de coordination, d'avis et de stimulation. Un comité de la prévention est institué auprès du Fonds;
- de créer en son sein, une banque centrale de données concernant les accidents du travail déclarés et leur règlement;
- d'entériner l'accord entre la victime et l'assureur concernant le règlement de l'accident du travail;
- de prendre en charge les allocations complémentaires dues, en cas d'un accident du travail, à certains travailleurs frontaliers ou saisonniers occupés en France et à leurs veuve, ainsi que l'indemnité pour travaux d'écriture.

Section 7. Le financement

A. Assureurs-loi

Les entreprises d'assurances sont financées par des primes selon la nature du risque et par le produit des capitaux mis en réserve. Les primes sont dues par l'employeur. Elles sont estimées à termes échus et payables anticipativement.

L'assureur est maître de son tarif. Le caractère privé de l'assurance contre les accidents du travail signifie ici que la libre concurrence joue entre quelques assureurs actifs pour la tarification des risques auprès de leurs clients. La loi n'intervient que pour définir des règles uniformes d'indemnisation des victimes.

B. Fonds des accidents du travail

Le financement du Fonds des accidents du travail est supporté en premier lieu par la gestion globale (1).
Pour l'indemnisation des accidents survenus aux gens de mer, des victimes dont l'employeur ou l'assurance est en défaut et pour l'entretien et le renouvellement des prothèses et appareils orthopédiques pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988 et pour le paiement des indemnités et rentes pour ces accidents, le Fonds constitue des réserves dans le régime de capitalisation.

Le Fonds des accidents du travail, est alimenté principalement par :

- une cotisation de sécurité sociale de 0,30% sur la rémunération non plafonnée des travailleurs, due par l'employeur, pour les personnes assujetties à la sécurité sociale des travailleurs salariés et des marins;
- les primes dues au F.A.T. par les armateurs de la pêche maritime et les employeurs affiliés d'office;
- une cotisation sur les réserves dont le montant est fixé par le Roi;
- une cotisation prélevée sur le montant des primes perçues par les assureurs-loi pour les travailleurs ne relevant pas d'un régime de sécurité sociale (mais auquelle la loi sur les accidents du travail est d'application, par exemple les étudiants pendant les vacances d'été...);
- différents transferts provenant des assureurs agréés constitués par :
  a) les parties de prestations retenues par les assureurs suite aux règles de décumul - pension;
  b) les rentes des ascendants, converties en capital, qui ne sont plus dues lorsque la victime atteint l'âge de 25 ans et qu'elle ne peut pas être considérée comme principale source de revenus;
  c) les indemnités supplémentaires pour le renouvellement et l'entretien des prothèses relatives aux accidents antérieurs au 1.1.88;
  d) les montants déduits (de moitié ou d'un quart) des allocations annuelles de moins de 10% antérieures au 1.1.88;
  e) les capitaux de certaines rentes inférieures à 10% et à - 20%;
  f) les montants récupérés auprès des assureurs et des employeurs en défaut (1).

Section 8. Procédure

A. Déclaration d'accident

Tout accident susceptible de donner lieu à l'application de la loi doit être déclaré par l'employeur, son préposé ou mandataire auprès de l'entreprise d'assurances dans les dix jours ouvrables à compter du jour qui suit celui de l'accident.

La déclaration se fait soit sur papier à l'aide du formulaire, dont le modèle est fixé par le comité de gestion du Fonds et qui est mis à la disposition par l'entreprise d'assurances, soit au moyen d'un modèle électronique approuvé par le comité de gestion du Fonds sur la base de la loi du 24 février 2003 concernant la modernisation de la gestion de la sécurité sociale.

(1) Voir Chapitre sur le financement de la sécurité sociale.

L'employeur, son préposé ou mandataire est tenu de déclarer également l'accident à l'inspecteur compétent en matière de sécurité du travail dans les cas suivants :

- l'employeur ressortit à la commission paritaire de la construction;
- l'employeur, autre que celui visé au 1°, a l'obligation de déclarer l'accident en application du chapitre V de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail et de ses arrêtés d'exécution;
- la victime est un travailleur intérimaire;
- la victime est un étudiant qui, conformément au titre VII de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, a conclu avec l'employeur un contrat de travail d'étudiant, à l'exception des catégories d'étudiants exclus en vertu de l'article 122 de la même loi, mais y compris les étudiants travaillant au moins six mois, dans la mesure où ils ne le font pas durant une période ininterrompue de six mois chez le même employeur.

Dès qu'il en dispose, l'employeur transmet immédiatement à l'entreprise d'assurances une attestation médicale contenant la description des lésions constatées et des suites de l'accident. Le comité de gestion du Fonds fixe le modèle de cette attestation.

L'employeur transmet à l'entreprise d'assurances un relevé détaillé des rémunérations brutes gagnées durant l'année qui précède l'accident :

- dans les 30 jours qui suivent l'accident ou le début de l'incapacité de travail, si l'accident va certainement ou probablement entraîner une incapacité permanente de travail ou va avoir une issue fatale;
- dans les 10 jours ouvrables :
  a) après réception de la demande de l'entreprise d'assurances ou des victimes adressée à l'employeur;
  b) après réception de la demande des agents visés à l'article 87 de la loi;
  c) qui suivent le délai de 30 jours après l'accident ou le début de l'incapacité de travail, si l'accident a entraîné une incapacité temporaire totale ou partielle de travail de plus de 30 jours.

Le comité de gestion du Fonds fixe le modèle de ce formulaire. Ce relevé peut être remplacé par une copie du compte individuel.

B. Accidents douteux et refusés

1. Avertissement à la mutuelle de l'intéressé

L'assureur qui refuse de réparer un accident parce qu'il doute quant à l'application de la loi est tenu de prévenir, dans un délai de 30 jours suivant la déclaration, la mutuelle auprès de laquelle la victime est affiliée.

Cette notification, accompagnée d'une copie de la déclaration d'accident, est considérée comme une déclaration d'incapacité introduite en temps utile auprès de la mutuelle.

La loi prévoit une sanction en cas de non-respect de cette obligation par l'assureur. Les indemnités d'incapacité de travail prévues par l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité sont dues par l'assureur qui aurait omis d'avertir dans le délai légal la mutuelle de l'intéressé (1).

2. Avertissement au F.A.T.

Si l'assureur refuse de prendre l'accident en charge ou s'il doute quant à l'application de la loi, il doit prévenir, dans les trente jours suivant la réception de la déclaration, le Fonds des accidents du travail. Ce dernier peut alors procéder à une enquête

(1) Circulaire ministérielle n° 229 du 16.11.1994 relative à l'application de l'article 63, §2 de la loi du 10 avril 1971.

sur les causes et circonstances de l'accident et en dresser procès-verbal. Une copie de ce procès-verbal est envoyée à l'assureur, à la victime ou à ses ayants droit ainsi qu'à la mutuelle auprès de laquelle la victime est affiliée.

C. Paiement des prestations

1. Périodicité des paiements

Les coûts des frais funéraires et pour soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers sont remboursés aux personnes qui en ont supporté la charge. Les indemnités temporaires sont payables aux mêmes échéances que la rémunération.

Les allocations annuelles et les rentes échues des accidents antérieurs au 1er janvier 1988 sont payables chaque trimestre par l'assureur et l'indexation est payée par le Fonds des accidents du travail.

Les allocations annuelles et les rentes indexées des accidents survenus à partir du 1er janvier 1988 sont payées par douzième, chaque mois par l'assureur, sauf les allocations annuelles réparant une incapacité permanente de moins de 10%. Ces dernières sont payées seulement une fois par an par l'assureur avant le règlement définitif de l'accident et par le FAT après.

Les allocations annuelles et les rentes réduites par contre pour incapacité, entre 10 et 19%, sont versées mensuellement par l'assureur avant le règlement définitif de l'accident et par le FAT après.

Le paiement du tiers en un capital est octroyé au premier jour du trimestre qui suit la décision du juge. C'est à partir de cette date que seraient dus de plein droit les intérêts de retard sur ce capital.

Les bénéficiaires peuvent obtenir, à leur demande, le paiement des indemnités par virement à leur compte personnel ouvert auprès d'un organisme financier établi en Belgique, avec lequel l'assureur et/ou le Fonds des accidents du travail ont conclu une convention selon un modèle réglementaire.

2. Indexation des indemnités et retenues

Les indemnités octroyées sont liées à l'indice des prix à la consommation soit à charge du F.A.T., soit à charge de l'assureur. L'indexation des indemnités d'incapacité temporaire débute après une période minimale de trois mois à compter de l'accident. Aucune indemnité ne peut dépasser, du fait de l'indexation, le salaire de base plafonné. Les allocations et les rentes relatives à des taux d'incapacité inférieure à 16% ne sont pas indexées. Toutes les indemnités octroyées aux victimes subissent une retenue de cotisation sociale (1) et certaines, un prélèvement de précompte professionnel (2).

3. Intérêts légaux

La loi sur les accidents du travail (3) précise que les indemnités portent intérêt de plein droit et à partir de leur exigibilité. Une mise en demeure telle que le prévoit l'article 1153, §3 du Code civil est donc tout à fait inutile.

Ces intérêts font partie du dédommagement conformément à l'article 1382 du Code civil mais ne peuvent être réclamés par la mutuelle qui aurait indemnisé une victime d'un accident du travail en attendant l'issue d'un recours contre un tiers parce que la dépense effectuée résulte d'une obligation légale et ne constitue pas un dommage (4).

(1) Arrêt du 3 mai 2001 – Cour de justice des Communautés européennes – AFF 347/98 – Commission des CE contre Etat belge.
(2) Cour d'arbitrage 28.12.98 – Loi du 19.07.2000 modifiant le code des impôts – Exonération fiscale des rentes AT-MP réparant des incapacités permanentes de moins de 20% et de toutes les rentes accordées aux pensionnés. Les autres peuvent bénéficier d'une exonération partielle d'impôt.
(3) Art. 42 de la loi du 10.04.71.
(4) TT Gent 05.06.70.

4. Décumul partiel

Depuis le 1er janvier 1983 existe une mesure de décumul partiel au détriment des victimes pensionnées. Le montant de la prestation qui revient à une victime pensionnée est versé par l'assureur au F.A.T. et ce dernier paye à la victime une allocation annuelle limitée correspondante à un certain montant fixé par arrêté royal.

Cette règle vaut aussi pour la rente payée à la veuve ou au veuf et aux ascendants en cas d'accident mortel lorsqu'ils bénéficient d'une pension de retraite ou de survie.

5. Extra-territorialité

La loi ne contient aucune mesure discriminant les travailleurs étrangers par rapport aux travailleurs nationaux.
La loi a combattu, dès 1903, toute forme discriminatoire en établissant que le bénéfice de la réparation appartient à tous les travailleurs. Les prestations sont payées en espèce directement à la victime ou à ses ayants droit généralement par mandat postal international, peu importe le pays dans lequel ils sont établis (Etats membres de l'Union européenne et Etats tiers). Ni traité international ni conventions bilatérales ne sont nécessaires pour permettre l'exportation des prestations dues.

En principe, les paiements à l'étranger sont, en général, effectués par mandat international, sauf dispositions spécifiques suivant les pays.

D. Entérinement des accords

Afin de garantir une plus grande protection des droits de la victime et des ayants droit, depuis le 1er janvier 1988, la victime et l'assureur doivent faire entériner par le Fonds des accidents du travail les conventions concernant les indemnités dues pour l'accident. Ces conventions doivent être établies selon un modèle fixé par arrêté royal.

Pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988, l'accord entre la victime et l'assureur sur le taux d'incapacité permanente à prendre en compte à l'entrée du délai de révision devait être homologué par le tribunal du travail.

Après examen, le Fonds constate, en entérinant l'accord par décision administrative, que, lors du règlement de l'accident, les dispositions de la loi sur les accidents du travail ont bien été observées. La date de l'entérinement constitue en même temps le point de départ du délai de révision.

Le Fonds peut, afin d'exercer sa mission de contrôle, faire appel à des médecins. Le contrôle médical n'a pas pour conséquence que le Fonds fixe lui-même le taux d'incapacité. Le contrôle médical vise principalement la vérification des rapports médicaux qui sont à la base de l'accord entre les parties.

C'est une procédure écrite, obligatoire qui officialise l'accord entre la victime et l'assureur. En cas de désaccord entre les parties ou si le FAT refuse d'entériner, une procédure devant le tribunal du travail est possible.

E. Conciliation médicale

Une modification légale a prévu que les médecins du Fonds des accidents du travail peuvent intervenir comme médiateur à la demande de la victime ou de l'assureur lors de la fixation du taux d'incapacité permanente de travail dans des conditions encore à fixer. Ils dressent un rapport qui, en cas de non-acceptation, est déposé au tribunal du travail. La procédure concrète n'est pas encore réglée.

F. Chevauchement d'une réparation de droit commun et d'une réparation pour accident du travail

L'on a vu, ci-avant, que la réparation d'un accident du travail est une réparation forfaitaire dont le montant est fonction de la rémunération plafonnée.

Le régime de réparation des accidents du travail exclut, en principe, toute autre réparation du même dommage à charge de l'employeur, de ses mandataires ou préposés : la victime doit accepter ce régime forfaitaire, même s'il existait un motif d'exiger la réparation selon les règles du droit commun.

Dans certains cas bien déterminés, la victime peut néanmoins poursuivre la réparation du dommage subi, selon les règles du droit commun en matière de responsabilité civile :

- contre l'employeur qui a causé intentionnellement un accident du travail;
- contre l'employeur, dans la mesure où l'accident du travail a causé des dommages aux biens du travailleur (pour le dommage aux biens);
- contre le mandataire ou le préposé de l'employeur qui a causé intentionnellement l'accident du travail;
- contre les personnes, autres que l'employeur, ses mandataires ou préposés qui sont responsables de l'accident;
- contre l'employeur, ses mandataires ou préposés, lorsque l'accident est survenu sur le chemin du travail;
- contre l'employeur, ses mandataires ou préposés lorsque l'accident est un accident de roulage (accident de la circulation routière lié à la circulation sur la voie publique);
- contre l'employeur qui, ayant méconnu gravement les obligations que lui imposent les dispositions légales et réglementaires relatives au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail, a exposé les travailleurs au risque d'accident du travail, alors que les fonctionnaires désignés pour surveiller l'application desdites dispositions en application de l'article 3 de la loi du 16 novembre 1972 concernant l'inspection du travail lui ont par écrit :
  a) signalé le danger auquel il expose ces travailleurs;
  b) communiqué les infractions qui ont été constatées;
  c) prescrit des mesures adéquates;
  d) communiqué que s'il néglige de prendre les mesures visées sous c), la victime ou son ayant droit a, en cas d'accident éventuel, la possibilité d'intenter une action civile en responsabilité.)

Dans ces cas, le dommage moral, le dommage aux biens, la perte de rémunération dépassant le plafond, par exemple, peuvent aussi être considérés dans le cadre du droit civil proportionnellement à la faute du tiers (1).

(1) Cour d'arbitrage 21.12.2000, 1er mars 2001, 18 avril 2001. L'immunité de l'employeur ne s'applique pas aux ayants droit non indemnisés par un accident de travail : partenaire non marié, frère de la victime.

L'assureur ou le Fonds des accidents du travail est obligé d'indemniser, du moins à titre provisoire, la victime selon le régime forfaitaire. Ainsi, elle possède une garantie contre l'insolvabilité éventuelle du responsable et est au moins indemnisée pour son accident du travail. A l'issue de la procédure de droit commun, en sa faveur, elle sera indemnisée non seulement pour le dommage corporel, mais aussi pour le dommage matériel, esthétique et moral; bref, elle aura droit à une réparation complète, totalement indépendante du forfait. Parce qu'elle a déjà bénéficié des indemnités forfaitaires du Fonds ou de l'entreprise d'assurances, elle n'aura droit qu'à la partie de la réparation qui n'est pas indemnisée par la loi et le Fonds ou l'assureur sera subrogé dans les droits de la victime contre la personne responsable de l'accident, pour le dommage qu'il a déjà indemnisé.

G. Prescription

L'action en paiement des indemnités se prescrit par 3 ans. Outre les modes ordinaires de suspension ou d'interruption, cette prescription est aussi interrompue par une lettre recommandée ou par une action en paiement à raison de l'accident fondé sur une autre cause.

H. Contestation et recours

1. Juridictions compétentes

Le tribunal du travail du domicile de la victime est seul compétent pour connaître des actions relatives aux indemnités dues aux victimes ou à leurs ayants droit ainsi que des demandes en révision de ces indemnités. Si la victime n'est plus domiciliée en Belgique, le tribunal compétent sera celui de son dernier domicile en Belgique ou de sa dernière résidence. La victime peut se présenter elle-même ou se faire représenter par son délégué syndical. Elle n'est pas obligée de recourir au service d'un avocat.

L'appel des jugements rendus par le Tribunal du travail est porté devant la Cour du Travail. Le Tribunal du travail n'est pas compétent pour trancher les litiges entre le chef d'entreprise et l'assureur. En ce qui concerne les actions en responsabilité civile, les tribunaux de droit commun sont compétents, généralement, les tribunaux de première instance.

La juridiction répressive (tribunal de police, tribunal correctionnel ou cour d'assises) qui aurait à statuer sur une infraction commise ayant entraîné l'accident sur les lieux de travail ou sur le trajet n'est pas habilitée à se prononcer sur les questions relevant de la loi du 10 avril 1971.

2. Dépens judiciaires

Quelle que soit l'issue de la procédure judiciaire, tous les dépens de l'action fondée sur la loi des accidents du travail sont à charge de l'assureur sauf si la demande est téméraire et vexatoire. Le caractère téméraire et vexatoire est rare. Il peut être assimilé à la mauvaise foi ou à une erreur tout à fait inexcusable.

3. Exécution forcée

Lorsqu'il existe une contestation sur la nature ou le degré d'incapacité de travail et que la victime s'estimant lésée introduit un recours auprès du tribunal du travail, l'assureur est tenu d'avancer à celle-ci l'indemnité journalière ou l'allocation annuelle calculée sur la base du taux d'incapacité qu'il a admis.

Il en est de même dans les cas de demande en révision (1).

Les décisions judiciaires relatives aux indemnités prévues par la loi sont exécutoires par provision, nonobstant opposition ou appel.

Section 9. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

SPF Sécurité sociale — tél : (02) 528 64 06
D.G. Politique sociale
Domaine réglementation
Place Victor Horta 40, bte 20
1060 Bruxelles

Fonds des accidents du travail — tél : (02) 506 84 11
rue du Trône,100
1050 Bruxelles

Hulp en voorzorgkas voor zeevarenden — tél : (03) 220 74 11
Maritiem Huis
Olijftakstraat 7 -13
2060 Antwerpen

Dienst voor de Zeevissers — tél : (059) 32 01 88
Vismijn
Kantinestraat 3
8400 Oostende

B. Publications

Le F.A.T. publie un rapport annuel et un rapport statistique des accidents du travail ainsi qu'une brochure destinée aux utilisateurs : « Vos droits » et un dépliant sur les missions de l'organisme.
Le public dispose d'une large information sur le site www.Social Security.fgov.be/faofat.

(1) Article 6 3,§4 de la loi du 10 avril 1971.

C. Bibliographie

Delaruwière J. et Namèche L. (1947) et compléments (1961) – La réparation des dommages résultant des accidents du travail –Bruylant..

Guide social permanent (1997) – Sécurité sociale : Commentaires – Livre II Jourdan M., Swaertenbroekx M.A., Toledo M. "Les Accidents du travail" – Ced Samson – Mises à jour périodiques.

Les Novelles – Droit social (1975) Tome IV : Les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Horion P. (1964) – Traité des accidents du travail – Bruylant.

Vade Mecum de la personne handicapée (1994) – chap.6 : De Brucq D. : Les accidents du travail et les maladies professionnelles – Kluwer – Mise à jour périodiques.

Vandervorst (1983-1984) – La réparation des risques professionnels – PUB (6ème édition).

Van Gossum L. (1996) – Accidents du travail – Bibliothèque droit social – De Boeck – Université.

Van Laer E. (1985) – La loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail – Bruylant.

Verheugen P. (1982) – Le dommage corporel et son incidence socio-économique en accidents du travail – Bruylant.

II. Les maladies professionnelles dans le secteur privé

Section 1. Evolution historique et caractéristiques

A. Evolution historique

Alors que le problème des maladies professionnelles se posait avec la même gravité sociale que celui des accidents du travail, dès le 19e siècle, dans des entreprises en général insalubres et dans les industries charbonnières, il fallut attendre 1927 pour que la première loi de réparation soit votée. La loi de 1903 sur les accidents du travail avait en effet exclu de son champ d'application les maladies professionnelles.

Au cours des débats parlementaires précédant l'adoption de la loi, les amendements déposés par les parlementaires Destrée, Lemonnier et Terwagne visant à inclure les maladies professionnelles furent rejetés. Il fallut donc attendre 24 années pour que la réparation des maladies professionnelles fasse l'objet d'une loi spéciale. Elle fut d'ailleurs votée le lendemain du jour où la Belgique ratifia la convention générale de l'Organisation Internationale du Travail qui avait adopté en 1925 la Convention n° 18 concernant la réparation des maladies professionnelles.

Cette première loi finalement votée et inspirée de la loi de 1903 adopta le système de la réparation forfaitaire couplé à celui de la liste des maladies indemnisables. Une injustice sociale flagrante fut alors commise; la silicose des ouvriers mineurs, la principale et la plus fréquente des maladies, n'était pas reconnue. La liste comportait trois maladies : l'intoxication par le plomb, l'intoxication au mercure et la maladie du charbon.

Il fallut attendre 1964, 60 ans après le vote de la première loi et à un moment déjà largement engagé dans le processus de fermeture des mines, pour qu'une nouvelle loi corrige cette injustice. La loi du 24 décembre 1963 marque un pas décisif dans l'évolution de la réparation des maladies professionnelles. Parce qu'elle permit la reconnaissance de la silicose qui sera réellement totale au 1er janvier 1972, et aussi parce qu'elle mit fin au système de la double liste, introduisit la gestion paritaire de l'organisme payeur et le principe de la cotisation de solidarité identique pour tous les employeurs, indépendante de la gravité du risque présent dans l'entreprise. Par ailleurs, elle mit en place une politique nouvelle de prévention.

Il fallut encore attendre 1991, 27 années après la promulgation de la loi précédente, pour que le législateur belge se décide à suivre les recommandations internationales (1) pour donner une réparation aux victimes dont la maladie ne figure pas sur la liste des maladies indemnisables dressée par arrêté royal.

(1) Recommandation de la Commission du 22 mai 1990 concernant l'adoption d'une liste européenne des maladies (90/326/CEE) JO n° L 160/39 du 26.6.90 principe du système ouvert déjà contenu dans les recommandations européennes des 23 juillet 1962 et 20 juillet 1966.

La loi du 22 mai 1990 (1) prévoit que, donne également lieu à réparation, la maladie qui, tout en ne figurant pas sur la liste, trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession (2) et (3).

B. Caractéristiques

Dès l'origine, le régime des maladies professionnelles a été calqué sur celui des accidents du travail. Non seulement, les deux régimes reposent sur le risque professionnel et le caractère forfaitaire de la réparation, mais les indemnités aussi sont, la plupart du temps, identiques. Les deux réglementations ne concordent cependant pas à tous égards. Sur certains points, elles se différencient même de façon fort significative.

La réglementation des maladies professionnelles diffère de la réparation des accidents du travail essentiellement du fait de la perception d'une cotisation unique de solidarité, de l'intervention exclusive d'une institution publique de sécurité sociale, de l'utilisation de la technique de la répartition et de l'accent mis sur la prévention.

Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties

A. Personnes protégées

1. Travailleurs assujettis

Sont protégés par la réglementation sur les maladies professionnelles :

- les travailleurs assujettis aux lois concernant la sécurité sociale des travailleurs salariés, des ouvriers mineurs et assimilés et des marins de la marine marchande y compris les travailleurs à temps partiel;
- les personnes occupées dans une entreprise familiale, qui sont engagées dans les liens d'un contrat de louage de travail;
- les chômeurs et invalides qui suivent une rééducation fonctionnelle ou professionnelle;
- les apprentis et les stagiaires, même s'ils ne reçoivent aucune rémunération;
- les élèves et les étudiants qui pendant et du fait de leur instruction (notamment dans les écoles techniques, dans les laboratoires paramédicaux ou de chimie des écoles supérieures), sont exposés au risque de la maladie professionnelle pour autant que ce risque soit inhérent à l'exercice de la profession à laquelle ils se destinent.

En général le contrat de louage de travail est à la base de l'assujettissement. Le contrat d'apprentissage y est assimilé, comme en matière de réparation des accidents du travail mais dans le domaine des maladies professionnelles, le risque professionnel a été conçu de manière plus large que le risque inhérent au travail effectué dans un lien de subordination.

(1) Loi du 22 mai 1990 (M.B.09.01.91).
(2) De Brucq, D. (1995), L'introduction du système mixte en Belgique - *Forum News* n° 3.
(3) De Brucq, D. (1997), Aperçu des maladies professionnelles indemnisées en dehors des listes reconnues dans douze pays européens - RBSS 1/1997.

La loi a en effet repris parmi les assujettis obligatoires des personnes qui ne sont pas engagées dans un rapport de subordination direct à l'égard de leur employeur, tels les élèves et les étudiants. A cet effet, aucune cotisation n'est due.

2. Extension

Le Roi peut étendre l'avantage de l'assurance obligatoire à d'autres catégories de personnes comme par exemple au personnel du banc d'épreuve des armes à feu.

3. Limitation

Pour certaines maladies professionnelles et après avoir recueilli l'avis du Conseil technique du F.M.P., le droit aux réparations peut être limité aux travailleurs salariés de certaines industries, professions ou catégories d'entreprises.

4. Exclusion

Cette législation n'est entre autre pas applicable au personnel du secteur public qui relève du régime spécial contenu dans la loi du 3 juillet 1967, ni aux militaires et assimilés qui dépendent des lois sur les pensions de réparation. Sous réserve de ce qui est mentionné sous 5, la législation n'est pas applicable aux travailleurs indépendants.

5. Assurance libre

La loi prévoit la possibilité d'une assurance libre à côté de l'assujettissement obligatoire. Les personnes (notamment les travailleurs indépendants) qui souhaiteraient s'assurer volontairement pourraient le faire si des conditions à fixer par arrêté royal étaient établies. Ces conditions n'ont pas encore été fixées.

6. Cas particulier du personnel des administrations provinciales et locales (APL)

Le Fonds des maladies professionnelles a été chargé d'accorder les prestations de la loi du 3 juillet 1967 réparant les maladies professionnelles du secteur public aux victimes des maladies professionnelles appartenant aux administrations provinciales et locales affiliées à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales.

B. Les entreprises assujetties

Les employeurs des bénéficiaires repris ci-dessus doivent s'assurer auprès du Fonds des maladies professionnelles.

Section 3. Le risque couvert

A. Système de liste (1)

Une maladie professionnelle est une maladie difficile à définir parce que le dommage peut se manifester longtemps après l'exposition au risque. La durée d'exposition entraînant des effets dommageables peut être plus ou moins longue, le lien entre la maladie et l'exposition peut être délicat à prouver, et l'origine de la maladie peut être incertaine.

(1) A.R. du 28.3.69 dressant la liste des maladies professionnelles.

C'est pourquoi, à l'origine, le législateur a choisi le système de la liste des maladies professionnelles indemnisables. La liste est dressée par arrêté royal. C'est une liste impérative.

Si la maladie n'est pas reprise dans la liste, la victime ne peut prétendre à aucune réparation même si le lien avec le travail est prouvé. Si le décès de la victime n'est pas en rapport avec la maladie professionnelle, les ayants droit sont exclus du bénéfice de la réparation.

Les maladies reconnues sont surtout des maladies du passé. Les maladies actuelles (infarctus, stress, porteur de poids ...) ne se retrouvent pas dans la liste.

Au sein de l'Union européenne, les listes contiennent en moyenne 50 maladies aux expositions diverses. La Belgique a mis fin, en 1964, au système restrictif de la liste double (ou tableaux) qui place en corrélation maladie et conditions de l'exposition.

A ce moment-là, un grand pas en avant a été fait dans le sens du progrès social en dissociant la réparation des critères d'exposition et en faisant de la liste des industries susceptibles d'une exposition au risque non plus une condition de réparation mais une présomption d'exposition. La liste belge ne donne donc aucune indication d'exposition, ni aucune indication médicale de la maladie. C'est le conseil technique du Fonds qui établit pour son usage interne des critères de diagnostic qui sont des critères d'instruction et donc nullement impératifs (1).

B. Système hors liste

Le système de la liste présente le grand avantage de la présomption d'imputabilité qui évite au travailleur des preuves souvent difficiles à établir mais il rend impossible la réparation d'une maladie professionnelle non reprise.

Pour corriger les méfaits de la liste énumérative, l'Organisation internationale du travail, comme l'Union européenne, ont recommandé le "système ouvert" qui consiste à compléter le système de la liste par le système de la preuve permettant d'admettre le lien de causalité exposition au travail - maladie pour n'importe quelle pathologie.

La recommandation européenne du 22 mai 1990 qui reprend un dispositif déjà contenu dans les recommandations européennes des 23 juillet 1962 et 20 juillet 1966 recommande d'introduire dans les dispositions nationales un droit d'indemnisation au titre de maladies professionnelles pour le travailleur souffrant d'une affection ne figurant pas dans la liste mais dont l'origine et le caractère professionnel peuvent être établis. Cette recommandation a abouti en Belgique, le 29 décembre 1990.

La loi actuelle dispose que donne également lieu à réparation, dans les conditions fixées par le Roi, la maladie qui, tout en ne figurant pas sur cette liste trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession.

(1) C.T. Mons.13.12.96 - Revue belge de Sécurité sociale n° 4/96.

Aujourd'hui coexistent donc en Belgique, le système de la liste des maladies professionnelles et le système ouvert qui permet à la victime d'être indemnisée pour une maladie hors liste d'origine professionnelle. C'est ce que l'on appelle le système mixte (1).

C. Présomptions et preuves

1. Présomptions et preuves dans le système de liste

La maladie professionnelle comporte un lien de cause à effet entre la maladie et l'exposition professionnelle. Dans beaucoup de cas, ce lien est en fait difficile à prouver. De là, l'utilité de la liste des maladies professionnelles. Dans ce système la victime possède une double présomption en sa faveur. Elle bénéficie d'une présomption irréfragable du lien de cause à effet entre la maladie et la profession si elle démontre avoir été exposée au risque professionnel et être atteinte d'une maladie reprise à la liste. Elle peut ajouter à cette présomption irréfutable une présomption réfragable d'exposition au risque d'une maladie déterminée si elle a travaillé dans des industries énumérées par un arrêté royal.

2. Présomptions et preuves dans le système ouvert

Ces présomptions ne valent pas dans le cas d'une maladie ne figurant pas sur la liste. Le lien de causalité entre la maladie hors liste et l'exposition au risque professionnel ainsi que l'exposition elle-même doivent être prouvés par la victime ou ses ayants droit. La charge de la preuve appartient à la victime ou à ses ayants droit.

D. Prévention

La lutte contre les causes des maladies professionnelles s'organise dans des mesures prises selon plusieurs axes. On peut principalement énumérer.

1. Rôle du Conseil technique du F.M.P.

Ce conseil est chargé de l'étude scientifique des maladies professionnelles afin d'en assurer le traitement rationnel et la prévention. Il est composé de spécialistes, généralement médecins dans le domaine des maladies professionnelles.

2. Campagne de vaccination

Le Fonds prend à sa charge le coût des vaccinations pour certains groupes menacés. Par exemple, la vaccination contre l'hépatite B chez le personnel soignant et contre la grippe chez les personnes pour lesquelles le Fonds constate qu'elles souffrent d'affections respiratoires ou cardiaques.

3. Action préventive : indemnité d'écartement

Le Fonds peut accorder, sur décision de son comité de gestion, le bénéfice des actions préventives pour autant que ces actions soient compensées par une réduction des dépenses de réparation.

(1) D. De Brucq – Maladies professionnelles en dehors de la liste – Causalité – Cass. 02.02.1998 – RBSS 3/99.

Au plan individuel, la loi autorise l'éloignement du milieu de travail nocif du travailleur atteint ou menacé par une maladie professionnelle. L'arrêt de l'activité professionnelle peut être demandé au Fonds par le travailleur lui-même. Il peut être temporaire ou définitif.

En cas d'écartement temporaire du milieu nocif avec arrêt du travail, le travailleur reçoit 90% de son salaire de base, comme pour l'incapacité temporaire totale. S'il est temporairement déplacé vers un poste de travail sans risque, l'éventuelle perte de salaire est compensée.
En cas d'écartement temporaire, le travailleur reçoit une prime qui correspond plus ou moins à 3 mois de salaire (90 jours) et si le Fonds l'estime nécessaire, il prend en charge une formation professionnelle et accorde pendant le temps de cette formation les avantages dus pour une incapacité totale.

Le travailleur, qui a été écarté définitivement de son activité professionnelle, ne peut effectuer un travail l'exposant au risque de la maladie ayant justifié la cessation. L'employeur ne peut pas l'occuper à de tels travaux sous peine de devoir rembourser au Fonds des maladies professionnelles, les indemnités qu'il accorderait à la victime ou à ses ayants droit, en raison du décès ou d'une aggravation de la maladie professionnelle résultant de cette nouvelle exposition considérée comme infraction.

Dans certains cas, une travailleuse enceinte peut être écartée du milieu nocif. L'intervention du Fonds se limite à la période qui débute au moment de la cessation de l'activité jusqu'à 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement.

Section 4. Les dommages réparés

Donnent lieu à réparation :

- le décès de la victime : les frais funéraires, les frais de transport du défunt à l'endroit où la famille désire l'inhumer et les allocations annuelles aux différentes catégories d'ayants droit;
- l'incapacité de travail partielle ou totale d'une durée de 15 jours minimum;
- l'incapacité permanente de travail partielle et totale et l'aide d'une tierce personne 120 jours maximum avant la date de la demande;
- l'arrêt temporaire ou définitif de l'activité professionnelle;
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers, y compris ceux qu'entraîne l'acquisition d'appareils de prothèse et d'orthopédie;
- certains frais de déplacement.

Il existe un parallélisme entre la réparation des accidents du travail et celle des maladies professionnelles notamment pour la fixation de la rémunération de base, l'évaluation du taux d'incapacité, les indemnités en cas de décès, les indemnités d'incapacité de travail, les soins de santé et les frais de déplacement. Il y a des points de différence qui résultent de la nature même de la maladie professionnelle (1).

L'incapacité de travail peut être permanente, dès le début, par exemple en cas de silicose des ouvriers mineurs, d'asbestose ou d'autres maladies graves. Il n'en va généralement pas ainsi en cas d'accident du travail, où une période d'incapacité de travail temporaire, totale ou partielle précède presque toujours la consolidation. La victime d'une maladie professionnelle a droit à une indemnisation annuelle déterminée selon

(1) De Brucq, D. (1995), "La réparation des maladies professionnelles induites par les vibrations mécaniques en Belgique" in *Revue belge de sécurité sociale, n° 1/95*, p. 103 à 118.

le taux de l'incapacité permanente qui peut rétroagir seulement jusqu'à 120 jours avant la date d'introduction de la demande et non au début de l'incapacité proprement dite.

Lorsque l'incapacité de travail temporaire ou le décès sont survenus avant que la maladie ne soit inscrite sur la liste des maladies professionnelles, les indemnités peuvent prendre cours uniquement à partir de la date à laquelle la maladie est inscrite sur la liste.

Lors de l'évaluation de la perte de capacité de travail, après l'âge de 65 ans, le Fonds prend en compte le fait que les chances de remises au travail sont plus limitées du seul fait de l' âge de la victime. Le degré d'incapacité sera donc égal au degré d'incapacité physique ou sera seulement augmenté au maximum de 1, 2 ou 3 % respectivement lorsque son incapacité est fixée à 36% au moins à 50% au plus, à 50% au moins à 65% au plus, à 65% sans que le tout ne puisse excéder 100%.

La mutuelle paie en première instance les soins de santé.

Le Fonds des maladies professionnelles prend uniquement à sa charge les tickets modérateurs. Les prestations non remboursables dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités sont seulement remboursées si elles sont reprises dans la liste fixée par arrêté royal des prestations de soins de santé en matière d'assurance maladies professionnelles.

La révision est toujours possible en raison de la nature évolutive de la maladie. La notion de "délai de révision" qui existe en accidents du travail, est ici inexistante.

Les paiements en capital (possibles en droit commun et aussi partiellement en cas de réparation des accidents du travail) ne sont pas prévus en matière de réparation des maladies professionnelles.

De même, la rétroactivité des prestations en cas de révision de l'incapacité de travail consécutive à une aggravation est limitée à 120 jours avant la date de la demande ou de l'examen médical.

Section 5. Le financement

Le régime des maladies professionnelles est principalement alimenté par une cotisation de solidarité due par les employeurs occupant des personnes reprises parmi les bénéficiaires des lois. Cette cotisation est égale à 1,02% de la rémunération non plafonnée des travailleurs.

(1) D. De Brucq : "La Cour d'arbitrage et l'indemnisation des victimes de maladies professionnelles atteignant l'âge de 65ans" – Bulletin social du guide permanent – Décembre 1997. N° 54.

Section 6. L'organisation administrative

A. Fonds des maladies professionnelles

Le Fonds des maladies professionnelles est l'institution publique de sécurité sociale qui gère l'assurance contre les maladies professionnelles. Il assure la réparation en faveur des victimes et exécute toutes les missions prévues par la loi dans le domaine de la prévention.

La gestion en est confiée à un Comité de gestion composé de manière paritaire par des représentants des syndicats et du patronat.

Un conseil technique a également été institué au sein du Fonds. Il a notamment pour mission d'étudier les maladies qui peuvent avoir un lien avec la profession et, le cas échéant, de faire des propositions destinées à les reprendre à la liste des maladies professionnelles.

En outre, le conseil a l'importante mission de rechercher les moyens les plus appropriés en matière de prévention et de traitement rationnel des maladies professionnelles.

Depuis l'introduction du système ouvert permettant à une victime d'introduire une demande en réparation pour une maladie d'origine professionnelle non reprise à la liste, une commission dite du système mixte a été installée au sein du Fonds. Elle est exclusivement compétente pour les dossiers introduits pour une maladie hors liste.

B. Demandes et déclarations

1. Demandes des victimes et des ayants droit

La demande d'indemnité est adressée au Fonds des maladies professionnelles, par l'intéressé, ses ayants droit ou ses mandataires, sur base d'un formulaire réglementaire.

La demande relative à l'incapacité de travail temporaire doit être introduite au cours de la période d'incapacité. Il n'y a pas de délai pour l'incapacité permanente.

Le Roi peut fixer pour chaque maladie professionnelle des délais dans lesquels la demande doit être introduite.

La demande de cessation temporaire ou définitive de l'activité professionnelle peut être introduite par les médecins-inspecteurs du travail, après consultation de l'intéressé. Les demandes doivent être accompagnées d'un certificat médical.

2. Déclarations des médecins du travail

Dès réception d'une déclaration d'un cas de maladie professionnelle ou d'une maladie supposée telle, faite par le médecin du travail, le Fonds invite la victime ou son mandataire à introduire une demande de réparation dans les 120 jours.

C. Notification administrative et recours

1. Notification

La décision du Fonds des maladies professionnelles doit être motivée et notifiée, par pli recommandé, à la victime ou à ses ayants droit.

2. Recours

En cas de désaccord, la victime peut déférer le litige devant le tribunal du travail endéans l'année qui suit la date de la décision en Belgique. La victime peut se faire représenter par un délégué de son organisation syndicale.

Section 7. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

SPF Sécurité sociale — tél : (02) 528 64 06
D.G. Politique sociale
Domaine réglementation
Place Victor Horta 40, bte 20
1060 Bruxelles

Fonds des Maladies professionnelles — tél : (02) 226 62 11
avenue de l'Astronomie, 1
1210 Bruxelles

B. Publications

Le fonds des maladies professionnelles publie un rapport annuel et différents opuscules informatifs qui se retrouvent aussi sur le site du FMP : www.fmp.fgov.be

C. Bibliographie

Demet F., Manette R., Delooz P., Kriet D. (1996) – Les maladies professionnelles – Bibliothèque de droit social – De Boeck – 309 pages.

Guide social permanent - Sécurité sociale – Commentaires – Tome 4 - Livre V – D. De Brucq, J.C. Germain et O. Lenglet - Maladies professionnelles (en préparation) Ced et Samson (en diffusion actuellement).

Les Novelles (1975) – Droit social – Tome IV - Accidents du travail et maladies professionnelles.

Vandervorst (1983-1984) – La réparation des risques professionnels – Tome II - Les maladies professionnelles –PUB -6ème édition.

Vade-Mecum de la personne handicapée (1994) – Chapitre 6 : De Brucq D. "Les accidents du travail et maladies professionnelles" – Kluwer – Mises à jour périodiques.

III. Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public

Section 1. Assujettissement

A. Champ d'application

La loi énumère en ses articles 1er et 1er bis, la liste des services publics ou personnes morales de droit public auxquels le Roi peut rendre la loi applicable. Notons donc qu'un agent d'un service public quelconque ne sera protégé non parce que ce service est visé par la loi mais seulement à partir du moment où la loi lui est formellement rendue applicable par arrêté royal.

Il serait extrêmement fastidieux d'énumérer ici la liste des services, établissements ou organismes auxquels la loi a été rendue applicable (1).

La loi permet au Roi d'assujettir tout service public fédéral, communautaire ou régional, provincial ou communal, en ce compris les intercommunales ainsi que les établissements ou organismes publics qui en dépendent.

En ce qui concerne l'enseignement, il suffit que le personnel enseignant de l'établissement ou de la catégorie d'établissements visés bénéficie d'un traitement ou d'une subvention traitement à charge du Trésor public.

La loi exclut toutefois de son champ d'application le personnel des forces armées et de la gendarmerie qui reste soumis aux lois sur les pensions de réparation, coordonnées le 5 octobre 1948 (2).

---

(1) La plus grande partie sont regroupés dans trois arrêtés royaux, plusieurs fois modifiés :
- A.R. du 24 janvier 1969 relatif à la réparation, en faveur de membres du personnel du secteur public, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail;
- A.R. du 12 juin 1970 relatif à la réparation, en faveur des membres du personnel des organismes d'intérêt public et des entreprises publiques autonomes, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail;
- A.R. du 13 juillet 1970 relatif à la réparation, en faveur de certains membres du personnel des provinces, des communes, des CPAS, des services, établissements et associations d'aide sociale, des services du Collège de la Commission communautaire française et de ceux du Collège de la Communauté communautaire flamande et des caisses publiques de prêt, des dommages résultant des accidents du travail et des accidents survenus sur le chemin du travail.

(2) La loi du 27 décembre 2000 portant diverses dispositions relatives à la position juridique du personnel des services de police a assujetti la police fédérale, les corps de police locale et l'inspection générale de la police fédérale et de la police locale à la loi du 3 juillet 1967, à partir du 1 avril 2001 (M.B. du 6 janvier 2001).

Une loi du 26 juin 1992 a permis l'extension du champ d'application de la loi aux ministres des cultes reconnus et aux imams du culte islamique.

Récemment, par la loi du 21 juin 2002, y sont ajoutés les délégués du Conseil Central laïque.

Une extension au personnel scientifique et enseignant des universités est possible depuis les lois du 20 décembre 1995 et 19 octobre 1998.

A partir du moment où une personne morale de droit public, à l'exception des entreprises publiques autonomes, s'est vu reconnaître le bénéfice de la loi par un arrêté royal, c'est l'ensemble du personnel qui est assujetti qu'il soit définitif, temporaire, contractuel ou auxiliaire. Pour ce qui concerne ces entreprises publiques autonomes, seuls les membres du personnel statutaire sont concernés (1).

De surcroît, comme l'article 6 de la loi du 10 avril 1971, l'article 17, §1 de la loi du 3 juillet 1967 prévoit que l'annulation d'une nomination ou déclaration de nullité, la nullité d'un contrat de travail d'un agent victime d'un accident avant une telle décision ne peut faire obstacle à l'application de la loi à la victime si elle était assujettie lors du dommage.

B. Obligation des assujettis

A partir de son assujettissement, le service ou l'établissement devient en fait son propre assureur à l'égard des obligations prévues par la loi. Les A.R. précités des 12 juin 1970 et 13 juillet 1970 permettent aux services y visés de souscrire une police de réassurance : dans ce cas l'assureur prendra en charge les frais et les rentes pour compte du service public, en lui facturant les prestations rendues. Contrairement au secteur privé, il n'y a pas d'obligation d'assurance; en cas de souscription à une police, le contrat peut ne couvrir qu'une partie des obligations de l'administration.

C. Notion d'accident et d'accidents sur le chemin du travail

A cet égard, la loi du 3 juillet 1967 renvoie simplement aux définitions de l'accident du travail et de l'accident sur le chemin du travail insérée aux articles 7, alinéa 1er et 8 de la loi du 10 avril 1971. Mais, à la différence de cette dernière loi, la loi du 3 juillet 1967 permet aussi la réparation des dommages que subirait un membre du personnel victime d'un acte de vengeance.

Section 2. Les prestations offertes

A. Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie

Ceux-ci sont remboursés sur la base de la nomenclature établie par l'INAMI, sans ticket modérateur. Si les frais ne sont pas répertoriés dans la nomenclature, ils sont remboursés à leur coût réel, y compris les frais pharmaceutiques.

(1) Article 46 de la loi-Programme du 2 août 2002 (M.B. du 28 août 2002) et A.R. du 12 décembre 2002 (M.B. du 24.12.2002).

Pour les frais d'hospitalisation, c'est le prix normal de la journée d'hospitalisation, tel qu'il est fixé par la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux qui est remboursé. Les frais de prothèse et d'orthopédie sont remboursés en totalité, à condition que leur usage soit reconnu médicalement nécessaire.

La victime a le libre choix du service médical, hospitalier ou pharmaceutique et les frais médicaux énumérés ci-dessus sont payés à vie si nécessaire, même après le délai de révision.

Les frais sont payés à ceux qui les ont pris en charge, moyennant les justificatifs de la victime. Ils sont payés par le Service de Santé Administratif pour les agents soumis à l'A.R. du 24 janvier 1969; par l'organisme pour les agents soumis à l'A.R. 12 juin 1970; par le service public qui occupait la victime au moment de l'accident pour les agents soumis à l'A.R. du 13 juillet 1970.

B. Remboursement des frais de déplacement

Les frais de déplacement sont indemnisés chaque fois que la victime doit se déplacer à la demande :

- de l'autorité administrative en ce compris le Service de Santé Administratif (SSA);
- du médecin traitant;
- du tribunal ou de l'expert judiciaire;
- de la victime, dûment autorisée par le SSA.

C. Incapacité temporaire

En cas d'incapacité temporaire, le membre du personnel statutaire reçoit pendant toute la durée de l'incapacité temporaire la totalité de sa rémunération et cela, sans limitation de temps. Quant au membre du personnel sous contrat, il se trouve dans la même situation que celui qui est occupé dans une entreprise privée. Pour les agents définitifs, cette période est assimilée à une période d'activité de service et n'a pas d'influence sur le capital congé de maladie auquel l'agent a droit. Ce bénéfice est également conservé si l'agent est autorisé à reprendre son service pour effectuer des prestations partielles.

D. Incapacité permanente

Depuis la loi du 3 juillet 1967, une incapacité permanente n'implique plus automatiquement une mise à la retraite anticipée. Désormais la victime a droit à une rente et devra éventuellement être affectée à un autre emploi ou à une autre fonc-tion.

La détermination du taux d'incapacité permanente se fait comme dans le secteur privé, par le chiffrage de la diminution de la capacité de gain en fonction de la lésion et des facteurs propres à la victime, et de la situation générale sur le marché de l'emploi.

Le taux d'incapacité peut être porté à 100 %. La victime dont l'état de santé nécessite absolument l'assistance d'une tierce personne peut, en outre bénéficier d'une indemnité additionnelle calculée sur base de la rétribution mensuelle garantie ou du revenu minimum mensuel moyen garanti, selon le régime pécuniaire applicable à la victime.

Dans le secteur public, le point de départ de la rente est le premier jour du mois au cours duquel la consolidation est acquise, c-à-d. la date à laquelle l'existence et le degré d'incapacité prennent un caractère de permanence.

La rente est calculée, dans le secteur public, par rapport à la rémunération plafonnée de la victime au moment de l'accident. Cette rémunération de base doit être augmentée des allocations et des indemnités ne couvrant pas les charges réelles et dues en raison du statut ou du contrat de travail. S'il y a exercice de plusieurs activités au sein du secteur public, les rémunérations sont cumulées sous réserve d'un plafond.

Ce plafond, commun aux deux secteurs pendant plusieurs années, est désormais très différent et cela pour les accidents du travail consolidés après le 6 avril 1984. Depuis une loi du 31 juillet 1991, le plafond est fixé à 21.047,40 EUR et n'est pas indexé. Toutefois, le texte prévoit qu'à l'occasion d'une revalorisation générale des barèmes dans le secteur public, le Roi peut modifier ces montants. Ainsi, le plafond a-t-il été porté à 21.257,87 EUR à partir du 23 mai 2003.

Le montant du plafond légal est celui en vigueur à la date de consolidation de l'incapacité de travail ou à la date à laquelle l'incapacité de travail présente un caractère de permanence.

Les rentes afférentes aux accidents du travail survenus à partir du 1er avril 1984 et payées à partir du 1er août 1986 sont toutefois réduites de 50 % pour les incapacités inférieures à 5 % et de 25 % pour les incapacités au moins égales à 5 % mais inférieures à 10 %.

En ce qui concerne le cumul entre une indemnité, d'une part, et une rémunération ou une pension, d'autre part, les différences entre le secteur privé et le secteur public sont considérables :

- si l'agent conserve son emploi, la rente ne pourra dépasser 25 % de la rémunération de base plafonnée;
- si l'agent est réaffecté, il conserve la rémunération, dont il jouissait avant l'accident et il peut cumuler cette rémunération avec la rente;
- si l'agent est mis à la retraite, la pension et la rente ne peuvent pas dépasser 100 % de la rémunération, calculée comme prévu au point 5.

Les rentes supérieures à 15 % sont liées au régime de mobilité des traitements (régime d'indexation des rémunérations) du secteur public.

Section 3. Situation particulière de l'accident mortel de travail

La loi du 3 juillet 1967 prévoit le paiement aux ayants droit d'une indemnité pour frais funéraires et d'une rente.

A. Indemnité pour frais funéraires

Elle est réglée suivant le statut de l'agent. Pour les agents de l'Etat, elle est régie par l'A.R. du 21 mai 1965. Elle correspond en principe à un mois de la rétribution brute d'activité de service de l'agent. Elle ne peut toutefois pas dépasser le douzième du montant fixé en application de l'article 39 de la loi du 10 avril 1971. Au 1er janvier 2004, le maximum de l'indemnité s'élevait à 2.200,89 EUR. En plus, les ayants droit

bénéficient aussi du transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu des funérailles. L'indemnité et la prise en charge sont payées par l'administration ou le service qui occupait la victime au moment de l'accident.

B. La rente

Ici, le système est calqué sur celui de la loi du 10 avril 1971. Le conjoint ni divorcé, ni séparé de corps au moment de l'accident, bénéficie d'une rente égale à 30 % de la rémunération. Chaque enfant - depuis la loi du 20 décembre 1995 - a droit à une rente égale à 15 % de la rémunération sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45 %. Les rentes sont dues à partir du 1er jour du mois qui suit celui au cours duquel a eu lieu le décès. La rente peut être cumulée avec une pension de survie.

Section 4. Paiement en capital

Dans le secteur public, la victime dont l'incapacité atteint au moins 16 % peut demander à tout moment mais après expiration du délai de révision, la conversion d'un tiers de sa rente en capital. Il est toujours fait droit à une telle demande sans justification ni intervention particulière.

La conversion a lieu le 1er jour du 3ème mois qui suit l'introduction de la demande mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit l'expiration du délai de révision.

Il est important de noter que le tiers en capital se calcule sur le montant de la rente totale.

Section 5. Intérêts

Les indemnités portent intérêts de plein droit à dater de leur exigibilité.

Les rentes et les capitaux prévus par la loi portent intérêt de plein droit à partir du 1er jour du 3ème mois qui suit celui au cours duquel ils deviennent exigibles.

Section 6. Procédure administrative

La loi ne contient aucune disposition relative à la procédure. Il convient donc de consulter l'arrêté royal d'exécution qui s'applique à la victime.

A. La déclaration d'accident

Tout accident qui serait susceptible d'être reconnu doit être déclaré au service désigné par l'autorité à l'aide du formulaire réglementaire. Cette déclaration doit être faite par la victime, ses ayants droit ou par toute autre personne intéressée. Si l'accident a oc-casionné une incapacité de travail de plus d'un jour, il faut y joindre un certificat médical. Le formulaire de déclaration d'accident a fait l'objet d'une adaptation (A.M. du 22 avril 1999) compte tenu de l'obligation faite - conformément à la directive européenne 89/391 - aux administrations de communiquer les éléments statistiques au Fonds des Accidents du Travail. Cette nouvelle disposition concerne les accidents du travail et les accidents survenus sur le chemin du travail qui ont eu lieu depuis le 1er janvier 2000. Un arrêté royal daté du 19 avril 1999 a fixé les éléments statistiques et a précisé les délais à respecter quant à la transmission de ces données.

A noter que pour le personnel des administrations locales et provinciales, c'est l'A.R. du 13 juillet 1970 qui fixe le modèle de la déclaration d'accidents du travail.

B. L'examen médical

Le service désigné transmet dans les 48 heures - ce n'est pas un délai d'ordre - la déclaration d'accident du travail au SSA ou au service médical désigné par l'organisme ou le service local s'il a préféré un autre service que le SSA. Le SSA agit en qualité d'expert médical :

- il détermine la relation causale entre l'accident et les lésions;
- il évalue le taux d'incapacité permanente;
- il fixe la date de consolidation.

Ces décisions peuvent être contestées par la victime, par le tiers responsable ou par son assureur.

C. L'examen administratif

Le service est lié par la décision du SSA en ce qui concerne l'incapacité permanente mais il garde son pouvoir entier d'appréciation quant aux conditions d'octroi de la reconnaissance. L'autorité peut même ne pas saisir le SSA si la conviction est faite qu'il n'y a manifestement pas accident du travail. Si cette décision intervient après transmission du dossier au SSA, l'autorité a l'obligation de l'avertir immédiatement pour lui permettre de récupérer les frais exposés.

D. La décision administrative

1. L'accident n'a entraîné aucune incapacité permanente

Dans ce cas, le service propose à l'accord de la victime par lettre recommandée à la poste le résultat de son examen concluant à aucune réduction de capacité. En cas d'accord de la victime, cet accord lui est confirmé par lettre recommandée à la poste. Si elle refuse, elle doit saisir les tribunaux avant expiration du délai de prescription.

2. L'accident a entraîné une incapacité permanente

Dans ce cas, le service propose à la victime (ou à ses ayants droit) le paiement d'une rente. Si la victime donne son accord et si elle est un agent de l'Etat ou d'un organisme, elle en reçoit confirmation par arrêté. Ce dernier stipule :

- la nature des lésions;
- le pourcentage d'incapacité;
- la date de consolidation;
- la rémunération de base;
- le montant de la rente.

Pour les autres agents, la décision de l'autorité est notifiée par lettre recommandée à la poste avec les même éléments.

Si la victime n'est pas d'accord, elle doit se pourvoir devant le tribunal avant l'expiration du délai de prescription.

Section 7. Procédure judiciaire

C'est le tribunal du travail du domicile de la victime qui est compétent. La victime doit assigner l'organisme auquel incombe le paiement des indemnités. Une circulaire de la fonction publique du 6 mars 1996 a rappelé qu'il ne peut s'agir d'assigner l'assureur éventuel de l'organisme ou du service local : la victime n'a de relation juridique qu'avec son autorité (1).

La même logique prévaut également à l'égard du SSA.

L'agent doit en principe attendre l'issue de la procédure administrative pour assigner sous peine de voir son action téméraire et vexatoire sauf s'il conteste la façon de procéder ou la carence du service médical.

Le tribunal peut désigner un expert judiciaire médical et le SSA ne peut lui refuser son concours.

Sauf si la demande est réputée téméraire et vexatoire, les frais de procédure sont à charge de l'autorité de la victime.

Section 8. Procédure de révision

Encore une fois, la procédure est organisée non pas par la loi mais par les arrêtés d'exécution.

Comme dans le secteur privé, il faut une atténuation ou une aggravation de l'incapacité. Si la victime décède des suites de l'accident, les ayants droit doivent également introduire une demande de révision. Le délai de cette révision est de 3 ans.

A. Procédure administrative

a) Si une demande est introduite

Pour les agents de l'Etat, c'est au service désigné pour la gestion des accidents du travail que l'agent adresse sa demande par lettre recommandée à la poste. Il l'accompagne de toutes pièces justificatives.

Si c'est le Ministre qui introduit la demande, il le fera par lettre recommandée à la poste adressée au bénéficiaire. Dans les 48 heures, le Ministre adresse un exemplaire de la demande de révision au SSA. Au plus tard dans les 3 mois après l'introduction de la demande, le SSA examine la victime et prend une décision. Elle est reprise dans un arrêté ministériel et notifiée à la victime.

b) Si aucune demande n'est introduite par la victime

Six mois avant l'expiration du délai, le Ministre demande au SSA d'examiner la victime. Les conclusions médicales sont communiquées au Ministre au moins trois mois

(1) n° 429 - M.B. du 12 mars 1996.

avant l'expiration du délai. Sur base de ces conclusions, la victime ou le Ministre peut introduire une demande en révision.

c) Au cas où, sans motif valable, et après 2 rappels successifs par lettre recommandée à la poste, la victime ne se présente pas au SSA, le paiement des indemnités et des rentes est suspendu, à partir du 1er jour du mois qui suit la date du 2ème rappel et ce, jusqu'au moment où la victime se présente.

B. Effets

Les effets de la révision prennent cours le 1er jour du mois qui suit l'introduction de la demande.

Section 9. Prescription

a) Délai

La loi du 2 mai 1997 portant diverses mesures en matière de fonction publique a modifié le mode de calcul de délai de prescription. Ce dernier est toujours de 3 ans, mais il se calcule désormais à partir du moment où un acte administratif de la procédure fait l'objet d'une contestation par la victime.

b) Toutefois, la victime doit toujours prendre des mesures pour interrompre la prescription. La circulaire n° 429, déjà évoquée, rappelle les modes d'interruption de la prescription : elle paraphrase l'article 70 de la loi du 10 avril 1971 auquel renvoie la loi du 3 juillet 1967, c'est-à-dire :

- par lettre recommandée à la poste;
- par une action en paiement du chef de l'accident, fondée sur une autre cause;
- ou de la manière prescrite par l'article 2248 du code civil.

Section 10. Responsabilité et subrogation

Lorsqu'il y a un tiers responsable, comme dans le secteur privé, la victime (ou les ayant droit) doit intenter une action contre le tiers responsable.

Même si la responsabilité du tiers responsable est évidente, la victime doit recevoir les indemnités légales mais ne peut pas les cumuler avec les réparations de droit commun.

Contrairement à ce qui est prévu dans le secteur privé, la victime a toutefois le libre choix entre deux options :

- agir contre le tiers responsable et lui réclamer la totalité de son dommage;
- réclamer les indemnités prévues par la loi du 3 juillet 1967 et demander ensuite le surplus de son dommage au tiers responsable.

Les articles 14, § 3 et 14 bis de la loi du 3 juillet 1967 organisent la subrogation de plein droit au profit de personnes morales, services ou établissements qui supportent la charge de la rente.

En ce qui concerne les périodes d'incapacité temporaire, l'Etat ou l'autorité administrative subrogée est en droit de réclamer au tiers responsable le traitement plein de l'agent qu'il lui a payé pendant la période d'absence.

Section 11. Maladies professionnelles

Cette matière ne sera pas détaillée ici car les arrêtés d'exécution de la loi du 3 juillet 1967 sur cette question, renvoient intégralement aux lois coordonnées du 3 juin

1970, relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, avec deux exceptions examinées ci-après.

L'A.R. du 5 janvier 1971 relatif à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles dans le secteur public, s'applique tant aux membres du personnel visés par l'A.R. du 24 janvier 1969 que par l'A.R. du 12 juin 1970 examinés ci-dessus dans le chapitre de la réparation des accidents du travail.

Il prévoit que l'accord du médecin-conseil du Fonds des Maladies professionnelles est remplacé par l'accord du service médical compétent en matière d'accidents du travail, c'est-à-dire le SSA. D'autre part, les frais qui ne sont pas à charge de la victime, sont remboursés de la même manière qu'en matière d'accidents du travail.

Les victimes de maladies professionnelles des administrations provinciales et locales peuvent solliciter les avantages prévus par la loi du 3 juillet 1967, conformément aux dispositions de l'A.R. n° 529 du 31 mars 1987 modifiant les lois relatives à la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles, coordonnées le 3 juin 1970, qui étendent les missions du Fonds des Maladies professionnelles à cette catégorie de membres du personnel.

Conformément aux dispositions de l'A.R. du 21 janvier 1993, le Fonds des Maladies professionnelles est qualifié pour payer directement aux employeurs les indemnités de maladies professionnelles des membres du personnel des administrations provinciales et locales, pour les maladies professionnelles de leurs travailleurs dont le dommage s'est manifesté au plus tôt le 1er janvier 1987.

A cette fin, les employeurs affiliés à l'Office national de Sécurité sociale des Administrations provinciales et locales paient pour leurs agents une cotisation patronale spécifique de 0,17 % calculée sur la rémunération.

Section 12. Renseignements généraux

A. Bibliographie

- Delhuvenne, M., (1988), *Le régime des accidents du travail en faveur des agents des services publics*, RBSS, p. 939.

- Démet, F., (1996), *Les maladies professionnelles*, Bruxelles, De Boeck Université.

- Janvier, R., (1988), *Assurance contre les accidents du travail dans les administrations locales et provinciales* traduit par Evelyne Guillaume, dans la série "Statut du personnel communal" (Institut administration université), Bruges, La Charte.

- Respentino, M., (1975), *Les accidents du travail dans le secteur public*, J. T. T., p. 6.

- Respentino, M., (1989), *Les accidents du travail dans le secteur public*, Bruxelles,Story Scientia.

- Van Clemen, (1971), *La réparation des dommages résultant des accidents du travail et des accidents sur le chemin du travail dans le secteur public, RBSS*, p.241.

- Van Clemen, (1974), *Le parallélisme entre la loi du 3 juillet 1967 sur la réparation des accidents du travail dans le secteur public et la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail dans le secteur privé, RBSS*, p. 285.

B. Adresse utile

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Organisation
Service Conditions de travail et gestion des rémunérations
Rue de la Loi, 51 (Bte 4)
1040 Bruxelles
Tél : (02) 790-53-85
Fax : (02) 790-53-99

Titre VIII. Vacances annuelles

I. Champ d'application

Section 1. Travailleurs salariés

Les lois coordonnées relatives aux vacances annuelles sont en principe applicables aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale pour :

- les travailleurs salariés;
- (…) (1);
- les marins de la marine marchande.

Le dernier régime, pour lequel des modalités particulières sont applicables, ne sera pas traité ci-après.

Sont néanmoins exclus du champ d'application :

- les travailleurs salariés soustraits au régime des vacances annuelles des travailleurs salariés en vertu de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs et de ses arrêtés d'exécution;
- les personnes soumises à un autre régime de vacances légal.

Section 2. Travailleurs du secteur public

La durée des vacances annuelles des travailleurs du secteur public est régie par les articles 10 à 14 de l'A.R. du 19 novembre 1998 (2) relatif aux congés accordés aux membres du personnel des administrations de l'Etat, tandis que l'octroi d'un pécule de vacances est fixé par l'A.R. du 30 janvier 1979 relatif à l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume (3).

Le régime s'applique tant aux fonctionnaires nommés à titre définitif et aux stagiaires qu'au personnel contractuel.

---

(1) abrogé par l'article 154 de la loi-programme du 24 décembre 2002 (M.B. 31 décembre 2002).
(2) A.R. du 19 novembre 1998 relatif à certains congés et aux absences accordés à des agents des administrations de l'Etat (M.B. du 28 novembre 1998).
(3) A.R. du 30 janvier 1979 relatif à l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume (M.B. du 7 février 1979).

Les jours de congé sont pris au choix du fonctionnaire en tenant compte des besoins du service. En cas d'étalement, le congé doit comporter une période continue d'au moins une semaine. En principe, le congé doit être pris dans le courant de l'année même. Le président du Comité de direction du SPF concerné fixe les modalités du report éventuel à l'année suivante. En tout état de cause, ce report est valable un an au maximum.

Section 3. Personnel des administrations provinciales et locales

Suivant le statut auquel ce personnel est assujetti, il lui sera appliqué soit le régime de vacances annuelles des travailleurs salariés soit le régime applicable aux travailleurs du secteur public.

II. Prestations des travailleurs salariés

Section 1. Dispositions communes aux ouvriers et employés

Les travailleurs salariés remplissant les conditions afin de pouvoir jouir de la législation relative aux vacances annuelles, ont droit à des vacances annuelles dont la durée est fixée à raison du nombre de jours de travail effectif normal pendant l'exercice de vacances (1) et des jours d'inactivité pendant ce même exercice de vacances, assimilés à des jours de travail effectif normal.

Le droit aux vacances est acquis aux travailleurs, nonobstant toute convention contraire. Il est interdit aux travailleurs de faire abandon des vacances auxquelles ils ont droit. La loi prévoit des sanctions à l'égard de l'employeur qui n'a pas accordé, dans le délai prescrit et suivant les modalités réglementaires, les vacances auxquelles le travailleur a droit.

A. Différents types de vacances

On distingue :

- les vacances légales ordinaires dont la durée est déterminée par exercice de vacances;
- les vacances jeunes en faveur des jeunes travailleurs salariés occupés par un employeur au terme de leurs études ou de leur apprentissage;
- les vacances conventionnelles conclues par convention collective de travail, au sein des commissions paritaires entre organisations d'employeurs et de travailleurs, qui sont parfois accordées dans certaines branches d'activité. Ces jours de vacances sont des vacances extra-légales.

B. Date des vacances - Etalement des vacances

La procédure visant la détermination de la date des vacances et l'étalement des vacances est stipulée en détail dans la législation des vacances annuelles. La date des vacances peut être déterminée tant de façon collective que de façon individuelle. Les commissions paritaires peuvent prendre des décisions quant à la date des vacances et à leur étalement éventuel. Le Ministre des Affaires sociales doit être informé de ces décisions au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au cours de laquelle les vacances doivent être prises.

Si cette commission n'a pas pris de décision, le conseil d'entreprise peut prendre la décision. A défaut de conseil d'entreprise ou de décision prise par lui, les dispositions peuvent résulter d'accords d'entreprise entre, d'une part, l'employeur et, d'autre part la délégation syndicale ou, à défaut de cette dernière, les travailleurs.

(1) Par "exercice de vacances", il y a lieu d'entendre l'année civile qui précède l'année au cours de laquelle les vacances doivent être accordées.

En dernière instance, la date des vacances résultera d'un accord individuel entre l'employeur et le travailleur. En l'absence d'accord concernant la date ou l'étalement des vacances, le litige sera tranché par le tribunal du travail.

Les jours de vacances doivent être octroyés dans les douze mois qui suivent l'exercice de vacances; ils ne peuvent donc pas être reportés à l'année suivante.

Aux chefs de familles, les vacances sont octroyées de préférence pendant la période des vacances scolaires. Une période continue de vacances d'une semaine doit en tout cas être assurée.

Sauf demande contraire des travailleurs intéressés, une période continue de deux semaines (trois semaines pour les travailleurs âgés de moins de 18 ans à l'expiration de l'exercice de vacances) doit être assurée entre le 1er mai et le 31 octobre de l'exercice de vacances. La période de vacances au-delà des deux ou des trois premières semaines sera octroyée de façon à ne pas dérégler la production et, dans la mesure du possible, ces jours de vacances doivent être pris à l'occasion de fêtes régionales, locales ou autres.

La prise de demi-jours de vacances est interdite sauf en ce qui concerne :

- le demi-jour de vacances qui est complété par un demi-jour de repos habituel;
- le fractionnement en demi-jours de trois journées de la quatrième semaine de vacances sur demande du travailleur et pour autant que cela soit de nature à ne pas désorganiser le travail dans l'entreprise.

C. Non-imputation de certains jours

Lors de la fixation de la période de vacances, l'employeur doit tenir compte de certains jours d'inactivité qui ne peuvent pas être imputés sur les jours de vacances.

C'est-à-dire :

- les jours à prendre en considération en vertu de la législation relative à l'octroi des salaires aux travailleurs pendant un certain nombre de jours fériés par an;
- les jours d'interruption de travail en cas de repos de maternité ou de congé de paternité (1);
- les jours d'interruption de travail assimilés à des jours de travail effectif normal, sauf en cas de suspension pour des raisons économiques, participation à une grève ou arrêt du travail dû à une grève ou lorsque la cause de l'interruption de travail naît pendant les vacances (p.e. une maladie);
- les jours de repos imposés par la législation concernant la durée du travail et le repos du dimanche;
- les jours d'absence du travail en vue d'une participation à des cours ou à des journées d'études consacrés à la promotion sociale;
- le jour habituel d'inactivité lorsque le travail hebdomadaire est réparti sur cinq jours et tout autre jour habituel d'inactivité résultant de la réduction de la durée du travail en dessous de la limite hebdomadaire fixée par les lois sur la durée du travail et leurs arrêtés d'exécution; toutefois un jour habituel d'inactivité peut être imputé sur les jours de vacances par tranche complète de six jours de vacances successifs ou non, sous réserve d'autres dispositions prises en commission paritaire.

(1) le congé de paternité ici visé concerne la conversion du repos de maternité en congé de paternité lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

D. Prescription

L'action publique résultant des infractions aux dispositions des lois coordonnées du 28 juin 1971 relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés et de ses arrêtés d'exécution se prescrit par 5 ans à compter du fait qui a donné naissance à l'action (1).

L'action civile découlant d'une infraction se prescrit par cinq ans (2).

Section 2. Ouvriers et apprentis ouvriers

A. Durée des vacances

1. Vacances ordinaires (3)

La durée légale des vacances d'un travailleur salarié est déterminée comme suit :

Nombre total de jours de travail effectif normal et de jours assimilés			Nombre de jours de vacances légales (exprimé en jours dans le standard d'un régime de travail de 5 jours par semaine à temps plein)
231 et plus			20
de 221	à	230	19
de 212	à	220	18
de 202	à	211	17
de 192	à	201	16
de 182	à	191	15
de 163	à	181	14
de 154	à	162	13
de 144	à	153	12
de 135	à	143	11
de 125	à	134	10
de 106	à	124	9
de 97	à	105	8
de 87	à	96	7
de 77	à	86	6
de 67	à	76	5
de 48	à	66	4
de 39	à	47	3
de 20	à	38	2
de 10	à	19	1
de 0	à	9	0

(1) Ce délai est en vigueur depuis le 1er janvier 2002 en application de la loi-programme du 30 décembre 2001 (M.B du 31 décembre 2001), modifiant l'article 60 des lois coordonnées.
(2) Loi-programme du 30 décembre 2001 (M.B. du 31 décembre 2001), insère un article 46 bis dans les lois coordonnées le 28 juin 1971 pour les ouvriers.
(3) A.R. 5 mai 2004, (M.B. 12 mai 2004).

Pour chaque situation d'occupation durant l'exercice de vacances, les journées de travail effectif normal et les journées d'inactivité à prendre en considération pour le calcul de la durée des vacances en fonction de l'article 36 de l'A.R. du 30 mars 1967 sont additionnées et converties dans le régime standard de la semaine de cinq jours. Le nombre obtenu est ensuite multiplié par la fraction d'occupation du travailleur salarié selon la formule suivante :

$$A \times 5/R \times Q/S$$

A = nombre total de jours à prendre en compte pour le calcul de la durée des vacances dans une situation d'occupation déterminée;
R = nombre moyen de jours par semaine durant lesquels le travailleur est censé travailler sur la base de son contrat dans la situation d'occupation;
Q = nombre moyen d'heures par semaine durant lesquelles le travailleur est censé travailler sur la base de son contrat dans la situation d'occupation;
S = nombre moyen d'heures par semaine pendant lesquelles la personne de référence est censée effectuer un travail.

Les résultats des différentes situations d'occupation d'un exercice de vacances, exprimés en jours avec deux décimales, sont additionnés.

Si, pendant un même exercice de vacances, un travailleur a été occupé selon différents régimes de travail, seul le résultat final est arrondi. Dans ce cas, il ne sera pas tenu compte des décimales inférieures à cinquante. Dans le cas de décimales supérieures ou égales à cinquante, elles seront arrondies à l'unité supérieure.

Le nombre de jours de vacances légales auquel un travailleur a droit, qu'il soit occupé à temps plein ou à temps partiel au moment de la prise de ses vacances, est toujours limité à quatre semaines dans son régime de travail.

1.1. Journées assimilées

Sont assimilées à des journées de travail effectif normal, les journées d'interruption du travail résultant :

1° d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle donnant lieu à réparation.
Durée de l'assimilation :
- la période d'incapacité temporaire totale;
- les douze premiers mois de la période d'incapacité temporaire partielle consécutive à une incapacité temporaire totale à condition que le pourcentage de l'incapacité temporaire partielle reconnue soit au moins égal à 66%;

2° d'un accident ou d'une maladie non visés au 1°.
Durée de l'assimilation :
- les douze premiers mois de l'interruption du travail;
- toute nouvelle interruption de travail qui survient pour cause d'accident ou de maladie, après une reprise de travail dont la durée n'atteint pas 14 jours est considérée comme la continuation de l'interruption de travail précédente;

3° et 4° du repos de maternité ou d'un congé de paternité (1);

(1) On entend ici par congé de paternité la conversion du repos de maternité en congé de paternité lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

Durée de l'assimilation : les périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 39 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail;

5° de l'accomplissement d'obligations de milice (le bénéfice de l'assimilation est reconnu également aux travailleurs de nationalité étrangère ressortissant de l'un des Etats membres des Communautés européennes, appelés dans leur pays d'origine pour y accomplir leur terme normal de service militaire en temps de paix).
Durée de l'assimilation :
- les douze premiers mois de l'interruption du travail;
- pour les travailleurs dont le terme normal du service est inférieur à douze mois, la période pendant laquelle ils sont maintenus sous les drapeaux au-delà du terme normal pour des raisons d'ordre disciplinaire, n'est pas assimilée;

6° de l'accomplissement de devoirs civiques, sans maintien de la rémunération.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir la tâche.

7° de l'accomplissement d'un mandat public.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir ce mandat;

8° de l'exercice de la fonction de juge social.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour exercer la mission;

9° de l'accomplissement d'une mission syndicale.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour exercer la mission;

10° de la participation à des cours ou à des journées d'études consacrés à la promotion sociale;
Durée de l'assimilation : la durée de la participation;

11° de la participation à une grève survenue au sein de l'entreprise pour les travailleurs qui y ont pris part, à condition que cette grève ait eu l'accord ou l'appui de l'une des organisations syndicales interprofessionnelles, représentées au Conseil national du travail.
Durée de l'assimilation : l'assimilation est limitée à la durée de la grève;

12° d'un lock-out;
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la période durant laquelle le contrat de travail a été suspendu;

13° du chômage temporaire par suite de grève pour les travailleurs auxquels la qualité de chômeur a été reconnue en vertu de l'article 73 de l'A.R. du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et moyennant approbation du Comité de gestion de l'Office national des Vacances annuelles.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux journées auxquelles la qualité de chômeur a été reconnue;

14° d'une suspension du contrat de travail ou du contrat d'apprentissage de professions exercées par des travailleurs salariés pour chômage temporaire par suite de manque de travail résultant de causes économiques.

Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes fixées par l'article 51 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou un arrêté royal portant dérogation; pour les travailleurs à domicile : à la période répondant aux conditions prévues à l'article 75 de l'A.R. du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage;

15° d'un congé prophylactique.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la durée de l'interruption obligatoire prévue à l'article 239, §1er, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

16° de l'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la période pendant laquelle la titulaire allaitante peut prétendre à l'indemnité de maternité visée à l'art. 219bis, alinéa 2 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

17° des jours fériés et des jours de remplacement durant une période de chômage temporaire, visés à l'article 13, § 2, de l'A.R. du 18 avril 1974 déterminant les modalités générales d'exécution de la loi du 4 janvier 1974 relative aux jours fériés.
Durée de l'assimilation : la limitation est fixée par l'art. 13,§2 de l'A.R. du 18 avril 1974 déterminant les modalités générales d'exécution de la loi du 4 janvier 1974 relative aux jours fériés;

18° d'un congé de paternité visé par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail et par la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure ou d'un congé d'adoption.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'art. 30, §2 ou §3 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'art. 25quinquies, §2 ou §3 de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement de navigation intérieure.

1.2. Conditions d'assimilation

Pour bénéficier de l'assimilation, le travailleur doit remplir les conditions suivantes :

- être engagé dans les liens d'un contrat de louage de travail ou d'apprentissage le jour durant lequel un travail effectif normal est censé être accompli précédant le premier jour de la période assimilable;
- ne pas avoir été en congé sans solde durant toute la partie du trimestre précédant la période assimilable, et si cette période assimilable a débuté dans le courant du premier mois, ne pas avoir été en congé sans solde également durant tout le trimestre précédant.

2. Vacances jeunes (1)

Le jeune qui termine ses études, est âgé de moins de 25 ans et travaille au moins un mois comme salarié peut, l'année suivante, prendre des vacances jeunes en complément de son droit incomplet à des vacances. Pour le jour de vacances jeunes, il perçoit à charge de l'assurance chômage une allocation égale à 65 % de son salaire plafonné.
Pour plus d'information, vous pouvez vous adresser à la caisse d'assurance chômage la plus proche de votre domicile ou au bureau de chômage de l'ONEM.

B. Pécule de vacances

1. Pécule de vacances ordinaire

Le montant du pécule de vacances est égal à 15,38% des rémunérations brutes à 108% (2) de l'exercice de vacances qui ont servi de base au calcul de la cotisation due pour la constitution de ce pécule. Ces rémunérations sont éventuellement majorées d'une rémunération individualisée fictive pour les jours d'inactivité qui sont assimilés à des jours de travail effectif normal.

Le pécule de vacances est constitué :

- du pécule simple (8%) pour 4 semaines de vacances;
- du double pécule (7,38%) pour 4 semaines de vacances.

En vertu de l'A.R. du 9 janvier 1995 (3) la rémunération quotidienne moyenne afférente aux journées d'inactivité assimilées à des journées de travail effectif normal, est égale à 100% de sa rémunération journalière moyenne. Il est à remarquer que le total des rémunérations fictives et effectives ne peut en aucun cas excéder le total des rémunérations effectives qui auraient pu être prises en considération si on avait accordé au travailleur des journées d'inactivité assimilées à des journées de travail effectif normal.

La rémunération quotidienne moyenne, dans chaque situation d'occupation d'un travailleur, est égale au quotient de la division ayant pour dividende, 100/108 du total des rémunérations qui ont servi de base au calcul de la cotisation du pécule de vacances et pour diviseur, le nombre de journées rémunérées en application de la législation sur la sécurité sociale des travailleurs.

Dans les secteurs industriels, les professions et les entreprises où la rémunération globale ou horaire ne peuvent être mesurées, le pécule de vacances pour les journées d'interruption de travail assimilées à des journées de travail effectif normal est calculé sur une rémunération forfaitaire fixée comme suit :

---

(1) article 5 des lois coordonnées le 28 juin 1971.
(2) Pour les ouvriers et assimilés les cotisations de sécurité sociale sont calculées sur la rémunération brute augmentée de 8%. Ceci en raison du fait qu'ils ne reçoivent pas leur pécule de vacances de leur employeur mais de l'Office national des vacances annuelles ou d'une caisse de vacances. Ils ne reçoivent donc aucune rémunération de leur employeur pour les jours de vacances légaux (le pécule simple). En augmentant la base de calcul de 8% les cotisations des employeurs et des travailleurs sur le pécule simple sont payées indirectement, en même temps que la rémunération normale. Sur la partie du pécule de vacances qui correspond au pécule simple n'est par conséquent retenue aucune cotisation de l'employeur.
(3) A.R. du 9 janvier 1995 fixant pour les travailleurs manuels et assimilés assujettis à la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, la rémunération fictive afférente aux journées d'inactivité assimilées à des journées de travail effectif par la législation relative aux vacances annuelles des travailleurs salariés (M.B. du 16 mars 1995).

- pour les travailleurs âgés de 18 ans ou plus au 31 décembre de l'exercice de vacances : 41,89 EUR; pour les personnes liées par un contrat de travail ayant trait à des prestations artistiques et/ou à des oeuvres artistiques à fournir au sens de l'article 1erbis, §2, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, la rémunération journalière fictive ne peut pas dépasser le double de cette rémunération forfaitaire;
- pour les travailleurs âgés de moins de 18 ans au 31 décembre de l'exercice de vacances : 30,24 EUR;
- pour les apprentis dont le contrat d'apprentissage ou l'engagement d'apprentissage contrôlé a été agréé conformément à la réglementation relative à la formation permanente dans les classes moyennes et les apprentis dont le contrat d'apprentissage a été conclu sous le contrôle de la commission paritaire de l'industrie et du commerce du diamant : 15,37 EUR.

Le pécule de vacances est payé par la caisse de vacances à laquelle l'employeur est affilié pour l'exercice de vacances concerné ou par l'Office national des Vacances annuelles. En cas de changement d'employeur en cours d'exercice de vacances, plusieurs caisses de vacances peuvent être appelées à payer le pécule de vacances.

Le paiement se fait au moment de la prise des vacances, et en cas de vacances fractionnées, à l'occasion des vacances principales et ceci au plus tôt le 2 mai et au plus tard le 30 juin de l'année de vacances. A cet effet la date des vacances, ou éventuellement la date des vacances principales doit être communiquée par l'employeur à la caisse de vacances au moins six semaines avant le départ en congé.

Sans préjudice des règles particulières qui peuvent être prévues dans les arrêtés organiques des caisses spéciales de vacances, le pécule de vacances est payé au travailleur salarié, à sa demande, par virement sur un compte bancaire ou un chèque postal. A défaut le paiement se fera par chèque circulaire ou autre moyen de paiement disponible.

Pour les travailleurs et apprentis travailleurs, les cotisations de sécurité sociale sont calculées de façon forfaitaire et indirecte sur le pécule simple en augmentant toutes les rémunérations de ces travailleurs de 8% lors de la déclaration à l'Office national de sécurité sociale.

Sur une partie du double pécule (6,80%) une retenue de 13,07% est effectuée, en vertu de l'article 39 de la loi du 29 juin 1981, établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, modifié par l'article 5, 2°, de l'A.R. du 1er mars 1989.

N.B. Pour leurs prestations à partir du 1er juillet 2003, les artistes, recevront en 2004 leur pécule de vacances de l'Office national des vacances annuelles (1).

(1) Loi-programme du 24 décembre 2002 : Chapitre 11 – Section 5 (M.B. 31 décembre 2002).

Section 3. Employés et apprentis employés

A. Durée des vacances

1. Vacances ordinaires

La durée des vacances est déterminée à raison de deux jours par mois de prestation effective ou d'interruption de travail assimilée à du travail effectif chez un ou plusieurs employeurs au cours de l'exercice de vacances. Ces travailleurs peuvent prétendre à un maximum de 24 jours (régime de travail de six jours par semaine) ou 20 jours de congé (régime de travail de cinq jours par semaine).

1.1. Journées assimilées

Sont assimilées à des journées de travail effectif normal, les journées d'interruption du travail résultant :

1° d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle donnant lieu à réparation.
Durée de l'assimilation :
- la période d'incapacité temporaire totale;
- les douze premiers mois de la période d'incapacité temporaire partielle consécutive à une incapacité temporaire totale à condition que le pourcentage de l'incapacité temporaire partielle reconnue soit au moins égal à 66%;

2° d'un accident ou d'une maladie non visés sous 1°.
Durée de l'assimilation :
- les douze premiers mois de l'interruption de travail;
- toute nouvelle interruption de travail qui survient pour cause d'accident ou de maladie, après une reprise de travail dont la durée n'atteint pas 14 jours, est considérée comme la continuation de l'interruption de travail précédente;

3° et 4° du repos de maternité et du congé de paternité (1).
Durée de l'assimilation :
les périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 39 de la loi du 16 mars 1971 sur le travail;

5° de l'accomplissement d'obligations de milice; (le bénéfice de l'assimilation est reconnu également aux employés ou apprentis employés de nationalité étrangère ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne, appelés dans leur pays d'origine pour y accomplir leur terme normal de service militaire en temps de paix).
Durée de l'assimilation :
- les douze premiers mois de l'interruption de travail;
- pour les travailleurs dont le terme normal du service est inférieur à douze mois la période pendant laquelle ils sont maintenus sous les drapeaux au-delà du terme normal pour des raisons d'ordre disciplinaire n'est pas assimilée;

6° de l'accomplissement de devoirs civiques, sans maintien de la rémunération.
Durée de l'assimilation : voir 5°;

(1) On entend ici par congé de paternité la conversion du repos de maternité en congé de paternité lors du décès ou de l'hospitalisation de la mère.

7° de l'accomplissement d'un mandat public.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir ce mandat;

8° de l'exercice de la fonction de juge social;
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir cette fonction;

9° de l'accomplissement d'une mission syndicale.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir cette mission;

10° de la participation à des cours ou à des journées d'études consacrés à la promotion sociale.
Durée de l'assimilation : durée de la participation;

11° de la participation à une grève survenue au sein de l'entreprise, à condition que cette grève ait eu l'accord ou l'appui de l'une des organisations syndicales interprofessionnelles, représentées au Conseil national du travail.
Durée de l'assimilation : l'assimilation est limitée à la durée de la grève;

12° d'un lock-out.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la période durant laquelle le contrat de travail a été suspendu;

13° d'un congé prophylactique.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la durée de l'interruption obligatoire prévue à l'article 239, §1er, de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

14° de l'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité.
Durée de l'assimilation : en cas d'allaitement, l'assimilation est limitée à la fin du cinquième mois suivant l'allaitement (dans tous les cas, la durée est limitée à la période pendant laquelle la titulaire allaitante peut prétendre à l'indemnité de maternité visée à l'art. 219bis, alinéa 2 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994);

15 ° d'un congé de paternité et d'adoption en vertu de l'article 30, § 2 ou § 3 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25quinquies, § 2 ou § 3 de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure.
Durée de l'assimilation : l'assimilation est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 30, § 2 ou § 3 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25quinquies, § 2 ou § 3 de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure.

1.2. Conditions d'assimilation

Pour bénéficier de l'assimilation les conditions suivantes doivent être remplies :

- le jour de l'événement, l'employé ou l'apprenti employé doit être lié par un contrat de travail ou d'apprentissage. Quand le contrat vient à expiration, l'assimilation se termine (1);

(1) Cours du Travail d'Anvers, 28 janvier 1982, inédit.

- l'employé ou l'apprenti employé ne peut jouir des assimilations visées sous le 6° jusqu'au 11° de l'assimilation visée sous le 6° jusqu'à 11° que s'il présente à son employeur un document justificatif émanant du secrétariat ou du greffe de l'organisme, de l'institution, de la juridiction ou du syndicat intéressé.

2. Vacances jeunes (1)

Le jeune qui termine ses études, est âgé de moins de 25 ans et travaille au moins un mois comme salarié peut, l'année suivante, prendre des vacances jeunes en complément de son droit incomplet à des vacances. Pour le jour de vacances jeunes, il perçoit à charge de l'assurance chômage une allocation égale à 65 % de son salaire plafonné.
Pour plus d'information, vous pouvez vous adresser à la caisse d'assurance chômage la plus proche de votre domicile ou au bureau du chômage de l'ONEM.

B. Pécule de vacances

1. Pécule de vacances ordinaire

Le pécule de vacances de l'employé ou de l'apprenti employé est payé par l'employeur au moment où il prend ses vacances principales.

Il comprend :
- un pécule simple : pour les jours de vacances compris dans la rémunération mensuelle;
- un double pécule : par mois travaillé ou assimilé de l'exercice de vacances un supplément égal à 1/12 de 92% de la rémunération brute du mois pendant lequel les vacances prennent cours.

La partie de la rémunération ne servant pas de base au calcul des cotisations de sécurité sociale n'est pas prise en compte pour le calcul du montant du pécule de vacances (2).

Les employés dont la rémunération est totalement variable (commissions, primes, pourcentages, remises etc.) ont droit par journée de vacances à un pécule simple égal à la moyenne quotidienne des rémunérations brutes des douze mois (ou une partie des douze mois) qui précèdent le mois au cours duquel les vacances sont prises.

Le nombre maximum de jours de travail (effectifs ou assimilés) par mois est fixé à 25 pour les employés occupés en régime de travail de six jours par semaine, et à une fraction de 25 proportionnelle au régime de travail pour les employés occupés selon un régime de travail de moins de six jours par semaine.

Le pécule double est calculé sur base de la moyenne mensuelle des mêmes rémunérations.

En cas d'étalement des vacances, la période de douze mois à prendre en considération est celle qui précède le mois au cours duquel le travailleur prend ses vacances principales.

Le pécule de vacances des employés dont la rémunération est partiellement fixe et partiellement variable est obtenu par l'application des deux modes de calcul.

(1) Article 5 des lois coordonnées du 28 juin 1971.
(2) A.R. du 18 février 2003 (M.B. du 6 juin 2003).

2. Cas particuliers

Dans certains cas (Art.46 de l'A.R. du 30 mars 1967 déterminant les modalités générales d'exécution des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés – fin de contrat, interruption de carrière ou crédit-temps, …), l'employeur est tenu de payer un pécule de vacances anticipé correspondant à 15,34 % des rémunérations brutes gagnées pendant l'exercice de vacances en cours et éventuellement 15,34 % des rémunérations brutes gagnées pendant l'exercice de vacances précédent si l'employé n'a pas encore pris les vacances s'y rapportant.

III. Prestations des fonctionnaires

Section 1. Personnel des administrations fédérales

A. Durée des vacances

La durée des vacances varie selon l'âge des agents de l'Etat :

- moins de 45 ans : 26 jours ouvrables
- de 45 à 49 ans : 27 jours ouvrables
- à partir de 50 ans : 28 jours ouvrables

Certains agents de l'Etat jouissent d'un congé annuel de vacances supplémentaire dont la durée est fixée comme suit selon leur âge :

- à 60 ans : +1 jour ouvrable
- à 61 ans : +2 jours ouvrables
- à 62 ans : +3 jours ouvrables
- à 63 ans : +4 jours ouvrables
- à 64 ans : +5 jours ouvrables

Toute période d'activité de service donne droit à un congé annuel de vacances. Toutefois, lorsqu'un agent entre en service dans le courant de l'année, démissionne de ses fonctions, est engagé pour effectuer des prestations incomplètes ou obtient au cours de l'année des congés et des autorisations de s'absenter, énumérés dans la liste suivante, son congé est réduit à due concurrence :

- des congés pour accomplir un stage ou une période d'essai dans un autre emploi dans un service public ou dans l'enseignement subventionné;
- des congés pour présenter sa candidature à des élections;
- des congés pour interruption de la carrière professionnelle;
- des congés pour mission;
- des absences pour lesquelles l'agent est placé dans la position administrative de non-activité ou de disponibilité;
- en vertu de la semaine volontaire de quatre jours;
- en cas de départ anticipé à mi-temps.

Si le nombre de jours de congé ainsi calculé ne forme pas un nombre entier, il est arrondi à l'unité immédiatement supérieure.

B. Pécule de vacances

Les agents bénéficient chaque année d'un pécule de vacances se composant d'une partie forfaitaire et d'une partie variable. Il est payé dans le courant du mois de mai.

En 2004 la partie forfaitaire était de 944,67 EUR.

Depuis 1991, la partie forfaitaire octroyée au cours de l'année précédente est chaque fois augmentée d'un pourcentage en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation; sont pris en considération, les indices qui sont en vigueur en janvier de l'année de référence et en janvier de l'année des vacances.

La partie variable équivaut à un pourcentage de la rémunération annuelle brute liée à l'indice des prix à la consommation qui détermine la rémunération due pour le mois de mars de l'année des vacances. Pour l'année 2002, la partie variable équivalait à 1,1 %.
Par ailleurs, certains agents ont à partir de 2002 ou de 2003 bénéficié d'un supplément de pécule de vacances appelé « prime Copernic ».

Une retenue de 13,07 % est appliquée sur le pécule de vacances et sur la prime.

En cas d'engagement à temps partiel, le pécule de vacances est réduit à due concurrence.

Section 2. Personnel des administrations provinciales et locales

A. Administrations provinciales

1. Durée des vacances

Le droit au congé est déterminé dans les statuts administratifs du personnel des différentes provinces. A cet effet, il est renvoyé au régime de vacances des travailleurs du secteur public. Celui-ci est appliqué aux agents nommés à titre définitif et aux agents contractuels. Pendant la durée des vacances les membres du personnel bénéficient de leur traitement intégral, vu que cette période est considérée comme une période d'activité.

2. Pécule de vacances

La réglementation concernant les vacances annuelles des travailleurs salariés n'est pas d'application pour le personnel des administrations provinciales. Les membres du personnel des administrations provinciales jouissent tous du pécule de vacances du secteur public.

Avant la régionalisation de la loi provinciale, étaient appliquées à tous les membres du personnel des provinces les dispositions de l'A.R. du 30 janvier 1979 concernant l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume. Ils recevaient donc annuellement un pécule qui était composé d'une partie forfaitaire et d'une partie variable.

C'est encore toujours momentanément le cas pour les membres du personnel des provinces en Région wallonne.

En Région flamande, le pécule des membres du personnel des provinces est établi depuis le 1er janvier 2002 conformément aux dispositions de l'arrêté du Conseil flamand du 13 décembre 2002 qui prévoit une augmentation par étapes du pécule jusqu'à 92 % du salaire brut mensuel.

B. Administrations locales

1. Personnel nommé à titre définitif et personnel contractuel

1.1. Durée des vacances

Les statuts administratifs du personnel, établis par l'administration locale, régissent le régime de vacances applicable.

Pour les membres du personnel nommé, est toujours d'application la réglementation du secteur public - c'est-à-dire la réglementation qui vaut pour les fonctionnaires fédéraux ou pour les fonctionnaires de l'autorité régionale.

Tel que mentionné dans le chapitre I, sous section 2, pour le personnel contractuel des administrations provinciales et locales, autre que les agents contractuels subventionnés, les administrations locales peuvent appliquer soit le régime qui est d'application pour les travailleurs du secteur public, soit le régime des vacances annuelles des travailleurs salariés (1).

1.2. Pécule de vacances

Il faut à nouveau renvoyer au régime applicable aux travailleurs du secteur public et à celui qui s'applique aux travailleurs salariés du secteur privé.

Le personnel nommé à titre définitif bénéficie d'un pécule de vacances égal à celui du personnel du secteur public.

Avant la régionalisation de la loi communale, à tous les membres du personnel des administrations locales étaient appliquées les dispositions de l'A.R. du 30 janvier 1979 concernant l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume. Ils recevaient donc un pécule de vacances qui était composé d'une partie forfaitaire et d'une partie variable.

Actuellement, en Région de Bruxelles-Capitale, sur base du protocole d'accord, qui a été conclu en mai 2003 au sein du Comité de négociation C (subdivision Région bruxelloise), le pécule de vacances est fixé à partir de 2004 à un pourcentage de la rémunération brute mensuelle et est progressivement augmenté à 92% de celle-ci en fonction du niveau du membre du personnel.
En Région wallonne, c'est le protocole 2003/02 établi à la suite du Comite c wallon des services publics locaux et provinciaux du 7 novembre 2003, qui règle la matière. Il est prévu qu'une augmentation du pécule de vacances jusqu'à 92% du montant de la rémunération mensuelle soit négociée localement d'ici 2009.

En Région flamande, le pécule de vacances pour les membres du personnel nommé à titre définitif est fixé depuis le 1er janvier 2002 conformément aux dispositions de l'arrêté du Conseil flamand du 13 septembre 2002 qui prévoit également une augmentation par étapes du pécule de vacances jusqu'à 92 % du salaire brut mensuel.

Le personnel contractuel des administrations locales bénéficie d'un pécule de vacances soit du secteur public soit du secteur des travailleurs salariés, conformément aux statuts administratifs établis par l'administration.

En cas d'application du régime de vacances annuelles des travailleurs salariés, s'appliquent seules les dispositions relatives aux employés, de sorte que les ouvriers occupés par une administration locale, bénéficient du même régime que les employés.

(1) Article 17 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses, modifié par l'article 59 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales.

2. Contractuels subventionnés

En Région flamande, et en Région bruxelloise en vertu de l'article 8 de l'A.R. n° 474 du 28 octobre 1986 portant création d'un régime de contractuels subventionnés par l'Etat auprès de certains pouvoirs locaux, les contractuels subventionnés ne sont pas assujettis aux lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés, coordonnées par l'A.R. du 28 juin 1971.

La durée des vacances est déterminée par exercice de référence, sur la base des prestations accomplies au cours de cet exercice. La durée des vacances pour 12 mois de travail et pour les journées d'inactivité assimilées à des journées de travail doit être au moins de 20 jours dans le régime de la semaine de 5 jours de travail.
L'administration locale paie au contractuel subventionné :

- la rémunération normale pour les jours de vacances;
- un supplément qui est au moins égal au pécule de vacances attribué au personnel du secteur public nommé à titre définitif, calculé et payé conformément à l'A.R. du 30 janvier 1979 relatif à l'octroi d'un pécule de vacances aux agents des administrations locales concernées.

En Région wallonne, l'article 36 du décret wallon du 25 avril 2002 a abrogé l'article 8 de l'A.R. n° 474 à partir du 1er janvier 2004.
Désormais, suite à cette abrogation les contractuels subventionnés tombent sous le même régime de vacances des autres contractuels : les dispositions légales propres au secteur privé en matière de pécules de vacances (lois coordonnées sur les vacances annuelles du 28 juin 1971 et l'A.R. du 30 mars 1967 déterminant les modalités générales d'exécution des lois relatives aux vacances annuelles salariés) s'appliquent pour autant que l'administration n'opte pas pour le régime des vacances annuelles du secteur public.

IV. Financement

Le pécule de vacances est payé directement aux employés et apprentis employés par l'employeur à qui incombe l'intégralité de la charge.

Le pécule de vacances des ouvriers et apprentis ouvriers est financé quasi intégralement par les cotisations des employeurs. Dans la cotisation globale de sécurité sociale un pourcentage de 16,27 % est destiné au financement du pécule de vacances (une cotisation trimestrielle de 6% et une cotisation annuelle de 10,27 % sur les rémunérations brutes à 108 %).

Cette part est versée par l'Office national de sécurité sociale à l'Office national des vacances annuelles. A son tour, celui-ci transfère les montants que l'Office national de sécurité sociale lui a fait parvenir aux caisses spéciales de vacances.

Ce financement est complété par une retenue de solidarité de 1 % qu'effectue la caisse de vacances sur les pécules de vacances bruts qui sont à payer aux ouvriers et apprentis ouvriers.
Cette retenue de solidarité est destinée au financement des journées assimilées à des journées de travail effectif. Le pécule de vacances est financé également par ce que rapportent les placements des cotisations et des capitaux.

V. Organisation administrative

L'application de la législation relative aux vacances annuelles des employés est intégralement confiée à l'employeur qui les occupe. Pour les ouvriers, la législation concernant le calcul et le paiement du pécule de vacances légal est appliquée par l'Office national des vacances annuelles ou par des caisses spéciales de vacances. Ces organismes ne peuvent subordonner le paiement du pécule de vacances légal au versement de la cotisation de vacances par l'employeur.

Un employeur qui occupe des ouvriers est obligé de s'affilier à une caisse de vacances dont la compétence correspond à l'activité de son entreprise. En règle générale, cette compétence coïncide avec celle de la commission paritaire dont l'entreprise relève.

Une entreprise à plusieurs activités dont l'activité principale est déterminante pour la faire ressortir à une seule commission paritaire doit être affiliée à la caisse de vacances dont la compétence correspond à celle de cette commission paritaire.

Une entreprise qui ne relève pas d'un secteur d'activités déterminé et qui n'occupe pas une catégorie déterminée de travailleurs relevant d'une caisse spéciale de vacances, doit être affiliée à l'Office national des vacances annuelles. L'employeur garde toutefois la responsabilité de l'octroi des vacances proprement dites, tant en ce qui concerne l'octroi du nombre de jours exact qu'en ce qui concerne la période fixée par une convention collective ou individuelle ou par le conseil d'entreprise.

VI. Contrôle et sanction

1. Contrôle

Sans préjudice des devoirs qui incombent aux officiers de police judiciaire, les inspecteurs et contrôleurs sociaux du Service public fédéral Sécurité sociale ainsi que les agents de l'ONVA désignés par le Ministre sont chargés de surveiller, entre autres, l'application des lois coordonnées sur les vacances annuelles des travailleurs salariés et des arrêtés pris en vertu de celles-ci.

2. Sanctions

Les lois coordonnées du 28 juin 1971 relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés prévoient des sanctions pénales en cas de non-respect de leurs dispositions.

VII. Renseignements généraux

Section 1. Adresses utiles

Service public fédéral Sécurité sociale Service Vacances annuelles Place Victor Horta, 40 Boîte 20 1060 Bruxelles *http://www.socialsecurity.fgov.be*	F 02/528.63.99 N 02/528.63.97
Office national de vacances annuelles (ONVA) rue des Champs Elysées 12 1050 Bruxelles *hhtp://www.onva-rjv.fgov.be*	02/627.91.11
- service pécule de vacances - service problèmes de paiement - récupérations - retenues et saisies - inspection	02/627.93.40-50-60 02/627.94.65-66 02/629.54.41 02/629.54.35 02/629.62.75
Service public fédéral Personnel et Organisation Direction générale Organisation Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations Rue de la Loi 51 (bte 4) 1040 Bruxelles	02/790 58 00

Section 2. Législation

L'ONVA publie une coordination officieuse des lois et arrêtés concernant les vacances annuelles des travailleurs salariés.

Une réglementation coordonnée officieusement qui porte sur le régime des congés des fonctionnaires fédéraux peut être consultée sur le site http://www.belgium.be/eportal, sous la rubrique 'Fonctionnaires'.

Section 3. Publications de l'ONVA

- rapport annuel;
- brochure vulgarisée relative aux vacances annuelles des travailleurs salariés;
- dépliant précisant les missions et les compétences de l'ONVA;
- les vacances annuelles en Belgique "La genèse et l'évolution jusqu'à nos jours";
- commentaires explicatifs quant aux droits et devoirs des ayants droit aux vacances annuelles;
- cassette vidéo ayant pour thème "*La chasse au pécule de vacances*", dont le but consiste à expliquer de manière compréhensible le fonctionnement de l'ONVA (cette cassette vidéo traitant uniquement du pécule de vacances des ouvriers, peut être empruntée gratuitement).

Titre IX. Assurance sociale en cas de faillite

Cette assurance est régie par l'A.R. du 18 novembre 1996 (M.B. 13 décembre 1996) instaurant une assurance sociale en faveur des travailleurs indépendants en cas de faillite et des personnes assimilées et par l'A.R. du 6 juillet 1997 (M.B. 2 août l997). Elle est entrée en vigueur le 1er juillet 1997.

Cette assurance sociale est applicable aux travailleurs indépendants faillis, ainsi qu'aux gérants, administrateurs et associés actifs d'une société commerciale déclarée en faillite. Les indépendants faillis ne peuvent qu'une seule fois au cours de leur carrière professionnelle :

- obtenir, pendant six mois au maximum, une prestation mensuelle : de 854,28 EUR ou 711,89 EUR pendant les 2 premiers mois selon qu'ils ont ou non au moins une personne à charge; pendant les quatre derniers mois ces montants s'élèvent respectivement à 569,52 EUR ou 427,13 EUR.

Ces prestations sont accordées aux conditions suivantes :

a) Les bénéficiaires doivent prouver leur assujettissement pendant les quatre trimestres qui précèdent le premier jour du trimestre suivant celui du jugement déclaratif de faillite;
b) Avoir été redevables pour la période visée au 1° des cotisations dues par un travailleur indépendant à titre principal;
c) Avoir leur résidence principale en Belgique;
d) A partir du premier jour ouvrable qui suit celui au cours duquel le jugement déclaratif de faillite a été prononcé, ne pas exercer d'activité professionnelle ou ne pas pouvoir prétendre à des revenus de remplacement.

- ouvrir gratuitement des droits en matière d'assurance obligatoire soins de santé et en matière de prestations familiales pendant quatre trimestres au maximum. Pour bénéficier de ces droits les bénéficiaires doivent avoir leur résidence principale en Belgique, doivent prouver leur assujettissement au statut social des travailleurs indépendants pendant les quatre trimestres qui précèdent le premier jour du trimestre suivant celui du jugement déclaratif de faillite et doivent avoir été redevables des cotisations dues par un travailleur indépendant à titre principal. Ils ne peuvent pas exercer d'activité professionnelle ou se trouver dans une situation leur per-

mettant de sauvegarder des droits à une pension de retraite. En outre, ils ne peuvent pas bénéficier de droits à des prestations dans un régime obligatoire de pension, d'allocations familiales et d'assurance contre la maladie et l'invalidité, secteur soins de santé, au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants, du chef de l'activité ou d'une ancienne activité du conjoint.

La demande doit être introduite auprès de la Caisse d'assurances sociales à laquelle la personne qui souhaite bénéficier de cette assurance sociale était affiliée en dernier lieu, soit par lettre recommandée à la poste, soit par le dépôt d'une requête sur place (sous peine de forclusion, avant la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel le jugement déclaratif de faillite a été prononcé).

Extension de l'assurance aux non-commerçants.

Un A.R. du 14 janvier 1999 étend le bénéfice de cette assurance aux travailleurs indépendants ayant bénéficié d'un règlement collectif de dettes au sens de la loi en la matière, lorsqu'ils ont mis fin à leurs activités. Les avantages, conditions et modalités sont identiques à ceux des travailleurs indépendants faillis. Cet arrêté est entré en vigueur le 1er janvier 1999 (M.B. 24 décembre 1999). Toutefois la prestation financière est limitée actuellement à deux mois au maximum.

Partie III.

Aide sociale non liée à une branche de la sécurité sociale

Titre I. Allocations aux personnes handicapées

I. Prestations

La loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, telle que modifiée par la loi-programme du 22 décembre 1989, prévoit trois allocations :

- l'allocation de remplacement de revenus;
- l'allocation d'intégration;
- l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Section 1. Bénéficiaires

a) L'*allocation de remplacement de revenus* est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus 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. Le marché général du travail ne comprend pas l'emploi protégé.

b) L'*allocation d'intégration* est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 21 ans et de 65 ans au plus dont le manque d'autonomie ou dont l'autonomie réduite sont établis.
Est assimilée à une personne handicapée de 21 ans, la personne handicapée de moins de 21 ans, qui est ou a été mariée ou qui a un ou plusieurs enfants à charge ou dont le handicap est survenu après qu'il a cessé de bénéficier des allocations familiales.

Par « enfant à charge », il faut entendre :

- la personne de moins de 25 ans pour laquelle la personne handicapée ou la personne avec laquelle elle forme un ménage dans le sens de l'article 7, §3 de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées perçoit des allocations familiales ou une pension alimentaire fixée par jugement ou par une convention signée dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel;
- ou la personne de moins de 25 ans pour laquelle la personne handicapée paie une pension alimentaire fixée par jugement ou par une convention signée dans le cadre d'une procédure de divorce par consentement mutuel.

Le « ménage » est défini comme une cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré. Il n'y a donc plus de différence selon le sexe. En outre sont assimilées à un parent au 1er degré, la personne en famille d'accueil ainsi que les personnes qui l'accueillent.

Lorsque l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration prennent cours avant l'âge de 65 ans, le droit à ces allocations ne s'éteint pas lorsque cet âge est atteint pour autant que le droit reste payable sans interruption.
Une nouvelle demande (l'ancienne révision sur demande) d'allocation de remplacement de revenus ou d'allocation d'intégration ne peut être introduite à partir du 65ème anniversaire que pour l'allocation qui était payable à la personne handicapée à cette date anniversaire et pour autant qu'elle restait payable après cette date. Toutefois, après l'âge de 65 ans, seuls la capacité de gain et le degré d'autonomie établis avant cet âge sont pris en considération .

c) L'*allocation pour l'aide aux personnes âgées* est accordée à la personne handicapée âgée de 65 ans au moins dont le manque d'autonomie ou une autonomie réduite ont été établis.
Cette allocation n'est pas accordée à la personne handicapée qui a déjà droit à une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration. Il existe donc une nette séparation entre les bénéficiaires d'une allocation selon que le handicap est intervenu avant ou après l'âge de 65 ans. Ces personnes handicapées doivent en outre faire valoir leurs droits au revenu garanti aux personnes âgées, garantie de revenus aux personnes âgées et à la pension de retraite et de survie auxquels elles peuvent prétendre.

Section 2. Conditions d'octroi communes

A. Condition de résidence

Pour ces trois allocations, il faut résider réellement en Belgique, c'est-à-dire être inscrit au registre de la population et séjourner effectivement et en permanence en Belgique.

Les séjours à l'étranger dont le total par année civile n'excède pas 90 jours, le séjour dans un établissement de soins, le séjour pour des raisons professionnelles, le séjour chez un parent ou allié qui est obligé ou dont le conjoint ou la personne avec laquelle le parent ou allié cohabite, est obligé de séjourner à l'étranger pour y effectuer une mission ou y exercer des fonctions au service de l'Etat belge, le séjour pour lequel le Ministre a marqué autorisation expresse sont assimilés à la résidence en Belgique. La personne handicapée qui s'absente du Royaume est tenue d'en avertir le Service des prestations aux personnes handicapées un mois avant le départ et sauf dans le premier cas de mentionner la durée probable de son départ et les raisons.

B. Condition de nationalité

La personne handicapée doit être :

- soit belge;
- soit ressortissante d'un Etat membre de l'Union européenne;

- soit, islandaise, liechtensteinienne, norvégienne, suisse et satisfaire aux conditions du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés ainsi qu'aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté;
- soit marocaine, algérienne ou tunisienne qui satisfait aux conditions du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés ainsi qu'aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté;
- soit réfugiée;
- soit apatride;
- soit avoir bénéficié jusqu'à l'âge de 21 ans de la majoration des allocations familiales due en raison du handicap de l'enfant par la législation en matière d'allocations familiales pour travailleurs salariés ou indépendants;
- soit bénéficiaire de l'Accord intérimaire européen.

Section 3. Montants et catégories

a) Le montant de 1'*allocation de remplacement* de revenus varie selon que les bénéficiaires appartiennent à la catégorie A, B ou C.

Les catégories A, B et C sont définies comme suit :

Catégorie A : les personnes handicapées qui n'appartiennent ni à la catégorie B ni à la catégorie C.
Catégorie B : les personnes handicapées qui :
- soit vivent seules;
- soit séjournent nuit et jour dans une institution depuis trois mois au moins et n'appartenaient pas à la catégorie auparavant.

Catégorie C : les personnes handicapées qui :
- soit sont établies en ménage;
- soit ont un ou plusieurs enfants à charge.

Les montants annuels s'élèvent au 1er janvier 2005 :
- Catégorie A : 4.909,09 EUR
- Catégorie B : 7.363,64 EUR
- Catégorie C : 9.818,19 EUR.

b) Le montant de l'allocation d'intégration et de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées est un montant forfaitaire qui varie selon le degré d'autonomie et selon la catégorie à laquelle appartient la personne handicapée. A chaque catégorie correspond un nombre de points.

Pour la détermination du degré d'autonomie, il est fait usage d'une échelle médico-sociale où il est tenu compte des facteurs suivants :

- possibilités de se déplacer;
- possibilités d'absorber ou de préparer sa nourriture;
- possibilités d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller;
- possibilités d'entretenir son habitat et d'accomplir des tâches ménagères;
- possibilités de vivre sans surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure d'éviter les dangers;
- possibilités de communiquer et d'avoir des contacts sociaux.

1) Les montants annuels au 1er janvier 2005 pour l'*allocation d'intégration* s'élèvent à :

Catégorie I, de 7 à 8 points inclus : 961,23 EUR
Catégorie II, de 9 à 11 points inclus : 3.275,50 EUR
Catégorie III, de 12 à 14 points inclus : 5.233,84 EUR
Catégorie IV, de 15 à 16 points inclus : 7.625,05 EUR
Catégorie V, de 17 à 18 points inclus : 8.650,14 EUR
Moins de 7 points ne donne aucun droit à l'allocation d'intégration.

2) Les montants de l'allocation pour l'*aide aux personnes âgées* s'élèvent au 1er juillet 2004 à :

Catégorie I, de 7 à 8 points : 821,43 EUR
Catégorie I, de 9 à 11 points : 3.135,58 EUR
Catégorie II, de 12 à 14 points : 3.812,36 EUR
Catégorie III, de 15 à 16 points : 4.488,94 EUR
Catégorie IV, de 17 à 18 points : 5.514,03 EUR
Moins de 7 points ne donne pas droit à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Tous les montants relevés ci-avant sont liés à l'indice des prix à la consommation.

Section 4. L'enquête sur les revenus

Le montant des allocations est diminué du montant des revenus de la personne handicapée, de son conjoint ou de la personne avec laquelle elle forme un ménage, qui dépasse certains plafonds.
Ces plafonds peuvent être différents tant pour l'allocation de remplacement de revenus que pour l'allocation d'intégration et que pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, selon que le bénéficiaire appartient à la catégorie A, B ou C.

A. L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration

Les plafonds annuels s'élèvent au 1er janvier 2005 à :

	Allocation de remplacement de revenus	Allocation d'intégration
Catégorie A	552,05 EUR	4.860,49 EUR
Catégorie B	552,05 EUR	7.290,74 EUR
Catégorie C	552,05 EUR	9.720,98 EUR

Pour l'allocation de remplacement de revenus, il y a pour la personne qui forme un ménage avec la personne handicapée, un abattement de 2.454,55 EUR sur ses revenus, soit la moitié du montant payé pour la catégorie A.

En plus, il y a un abattement de 10 pct. sur les revenus professionnels de la personne handicapée.

Pour les revenus autres, il y a un abattement de 552,05 EUR (cf. tableau).

Pour l'allocation d'intégration, il y a un abattement de 18.056,59 EUR sur les revenus du partenaire pour autant que la personne handicapée touche une allocation d'intégration de catégorie III, IV ou V et en outre, on considère seulement la moitié des revenus qui dépassent ce montant. Il s'agit du « prix de l'amour ».

Il y a un abattement sur les revenus du partenaire de 1.656,15 EUR si la personne handicapée touche une allocation d'intégration de catégorie I ou II.

Sur les revenus du travail de la personne handicapée, il y a également un abattement de 18.056,59 EUR et les revenus qui dépassent ce montant sont seulement considérés pour la moitié. Il s'agit du « prix du travail ».

Sur les revenus de remplacement de la personne handicapée il y a les abattements suivants :

- si le revenu professionnel est supérieur à 18.056,59 EUR : 0 EUR;
- si le revenu professionnel est inférieur à 15.477,09 EUR : 2.579,14 EUR;
- si le revenu professionnel se situe entre 15.477,09 EUR et 18.056,59 EUR: 18.056,59 EUR moins le revenu professionnel.

Sur les revenus autres comme par exemple : rente alimentaire, revenus de remplacement qui dépassent l'abattement, les revenus du partenaire qui dépassent 1.656,15 EUR d'une personne handicapée qui touche une allocation d'intégration de la catégorie I ou II; l'abattement correspond à :
le montant de l'allocation de remplacement de revenus – (prix du travail + abattement sur les revenus de remplacement).

Tous les montants mentionnés sont indexés.

Par « revenu », il faut entendre la somme des montants du revenu net imposable globalement et du total des revenus imposables distinctement pris en considération pour l'imposition en matière d'impôt des personnes physiques de la personne handicapée et, le cas échéant, de son conjoint ou de la personne avec laquelle elle est établie en ménage. Ces données figurent sur l'avertissement-extrait de rôle délivré par l'Administration des contributions directes du Service public fédéral Finances. Les données à prendre en considération en matière de revenu sont celles relatives à la deuxième année précédant la date de prise en cours de la demande.

Pour le demandeur qui n'a pas rentré une déclaration à l'impôt des personnes physiques, le Service des allocations aux handicapés établit lui-même le revenu selon les règles prévues à cet effet sur base de la déclaration du demandeur. Lorsque les revenus de l'année civile qui précède l'introduction de la demande sont modifiés de 10 % au moins par rapport à ceux de la deuxième année civile, il est tenu compte des revenus de l'année civile précédant la demande.

B. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées

Les plafonds annuels pour l'allocation pour l'aide aux personnes âgées s'élèvent au 1er janvier 2005 à :

- 9.819,64 EUR pour la catégorie A;
- 9.819,64 EUR pour la catégorie B;
- 12.270,48 EUR pour la catégorie C.

Le plafond de revenu est augmenté jusqu'au montant de la pension de retraite minimum garanti des travailleurs salariés. Du fait qu'il existe seulement 2 taux dans le régime des pensions : le taux isolé et le taux ménage, il n'y a plus de différences entre le montant des catégories A et B.

Pour l'octroi de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, tous les revenus, quelle que soit leur nature ou origine, dont disposent la personne handicapée, son conjoint ou la personne avec laquelle elle est établie en ménage, sont pris en considération.

Il y a toutefois certaines immunisations. Ainsi par exemple, sont immunisés :

- 10 % des pensions perçues;
- le revenu cadastral des biens immeubles bâtis, à concurrence de 1.500,00 EUR.

Section 5. Cumuls et avances

Les allocations ne peuvent être cumulées avec les soi-disant allocations familiales prolongées qui étaient accordées jadis à partir de 25 ans et les capitaux reçus en application de l'article 1382 du Code civil (responsabilité civile, accident de voiture). La reconstitution se fait sur base annuelle et on n'applique pas d'abattements.

Les allocations peuvent être accordées à titre d'avance sur les prestations visées ci-dessus.
Le montant de l'avance s'élève au maximum au montant de l'allocation de remplacement de revenus ou de l'allocation d'intégration.

II. L'organisation administrative

Section 1. La demande

Les allocations sont demandées au bourgmestre (ou son délégué) de la commune où la personne handicapée a sa résidence principale, c'est-à-dire, là où elle est inscrite au registre de la population ou au registre des étrangers.

La demande d'allocation de remplacement de revenus vaut en même temps comme demande d'allocation d'intégration. L'allocation d'intégration peut être demandée séparément.

La demande de ces allocations peut être introduite au plus tôt un an avant d'atteindre l'âge de 21 ans, ou si on a droit avant 21 ans, à partir du jour où la personne handicapée peut prétendre à ces allocations.

La demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées peut être introduite au plus tôt le premier jour du mois au cours duquel le demandeur atteint l'âge de 65 ans.

Section 2. La décision

Le Ministre qui a les allocations aux personnes handicapées dans ses attributions ou les fonctionnaires délégués par lui statuent sur les demandes.

Les allocations peuvent être refusées sans autre examen si assez d'éléments établissent clairement que le demandeur ne remplit pas les conditions pour obtenir les allocations. La décision doit toujours être motivée.

Dans les trois mois de la notification de la décision, un recours peut être introduit contre celle-ci auprès du tribunal du travail.

Une nouvelle demande peut être introduite lorsque selon le demandeur des modifications se produisent qui justifient l'octroi ou l'augmentation de l'allocation.

Section 3. Paiement

L'allocation de remplacement de revenus, l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées sont accordées à titre personnel et sont payées par le Service public fédéral Finances, par mois et par douzième, à la personne handicapée elle-même ou à son représentant légal. Le paiement est effectué par virement sur un compte à vue dont la personne handicapée est titulaire ou cotitulaire.

Lorsque le montant est inférieur à 12,64 EUR par mois (au 1er janvier 2005), le paiement des trois allocations s'effectue en février de l'année suivante pour les prestations échues au cours de l'année précédente.

A la demande de la personne handicapée, les allocations peuvent néanmoins être payées au moyen d'assignations postales et remises à la personne handicapée elle-même.
Le délai entre la date de réception de la demande ou la date de notification du fait qui donne lieu à une révision d'office et le premier jour du mois au cours duquel le paiement de la première mensualité est effectué ne peut dépasser huit mois. Des intérêts moratoires sont dus si le délai est dépassé.

En cas de décès du bénéficiaire, les termes échus et non payés sont payés d'office au conjoint avec lequel le bénéficiaire vivait ou à la personne avec laquelle il était établi en ménage au moment de son décès.

A défaut de conjoint ou de partenaire avec lequel la personne handicapée est établie en ménage, le paiement (y compris le mois du décès, pour autant que la personne handicapée ne soit pas décédée à la date d'exécution de paiement) s'effectue aux personnes physiques (enfants, parents, tiers) désignées selon un ordre déterminé.

Section 4. Suspensions

En cas d'admission dans une institution, totalement ou partiellement à charge des pouvoirs publics, d'un service public ou d'un organisme de sécurité sociale, le paiement de l'allocation d'intégration est suspendu pour un tiers.

A cette fin, les conditions suivantes doivent être remplies simultanément :

- la personne handicapée doit séjourner dans l'institution tant le jour que la nuit;
- la personne handicapée n'est pas placée dans une famille;
- la durée de l'accueil est de trois mois successifs au moins.

En cas de détention dans une prison ou d'internement dans un établissement de défense sociale, les allocations ne sont pas payées pendant la durée de la détention ou de l'internement.

Section 5. Révisions et nouvelles demandes

Les allocations octroyées peuvent être revues d'office ou à la demande de la personne handicapée dans ce cas on parle de nouvelle demande.

Des nouvelles données qui peuvent entraîner une diminution du montant de l'allocation, doivent être déclarées immédiatement par la personne handicapée.

On ne procède toutefois pas à une révision d'office en raison d'une mise au travail de la personne handicapée pour une période de trois mois ou moins.

Des révisions d'office ont lieu tous les 5 ans pour l'allocation de remplacement de revenus et pour l'allocation d'intégration.

Section 6. Recouvrement et prescription

Le recouvrement d'allocations payées indûment se prescrit après trois ans à compter du paiement.

Le délai de prescription est toutefois fixé à un an si le paiement est dû à une erreur administrative dont l'intéressé ne pouvait pas se rendre compte, mais à cinq ans en cas de manœuvres frauduleuses, de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ou dans le cas où la personne ne déclare pas un élément qui devait être communiqué à l'administration.

Le Ministre peut dans des cas dignes d'intérêt et après avis de la Commission d'aide sociale (voir ci-après) renoncer au recouvrement. En outre, en dessous du montant de 369,87 EUR (au 1er janvier 2005), il n'est jamais procédé à la récupération.

Section 7. Organes d'avis

Pour chaque arrêté pris en exécution de la loi du 27 février 1987, l'avis du Conseil supérieur national des personnes handicapées est requis. La Commission d'aide sociale aux personnes handicapées émet un avis sur des cas individuels qui lui sont soumis par le Ministre. Dans les deux organes, les organisations s'intéressant aux personnes handicapées sont représentées.

Section 8. Financement

Les dépenses résultant de l'application de la loi sont intégralement à charge de l'Etat.

III. Renseignements généraux

Section 1. Adresse utile

Direction générale Personnes handicapées
Rue de la Vierge noire 3C
1000 Bruxelles

Section 2. Législation et réglementation

Les textes les plus importants du régime des allocations aux personnes handicapées sont :

- la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées (M.B. du 1er avril 1987, Erratum, M.B. du 6 août 1987), modifiée en dernière instance par la loi-programme du 9 juillet 2004, (M.B. du 15 juillet 2004, Ed. 2);
- l'A.R. du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration (M.B. du 8 juillet 1987, Erratum, M.B. du 6 août 1987), modifié en dernière instance par A.R. du 13 septembre 2004 (M.B. du 24 septembre 2004, Ed. 2);
- l'A.R. du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (M.B. du 5 avril 1990), modifié en dernière instance par A.R. du 13 septembre 2004 (M.B. du 24 septembre 2004, Ed. 2);
- l'A.R. du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière d'allocations aux personnes handicapées (M.B. du 27 juin 2003, Ed.2); modifié par l'A.R. du 13 septembre 2004 (M.B. du 24 septembre 2004, Ed. 2);
- l'A.M. du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration (M.B. du 6 août 1987).

Section 3. Publications

- Une coordination officieuse de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapés et de ses arrêtés d'exécution peut être obtenue moyennant virement ou versement de 20,00 EUR au compte numéro 679-2005863-97 du SPF Sécurité sociale, Service Publications, rue de la Vierge Noire 3c, 1000 Bruxelles, avec la communication - Allocations aux personnes handicapées, Coordination officieuse, version française";
- Guide de la personne handicapée, édition 2004;
- Barèmes (brochure reprenant le montant des allocations aux personnes handicapées et des plafonds de revenus);
- Rapport annuel de la Direction générale;
- Statistiques : répartition des bénéficiaires et des dépenses mensuelles;
- Rapport d'activité du Conseil supérieur national des personnes handicapées;
- Brochures "L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration", "L'allocation pour l'aide aux personnes âgées"; "Avantages fiscaux et sociaux";
- ''La carte de réduction sur les transports en commun''; ''La carte de stationnement pour personnes handicapées''.

Titre II. Le droit à l'intégration sociale

I. Introduction, nature du droit, organisation administrative

Le droit à l'intégration sociale, inséré par la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, remplace depuis le 1er octobre 2002 le droit au minimum de moyens d'existence. Le CPAS de chaque commune a la mission de garantir le droit à l'intégration sociale aux personnes qui disposent de revenus insuffisants et qui remplissent les conditions légales. Une intégration et une participation maximales à la vie sociale doivent être recherchées. Le CPAS dispose à cet effet de trois instruments : l'emploi, un revenu d'intégration et un projet individualisé d'intégration sociale, ou une combinaison de ces instruments.

Dans tous les cas, la personne dispose d'un revenu lui permettant de vivre. Sous le terme emploi, il faut toujours entendre un emploi à part entière auquel toutes les règles du droit du travail sont applicables, y compris les règles de protection de la rémunération. Lorsque pour la personne l'emploi n'est pas possible provisoirement ou non, elle a droit à une prestation financière appelée revenu d'intégration. L'octroi du revenu d'intégration peut être suivi de la conclusion d'un projet individualisé d'intégration sociale entre la personne concernée et le CPAS. Le choix de la voie la plus adéquate doit être guidé, en concertation avec la personne, par l'objectif de favoriser au maximum l'intégration et la participation sociales.

Il s'agit d'un droit résiduaire auquel le demandeur ne peut faire appel que lorsqu'il a épuisé toutes les autres possibilités de se procurer des ressources en ce compris les droits aux prestations sociales auxquelles il pourrait prétendre et les aliments qui pourraient lui être reconnus. Ce régime d'aide sociale se situe donc en dehors de la "sécurité sociale", laquelle procède d'un régime contributif (cotisations liées à l'exercice d'une activité professionnelle).

Aussi, lorsqu'une demande d'aide est engendrée par une insuffisance des ressources indispensables pour vivre, se nourrir, se loger, un centre doit examiner par priorité la possibilité de l'octroi du droit à l'intégration sociale. Il doit même au besoin, si une demande d'aide sociale et non du droit à l'intégration sociale a été formulée, envisager un octroi d'office.

Si toutes les conditions pour prétendre au droit à l'intégration sociale sont remplies, ce dernier constitue un droit et doit être accordé. A défaut, l'intéressé dispose d'un recours devant le Tribunal du Travail. La matière est d'ordre public.

La législation relative au droit à l'intégration sociale relève de l'autorité fédérale et est appliquée au niveau local par les centres publics d'action sociale (C.P.A.S.) qui sont des établissements publics dotés d'une personnalité juridique distincte de la commune et d'un patrimoine propre. Chaque commune est desservie par un C.P.A.S. Il y a 589 C.P.A.S. en Belgique. En règle générale, le droit à l'intégration sociale est octroyé par le C.P.A.S. desservant la commune du lieu de la résidence habituelle et effective du demandeur telle qu'elle résulte de l'enquête sociale. Les bénéficiaires potentiels du droit à l'intégration sociale doivent remplir toutes les conditions fixées par la loi et relatives à la nationalité, l'âge, la résidence, l'insuffisance de ressources et la disposition au travail. Ces conditions étant cumulatives, si une de celles-ci fait défaut, l'intéressé sollicitera, alors, l'aide sociale.

II. Conditions d'octroi

Section 1. La condition de nationalité

Le minimum de moyens d'existence est reconnu aux :

- personnes ayant la nationalité belge;
- étrangers qui sont inscrits au registre de la population;
- apatrides qui tombent sous l'application de la Convention relative au statut des apatrides, signée à New-York le 28 septembre 1954 et approuvée par la loi du 12 mai 1960;
- réfugiés reconnus au sens de l'article 49 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Section 2. La condition d'âge

Le droit à l'intégration sociale est reconnu aux personnes ayant atteint l'âge de la majorité civile. Il est étendu :

- aux mineurs émancipés par mariage;
- aux mineurs d'âge ayant la charge d'un ou de plusieurs enfants;
- aux mineures d'âge enceintes.

Il n'y a aucune limite maximale d'âge. Toutefois, le droit à l'intégration sociale constituant un droit résiduaire, il y a toujours lieu d'examiner au préalable si l'intéressé peut avoir droit au revenu garanti aux personnes âgées.

Cette condition doit également être remplie par le conjoint ou le partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

Section 3. La condition de résidence en Belgique

Est considéré comme ayant sa résidence effective en Belgique, celui qui séjourne habituellement et en permanence sur le territoire du Royaume pour autant qu'il soit autorisé au séjour. Il s'agit d'une notion correspondant souvent -mais pas toujours- avec l'inscription au registre de la population ou des étrangers. Celle-ci sera déterminée par l'enquête sociale.

Cette condition doit également être remplie par le conjoint ou le partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

Section 4. La condition d'insuffisance de ressources

Cette condition doit également être remplie par le conjoint ou le partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

Des règles précises de calcul sont fixées par la loi et concernent les éléments suivants :

- la prise en compte des ressources d'autres personnes (A.);
- le calcul des ressources prises en considération (B.);
- les ressources non prises en considération (C.).

A. Prise en compte des ressources d'autres personnes

Les ressources des personnes cohabitant avec le demandeur seront prises en considération dans les limites suivantes :

a) Le CPAS doit tenir compte des ressources de l'époux(se) du demandeur avec le(la)quel(le) il vit sous le même toit et des moyens d'existence de la personne avec laquelle la personne constitue un ménage de fait.

b) Lorsque le demandeur cohabite avec un ou plusieurs ascendants et ou descendants majeurs, du premier degré, les ressources de ces personnes peuvent être prises en considération totalement ou partiellement. Il peut donc être tenu compte des ressources du père, de la mère ou des enfants majeurs de l'intéressé. Il s'agit d'une faculté du C.P.A.S. de prendre en compte ou non les ressources des personnes précitées. Le C.P.A.S. pourra pour des raisons d'équité estimer ne pas devoir tenir compte des ressources étant donné la charge d'autres personnes mineures ou majeures ou étant donné la situation financière de la cellule familiale (surendettement, gros frais médicaux etc. ...).

c) Dans les autres cas de cohabitation avec des personnes qui ne sollicitent pas le bénéfice de la loi, les ressources de ces personnes ne peuvent pas être prises en considération (frères ou soeurs, grands-parents, oncles, tantes, personnes sans lien de parenté, etc.).

d) Lorsque le demandeur a droit à un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille), toutes les ressources du conjoint ou partenaire de vie sont prises en considération.

Les ressources des personnes cohabitantes visées sous a) et b) ne peuvent être prises en compte que pour la partie des ressources de chaque cohabitant qui dépasse le montant du revenu d'intégration fixé pour cette catégorie. En cas de cohabitation avec un ou plusieurs ascendants et/ou descendants majeurs, du premier degré, la prise en compte des ressources doit permettre à chacune de ces personnes de se voir attribuer fictivement le taux cohabitant.

B. Calcul des ressources prises en considération

Toutes les ressources y compris les prestations sociales, dont dispose effectivement le demandeur (ressources nettes annuelles) (1) quelle qu'en soit la nature ou l'origine, sont prises en considération sauf exceptions légales ou réglementaires.

Lorsque le montant des ressources à prendre en considération est inférieur au montant du revenu d'intégration, l'intéressé a droit à une exonération supplémentaire selon qu'il appartient à la catégorie 1, 2 ou 3 des bénéficiaires :

- 155 EUR pour les bénéficiaires de la catégorie 1 (cohabitants);
- 250 EUR pour les bénéficiaires de la catégorie 2 (isolés) ;
- 310 EUR pour les bénéficiaires de la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

Il s'agit entre autres des ressources suivantes :

a) Les ressources professionnelles nettes

b) Les ressources provenant de prestations sociales

Exemple : allocations de chômage, allocations aux handicapés, indemnités de maladie-invalidité, pension de retraite ou de survie, etc.

(1) Il s'agit des ressources nettes en mains, dont dispose effectivement l'intéressé. Toutefois, un arrêt de la Cour de cassation du 17 mai 1993 a estimé que pour des ressources saisies pour arriérés de pensions alimentaires - et également suivant le dispositif de l'arrêt pour des saisies en raison d'autres dettes -, il y a lieu de se placer, pour le calcul des ressources, avant saisie (v. Chr. D. S. - Soc. Kron. Dec. 1993, 10/Story - Scientia, p. 449). Il y va d'un recentrage sur l'article 1er de la loi du 7 août 1974 qui constitue la base du droit au minimex, à savoir, ne pas être en mesure de se procurer des ressources par ses propres moyens ou par d'autres moyens. Or, l'intéressé était en mesure de se procurer des ressources mais celles-ci ont été saisies. Dans ce cas, le C.P.A.S. devra alors envisager l'octroi d'une aide sociale financière.

c) Les ressources immobilières

Si le demandeur possède un bien immeuble bâti (par exemple une maison), le revenu cadastral global (la somme de tous les revenus cadastraux des biens immeubles bâtis en sa possession) est diminué de 750,00 EUR. Il s'agit du revenu cadastral (RC) non indexé. Cette réduction est majorée de 125,00 EUR par enfant bénéficiaire d'allocations familiales. La majoration de 125,00 EUR est également applicable à chaque enfant pour lequel le conjoint ou partenaire de vie du demandeur a la qualité d'allocataire en ce qui concerne les allocations familiale si le demandeur a droit à un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

Si le demandeur possède des biens immeubles non bâtis (par exemple, un terrain), le revenu cadastral global est diminué de 30,00 EUR.

Les montants exonérés se rapportent à l'ensemble des biens immeubles bâtis ou non bâtis et doivent donc le cas échéant être répartis sur les différents biens. Lorsque le demandeur est propriétaire ou usufruitier en indivision, tant le revenu cadastral des biens immobiliers que le montant immunisé sont dans les deux cas multipliés par la fraction qui représente sa part dans ce droit.

Dans les deux cas, le résultat du calcul est multiplié par 3 et ce montant est pris en ligne de compte.

Comme dans la réglementation relative à la garantie de revenus aux personnes âgées, lorsque le bien immeuble a été acquis en viager, le montant pris en considération pour le calcul des moyens d'existence est réduit du montant de la rente viagère qui est réellement payée par le demandeur. Par analogie à la réglementation relative à un bien qui est grevé d'hypothèque, cette réduction ne peut également pas être supérieure à la moitié du montant à prendre en considération pour ce bien. Le montant de la rente viagère doit également être multiplié par la fraction d'importance que le demandeur possède dans le bien concerné.

Lorsque le demandeur donne en location un bien immeuble, il est tenu compte du loyer réellement perçu sauf si ce montant est inférieur au résultat du calcul prévu pour la possession de biens immeubles. Dans ce dernier cas, il n'y a pas lieu de prendre en considération le produit réel de la location au lieu d'un produit estimé comme celui qui est exprimé dans le revenu cadastral.

Si le demandeur d'un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) est propriétaire ou usufruitier en indivision, le revenu cadastral, le montant exonéré, le montant des intérêts hypothécaires, le montant de la rente viagère et le montant du loyer sont multipliés par la fraction exprimant l'importance du droit du demandeur et de son conjoint ou partenaire de vie à ce bien.

d) Les ressources mobilières

Lorsque les capitaux mobiliers placés ou non (argent, titres) n'excèdent pas 6.200 EUR, on n'en tient désormais plus compte. Par contre, dans le régime du minimum de moyens d'existence, la première tranche de 200.000 BEF entrait en ligne de compte pour 4%. Lorsque les capitaux mobiliers du demandeur dépassent 6.200 EUR, il est tenu compte de :

– 6% pour la tranche entre 6.200 EUR et 12.500 EUR;
– 10% pour ce qui excède 12.500 EUR.

En cas de compte commun du demandeur d'un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) et de son conjoint ou partenaire de vie, les capitaux et les montants de 6.200 EUR et 12.500 EUR sont multipliés par une frac-

tion dont le numérateur est égal à 2 et le dénominateur est égal au nombre de personnes qui sont titulaires du compte.

e) Les ressources provenant de la cession de biens

La cession de biens (vente ou donation) entre en ligne de compte lorsque cette cession est intervenue moins de 10 ans avant la date de la demande de revenu d'intégration. On tient compte d'un revenu forfaitaire fixé sur la base de la valeur vénale (la valeur marchande objectivement fixée et non la valeur déclarée) des biens au moment de la cession. La valeur vénale est soumise aux mêmes pourcentages (6%, 10%) que pour l'imputation des capitaux mobiliers (cf. supra). S'il s'agit d'une pleine propriété en indivision, par exemple à concurrence de 50%, il n'est tenu compte dans ce cas que de la moitié de la valeur vénale. En cas d'usufruit, il est tenu compte de 40% de la valeur vénale. La valeur de la nue propriété est égale à 60% de la valeur vénale.

La valeur des biens mobiliers ou immobiliers cédés dont le demandeur d'un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) était propriétaire ou usufruitier en indivision avec son conjoint ou partenaire de vie est multipliée par la fraction exprimant la part du demandeur et de son conjoint ou partenaire de vie dans l'indivision.

Les réductions pouvant être apportées à la valeur vénale sont les suivantes :

– en cas de vente de la maison d'habitation si l'on ne possède aucun autre bien immeuble bâti, la première tranche de 37.200 EUR n'est pas imputée. Il en va de même en cas de vente du seul bien immeuble non bâti si le demandeur ne possède pas d'autre bien immeuble. En cas de donation, cette immunisation ne s'applique pas;

- la première tranche immunisée de 37.200 EUR de la valeur vénale est multipliée par une fraction exprimant l'importance des droits ou bien en cas de cession à titre onéreux lorsque le demandeur était propriétaire ou usufruitier en indivision.
  En cas de cession à titre onéreux par le demandeur d'un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) et son conjoint ou partenaire de vie d'une maison d'habitation dont ils étaient tous deux propriétaires ou usufruitiers en indivision, la première tranche immunisée de 37.200 EUR de la valeur vénale est multipliée par la fraction exprimant l'importance du droit de demandeur et de son conjoint ou partenaire de vie à ce bien.

– les dettes personnelles qui ont été contractées avant la cession à titre onéreux (vente) et qui ont été remboursées avec son produit;

  En cas de cession à titre onéreux par le demandeur d'un revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) et son conjoint ou partenaire de vie d'un bien dont ils étaient tous deux propriétaires en indivision, leurs dettes personnelles sont déduites de la valeur vénale du bien si les conditions fixées sont remplies.

– un montant forfaitaire annuel en cas de vente de l'unique habitation du demandeur à condition qu'il ne possède pas un autre bien immeuble bâti ou de l'unique bien immeuble non bâti du demandeur à condition qu'il ne possède pas un autre bien immeuble bâti ou non bâti. Ce montant annuel s'élève à 1.250 EUR, 2.000 EUR, ou à 2.500 EUR, selon que le demandeur se voit attribuer un revenu d'intégration de la catégorie 1, 2, ou 3. Le forfait est calculé proportionnellement au nombre de mois compris entre le premier du mois qui suit la date de la vente et la date de prise de cours du revenu d'intégration. Chaque année, à la date anniversaire de prise de cours du droit au revenu d'intégration, la valeur vénale est réduite du montant annuel applicable;

– pour des motifs d'équité, le CPAS peut éventuellement décider de ne pas appliquer les modalités de calcul prévues pour la cession de biens. Par exemple, en raison de frais médicaux élevés depuis la date de la cession ou en raison d'un réemploi justifié. L'excédent éventuel est pris en considération à titre de capital mobilier.

f) Les avantages en nature

Les avantages en nature (repas …) ne sont désormais plus pris en considération afin de ne pas décourager la solidarité dans l'entourage du demandeur.

Les frais liés au logement (loyer, charges incombant au locataire…) qui est la résidence principale du demandeur constituent une exception, lorsqu'ils sont pris en charge par un tiers avec lequel il n'habite pas. En effet, une telle prise en charge concerne plutôt un revenu régulier pour le demandeur qu'un avantage en nature au sens strict de l'expression.

C. Les ressources non prises en considération

La loi a expressément prévu que lors du calcul des ressources, il n'est pas tenu compte :

- de l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale dans le cadre de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale;

- des prestations familiales au profit des enfants (mineurs ou majeurs) si l'intéressé a la qualité d'allocataire en application de la législation sociale belge ou d'une législation sociale étrangère pour autant que l'intéressé les élève et en ait la charge totalement ou partiellement.

  Lorsque le jeune vit encore chez ses parents, sa mère percevant les prestations familiales, il ne peut en être tenu compte pour le calcul des ressources du jeune demandeur du droit à l'intégration sociale puisqu'il ne les perçoit pas lui-même à son profit.

  Lorsque le jeune majeur vit seul et est domicilié ailleurs que chez ses parents, il peut dès lors percevoir lui-même les prestations familiales qui sont octroyées à son profit; il y aura donc lieu d'en tenir compte pour le calcul des ressources.

- de la pension alimentaire ou de l'avance sur le terme de la pension alimentaire perçue au profit d'enfants (= mineurs ou majeurs) célibataires, qui sont à charge de l'intéressé et pour autant que l'intéressé les élève;

  Lorsque l'enfant est placé temporairement et que le parent perçoit les pensions alimentaires, le parent est considéré comme élevant l'enfant et celles-ci restent exonérées.

- de la partie de la rémunération prise en charge par l'éditeur des chèques ALE correspondant à 4,10 EUR par chèque ALE non invalidé, et payée à l'intéressé pour des prestations exercées en vertu d'un contrat de travail ALE conformément à la réglementation applicable en la matière, ainsi que des éventuelles indemnités y afférentes;

- des primes de productivité ou d'encouragement prévues et payées par les différentes autorités compétentes dans le cadre des formations professionnelles individuelles en entreprise, pendant une période maximale de six mois;

- des primes et allocations régionales de déménagement, d'installation et de loyer accordées à l'intéressé;

- du montant des allocations d'études qui couvrent les frais spécifiques d'études et qui sont octroyées par les Communautés à l'intéressé à son profit ou au profit des enfants qu'il a à sa charge. Le Roi peut déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, ce qu'il y a lieu d'entendre par les frais spécifiques d'études.

  Il ne faut pas que ce soient ses enfants, il suffit que cela soit au profit d'enfants dont il a la charge économique de fait : par exemple une grand-mère pour un petit-enfant ou un jeune majeur pour sa concubine mineure.

- des subventions, indemnités et allocations communautaires pour l'hébergement de jeunes en famille d'accueil;

- des jetons de présence que l'intéressé perçoit en tant que membre du conseil provincial, du conseil communal ou du conseil de l'aide sociale;

- des dons non réguliers de quelque institution que ce soit ou des personnes qui ne vivent pas sous le même toit que l'intéressé et qui n'ont pas d'obligation alimentaire à son égard;

- des rentes de chevrons de front et de captivité;

- des rentes attachées à un ordre national pour fait de guerre;

- de la prise en charge des frais prévue par les entités fédérées pour l'aide et les services non médicaux prestés par des tiers pour une personne ayant une autonomie réduite, ainsi que de l'indemnisation reçue par le prestataire de service non professionnel, payée par la personne nécessitant des soins dans le cadre de l'aide et de services non médicaux;

- des indemnités payées par l'Etat allemand en dédommagement de la détention durant la deuxième guerre mondiale;

- du crédit d'impôt remboursable fixé à l'article 134, § 3, du Code des impôts sur les revenus 1992;

- de l'indemnité forfaitaire, visée à l'article 6, § 2, alinéa 2, de l'A.R. du 22 décembre 2003 portant exécution du titre XII, châpitre 6 « Tutelle des mineurs étrangers non accompagnés » de la loi-programme du 24 décembre 2002, pour autant que la tutelle reste limitée à l'équivalent de deux tutelles à temps plein par an.

Certaines ressources sont immunisées partiellement :

- en vue de favoriser l'intégration socioprofessionnelle du bénéficiaire du revenu d'intégration ou du conjoint ou du partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) qui commence à travailler ou qui entame ou poursuit une formation professionnelle, les revenus nets qui en résultent sont pris en considération sous déduction d'un montant de 196,27 EUR par mois prenant cours le premier jour pour lequel il bénéficie de l'immunisation et se terminant trois ans plus tard;

- les revenus nets qui proviennent d'une activité artistique du bénéficiaire du revenu d'intégration ou du conjoint ou du partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) dont les prestations sont irrégulières sont pris en considération sous déduction d'un montant de 2.355,18 EUR par an prenant cours le premier jour où la personne perçoit un revenu découlant de son activité artistique et se terminant trois ans plus tard;

  Est considérée comme activité artistique : la création et l'interprétation d'œuvres artistiques, notamment dans les domaines des arts audiovisuels et plastiques, de la musique, de l'écriture littéraire, du spectacle, de la scénographie et de la chorégraphie.

- lorsque le revenu d'intégration s'accompagne d'un projet individualisé d'intégration sociale pour des personnes âgées de moins de 25 ans, et que le CPAS accepte pour des raisons d'équité que l'intéressé entame, reprenne ou poursuive des études, en vue d'accroître ses possibilités d'insertion professionnelle, dans un établissement d'enseignement agréé ou subventionné par les Communautés, les revenus nets produits par l'emploi sont pris en considération sous déduction d'un montant de 54,74 EUR par mois pour les jeunes qui bénéficient d'une bourse d'études et d'un montant de 196,27 EUR par mois pour les jeunes qui n'en bénéficient pas, en vue de promouvoir l'acquisition d'une expérience professionnelle des jeunes et de stimuler leur autonomie.

Cette déduction est applicable pendant la période pour laquelle un projet individualisé d'intégration sociale est conclu.

Section 5. La condition de disposition au travail

Hormis l'insuffisance de ressources du demandeur, ce dernier doit faire preuve également de ce qu'il est disposé à être mis au travail, sauf raisons de santé ou d'équité.

Cette condition doit également être remplie par le conjoint ou le partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille) si ce conjoint ou partenaire de vie dispose de revenus inférieurs au montant du revenu d'intégration de la catégorie 1 (cohabitants).

Section 6. Des droits à d'autres prestations

Le demandeur doit faire valoir ses droits aux allocations dont il peut bénéficier en vertu de la législation sociale belge ou étrangère. Le droit à l'intégration sociale doit être considéré comme le dernier recours.

Cette condition doit également être remplie par le conjoint ou le partenaire de vie du bénéficiaire du revenu d'intégration dans la catégorie 3 (personnes avec charge de famille).

III. Eléments du droit à l'intégration sociale

Le droit à l'intégration sociale peut prendre la forme d'un emploi et/ou d'un revenu d'intégration, assortis ou non d'un projet individualisé d'intégration sociale.

Ces trois instruments à l'intégration sociale, combinés ou non, sont utilisés d'une manière personnalisée. Le projet individualisé d'intégration sociale n'est pas un droit autonome. Il est lié au revenu d'intégration. A certains égards, il peut même constituer une condition de l'obtention du droit au revenu d'intégration. Dans tous les cas, la personne dispose d'un revenu lui permettant de vivre : soit un revenu provenant d'un emploi soit un revenu sous forme d'une allocation soit une combinaison des deux.

La forme sous laquelle le droit à l'intégration sociale est octroyé, dépend aussi de l'âge du demandeur. Les jeunes, c'est-à-dire ceux qui sont âgés de moins de 25 ans, ont droit à l'intégration sociale prioritairement par un emploi adapté à leur situation personnelle et leurs capacités dans les trois mois de leur demande. Seulement dans quelques situations exceptionnelles, les jeunes ont droit à l'intégration sociale sous la forme d'un revenu d'intégration.

Section 1. Un emploi

Le droit à l'intégration sociale sous la forme d'un emploi peut être octroyé à toute personne qui remplit les conditions générales pour faire valoir le droit à l'intégration sociale. Pour les jeunes – à savoir les personnes âgées de moins de 25 ans – il s'agit même en principe de la seule forme sous laquelle le droit à l'intégration sociale peut être octroyé, sauf s'ils ne peuvent travailler pour des raisons de santé ou d'équité.

Le centre public d'aide sociale peut accomplir cette mission de mise à l'emploi en utilisant tous les moyens dont il dispose. Il doit s'agir d'un véritable emploi, c'est-à-dire assorti d'un contrat de travail auquel toutes les règles du droit du travail sont applicables, y compris les règles de protection de la rémunération. Ce contrat de travail peut être conclu dans le cadre du circuit de travail régulier, le CPAS servant d'intermédiaire. Le CPAS peut également recourir aux mesures d'emploi spécifiques subventionnées par le pouvoir fédéral ou régional.

Dans le contexte des CPAS, il s'agit de deux types de mesures de mises au travail, spécifiquement conçues pour les bénéficiaires du droit à l'intégration sociale ou à une aide sociale financière : d'une part des mesures par lesquelles le CPAS est employeur lui-même ou encadre et éventuellement forme le travailleur (1) et d'autre part des emplois dans le cadre de certains projets d'insertion pour lesquels le CPAS intervient financièrement dans le coût salarial de l'employeur (plan Activa, intérim d'insertion, programmes de transition professionnelle et emplois SINE).

(1) Il s'agit des emplois en application de l'article 60, § 7, et de l'article 61 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale.

En ce qui concerne les bénéficiaires d'intégration sociale pour lesquels une mise à l'emploi n'est pas immédiatement réalisable, un projet individualisé d'intégration sociale peut être mis en œuvre menant à terme à un contrat de travail. Ce projet décrit le parcours d'insertion ou de mise au travail du bénéficiaire et les efforts auxquels les deux parties – le CPAS mais également le bénéficiaire – s'engagent afin de mener ce trajet à bien.

Pour un jeune, si la préférence est donnée à ce projet individualisé d'intégration sociale – comme alternative à un emploi avec contrat de travail – les modalités doivent être négociées avec le jeune dans les trois mois suivant l'introduction de sa demande.

Section 2. Un projet individualisé d'intégration sociale

Pour certains bénéficiaires de l'intégration sociale, la réalisation de ce droit au moyen d'un emploi n'est pas (encore) possible ou souhaitable. Tel est le cas lorsque l'intéressé n'a pas encore acquis les aptitudes de travail suffisantes ou lorsqu'il s'agit d'un jeune qui souhaite poursuivre, entamer ou reprendre des études de plein exercice.

Sur la base des attentes, des aptitudes, des compétences et des besoins de l'intéressé et compte tenu des possibilités du centre, le travailleur social élabore un projet individualisé d'intégration sociale sur mesure, de commun accord et en concertation avec l'intéressé.

Un projet individualisé d'intégration sociale prend la forme d'un contrat conclu entre toutes les parties concernées, à savoir au moins le CPAS et le bénéficiaire de l'intégration sociale. Des tiers peuvent également y être associés, auxquels il est fait appel pour atteindre certains objectifs du projet (par exemple un établissement de formation, un centre de santé mentale).

Selon que le projet vise l'insertion professionnelle ou l'insertion sociale par une formation ou des études, les projets d'intégration sociale suivants peuvent être distingués :

- le projet individualisé d'intégration sociale menant, dans une période déterminée, à un contrat de travail (ou projet de mise au travail);
- le projet individualisé d'intégration sociale de formation (ou projet de formation);
- le projet individualisé d'intégration sociale en matière d'études de plein exercice (ou projet d'études).

Tant le centre que le bénéficiaire de l'intégration sociale peuvent faire la demande d'un projet individualisé d'intégration sociale. Cette demande rend le projet obligatoire pour l'autre partie.

Le projet individualisé d'intégration sociale est toujours obligatoire lorsqu'il s'agit d'un projet de mise à l'emploi ou d'un projet d'études.

Selon la philosophie de la loi, le projet individualisé d'intégration sociale est également obligatoire pour les jeunes qui ne sauraient trouver immédiatement leur place sur le marché du travail. L'élaboration du projet vise donc à accroître les possibilités d'insertion professionnelle du bénéficiaire par exemple au moyen d'une formation professionnelle, l'achèvement d'études ou un processus de socialisation. Les instru-

ments les plus appropriés pour une personne dépendront de sa situation personnelle spécifique et de ses aspirations et possibilités en matière d'insertion sociale. Si le CPAS accepte pour des raisons d'équité que le jeune veuille entamer, reprendre ou continuer des études de plein exercice pour augmenter ses possibilités d'insertion professionnelle, il faut qu'un projet individualisé d'intégration sociale portant sur les études soit établi.

Pendant la mise en œuvre du projet, le bénéficiaire peut prétendre à un revenu d'intégration.

Section 3. Un revenu d'intégration

Le revenu d'intégration est un revenu indexé qui doit permettre au bénéficiaire de mener une vie conforme à la dignité humaine.

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration peuvent être liés à un projet individualisé d'intégration sociale à la demande de l'intéressé ou du CPAS. En fonction des besoins de l'intéressé, ce projet portera soit sur l'insertion professionnelle soit sur l'insertion sociale.

Les jeunes, c'est-à-dire les personnes âgées de moins de 25 ans, n'ont droit à un revenu d'intégration que dans quatre situations particulières :

- le jeune a droit à un revenu d'intégration depuis l'introduction de sa demande jusqu'à son engagement effectif dans le cadre d'un contrat de travail;
- le jeune a droit à un revenu d'intégration lorsqu'il s'est engagé dans un projet individualisé d'intégration sociale;
- le jeune a droit à un revenu d'intégration lorsqu'il ne peut travailler pour des raisons de santé ou d'équité.
- le jeune a droit à un revenu d'intégration lorsque ses revenus provenant d'un emploi ne lui permettent pas de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Lors de la fixation du montant du revenu d'intégration, il est tenu compte de la composition du ménage du demandeur.

Le centre détermine la catégorie à laquelle appartient le demandeur, au moyen d'une enquête sociale. Cette enquête sociale est basée sur la situation de fait, également lorsque celle-ci est différente de la situation administrative.

Les bénéficiaires sont répartis selon les trois catégories ci-dessous :

A. Catégorie 1 : cohabitants

Des personnnes vivant sous le même toit et réglant principalement en commun leurs questions ménagères. Les partenaires cohabitants peuvent, chacun d'une manière indépendante, faire valoir un droit individualisé à l'intégration sociale, quelle que soit la forme qu'ils ont choisie pour leur relation : mariage, contrat de vie commune, ménage de fait, ...

B. Catégorie 2 : isolés

C. Catégorie 3 : personnes avec charge de famille

Des personnes vivant exclusivement avec une famille à leur charge et à condition qu'il y ait présence d'au moins un enfant mineur non marié.

On entend par « famille à charge » le conjoint, le partenaire de vie (à savoir la personne avec laquelle le demandeur constitue un ménage de fait), l'enfant mineur non marié ou plusieurs enfants parmi lesquels au moins un enfant mineur non marié.

Par l'octroi du montant du revenu d'intégration de la catégorie 3, le droit du conjoint ou partenaire de vie est également couvert par la même occasion. Ceci signifie que le conjoint ou le partenaire de vie ne peut plus demander lui-même l'octroi d'un revenu d'intégration. Le revenu d'intégration est payé pour moitié au bénéficiaire et pour l'autre moitié au conjoint ou partenaire de vie avec lequel le bénéficiaire cohabite. Pour des raisons d'équite, une autre répartition peut être appliquée.

Le montant du revenu d'intégration dépend de la catégorie à laquelle appartient le bénéficiaire. Les montants au 1er octobre 2004 s'élèvent à :

Catégories	Montant annuel	Montant mensuel
1	4.906,62 EUR	408,89 EUR
2	7.359,93 EUR	613,33 EUR
3	9.813,24 EUR	817,77 EUR

Toutefois, il est possible qu'une personne dispose d'un certain revenu, mais que celui-ci reste en dessous du revenu d'intégration. Dans ce cas, le CPAS lui payera la différence de sorte que son revenu atteigne le montant du revenu d'intégration.

IV. Recouvrement

Section 1. Récupération auprès de l'intéressé

Le revenu d'intégration est récupéré auprès de l'intéressé :

a) lorsqu'est révisée la décision d'octroi du revenu d'intégration avec effet rétroactif.

En cas d'erreur de la part du CPAS, le centre peut soit récupérer l'indu, soit de sa propre initiative, ou à la demande de l'intéressé, renoncer totalement ou partiellement à la récupération.

Les montants payés indûment, résultant de manœuvres frauduleuses de la part du bénéficiaire, portent intérêt de plein droit à partir du paiement.

b) lorsque l'intéressé vient à disposer de ressources en vertu de droits qu'il possédait pendant la période pour laquelle le revenu d'intégration lui a été versé.

Dans ce cas, la récupération est limitée au montant des ressources qui auraient dû être prises en considération pour le calcul du revenu d'intégration à payer s'il en avait déjà disposé à ce moment.

Le centre est subrogé de plein droit, jusqu'à concurrence de cette somme, dans les droits que le bénéficiaire peut faire valoir aux ressources susvisées.

Le CPAS ne peut se dispenser de ces recouvrements que par une décision individuelle et pour des raisons d'équité qui seront mentionnées dans la décision. L'intéressé peut faire valoir des raisons d'équité justifiant que le remboursement ne soit pas poursuivi. Si les coûts ou les démarches inhérents à cette récupération dépassent le résultat escompté, aucune récupération ne doit être entreprise. Sauf en cas de fraude ou de vol, le centre renonce d'office au recouvrement des paiements indus lors du décès de la personne à qui ils ont été faits, si jusqu'alors elle n'avait pas eu connaissance du recouvrement.

Section 2. Récupération à charge des débiteurs d'aliments

A certaines conditions, le revenu d'intégration doit être récupéré par le CPAS, en vertu d'un droit propre, à charge des débiteurs d'aliments suivants :

a) les parents, les adoptants et les géniteurs d'enfants dont la filiation paternelle n'est pas établie et dont l'enfant réclame une pension pour son entretien, son éducation et sa formation adéquate, conformément à l'art. 336 C.civ.

La récupération est limitée au revenu d'intégration octroyé à leurs descendants, adoptés et/ou enfants dont la filiation paternelle n'est pas établie, aussi longtemps qu'ils n'ont pas atteint la majorité civile ou aussi longtemps qu'ils continuent, après cet âge, à bénéficier d'allocations familiales.

b) les enfants et les adoptés.

La récupération est limitée au revenu d'intégration octroyé à leurs descendants et/ou adoptants, s'il apparaît que le patrimoine du bénéficiaire a, sans explication acceptable, diminué dans une mesure considérable au cours des 5 dernières années précédant le début de la prestation.

c) le conjoint et l'ex-conjoint.

Si une pension alimentaire au profit du demandeur a été ordonnée par une décision judiciaire devenue exécutoire, la récupération est limitée au montant de la pension alimentaire.

La récupération est entreprise à concurrence du montant auquel sont tenus les débiteurs d'aliments pendant la période durant laquelle le revenu d'intégration a été octroyé et pour autant que durant la période au cours de laquelle le revenu d'intégration a été octroyé, une obligation alimentaire existait dans le chef des débiteurs d'aliments.

En cas de récupération à l'encontre de plusieurs débiteurs d'aliments vivants et au même degré, il ne peut être recouvré, à l'égard de chacun d'eux et de leur conjoint, davantage que les frais du revenu d'intégration multipliés par la fraction dont le numérateur est égal à 1 et le dénominateur au nombre de débiteurs d'aliments susmentionnés.

Pour déterminer l'intervention du débiteur d'aliments, le CPAS suit un barème de revenus établi par le Ministre qui a l'Intégration sociale dans ses attributions.

Si l'on peut s'attendre à ce que l'octroi du revenu d'intégration ne dure pas plus de trois mois, il ne faut pas entreprendre de récupération. Si les frais ou les démarches dépassent le résultat escompté, il ne faut pas entreprendre de récupération. Aucune récupération ne peut être entreprise pour les frais de mise au travail par le CPAS. Le CPAS ne peut renoncer à ces recouvrements que par décision individuelle et pour des raisons d'équité qui sont mentionnées dans la décision. L'intéressé peut faire valoir des raisons d'équité justifiant que le remboursement ne soit pas poursuivi.

Section 3. Récupération auprès des tiers responsables

Le CPAS poursuit en vertu d'un droit propre le remboursement du revenu d'intégration à charge de la personne responsable de la blessure ou de la maladie qui a donné lieu au paiement du revenu d'intégration. Ces recouvrements se prescrivent par 10 ans.

Lorsque la blessure ou la maladie résulte d'une infraction, l'action peut être exercée en même temps que l'action pénale et devant le même juge. Dans ce cas, le recouvrement se prescrit par 5 ans à compter du jour qui suit la connaissance par le préju-

dicié de l'identité de l'auteur ou du dommage causé, et au plus tard par 20 ans à compter du jour qui suit celui où s'est produit le fait par lequel le dommage a été causé.

La prescription peut être interrompue par une sommation faite soit par lettre recommandée à la poste, soit contre accusé de réception.

Le CPAS ne peut renoncer à ces recouvrements que par décision individuelle et pour des raisons d'équité qui sont mentionnées dans la décision. L'intéressé peut faire valoir des raisons d'équité justifiant que le remboursement ne soit pas poursuivi.

Si les coûts ou les démarches inhérents à cette récupération dépassent le résultat escompté, aucune récupération ne doit être entreprise.

V. Procédure et voies de recours

Le droit à l'intégration sociale est octroyé sur demande ou d'office par le C.P.A.S.

Les demandes sont introduites, soit par écrit, soit oralement en se rendant à la permanence du C.P.A.S. dont le local, les jours et heures sont affichés à l'endroit réservé aux publications officielles de l'administration communale.

Le centre adresse ou remet le même jour un accusé de réception au demandeur. Tout accusé de réception doit indiquer le délai d'examen de la demande, son droit d'être entendu et le fait que la personne doit immédiatement communiquer tout nouveau renseignement susceptible d'influencer son droit à l'intégration sociale.

Les décisions sont prises par le Conseil de l'Aide sociale du C.P.A.S. sur la base du dossier préparé par un(e) assistant(e) social(e) assermenté(e) qui aura au préalable effectué une enquête sociale et une enquête sur les ressources. Il s'agit d'une décision administrative qui doit être motivée.

Avant de prendre une décision, le Conseil de l'aide sociale doit entendre l'intéressé, s'il le désire. Ce dernier peut se faire assister ou se faire représenter.

Le C.P.A.S. est tenu de statuer dans les 30 jours qui suivent la réception de la demande.

La décision est notifiée dans les huit jours, sous pli recommandé à l'intéressé.

Les décisions intervenues à la suite d'une demande ont effet à la date de réception de cette demande et celles intervenues d'office peuvent comporter un effet rétroactif.

L'intéressé peut introduire un recours contre la décision du C.P.A.S. auprès du tribunal du travail de son domicile. Le délai de recours est de trois mois suivant la notification de la décision.

VI. Subventions

L'Etat fédéral accorde aux C.P.A.S. une subvention égale au minimum à 50 % du montant du revenu d'intégration octroyé conformément aux dispositions de la loi du 26 mai 2002. Le reste est à charge du C.P.A.S. et indirectement donc à charge de la commune.

Les C.P.A.S. qui disposent de subventions majorées sont les C.P.A.S. qui ont un nombre plus important de bénéficiaires à leur charge. La subvention est ainsi portée à 60 % du montant du revenu d'intégration lorsque les C.P.A.S. ont en moyenne mensuelle de la pénultième année au moins cinq cents bénéficaires et à 65 % lorsque le droit a été octroyé à au moins 1.000 bénéficiaires.

D'autres types de majoration de subventions existent, à savoir :

- 60, 70 ou 75 % lorsque le revenu d'intégration s'accompagne d'un projet individualisé d'intégration sociale pour des personnes âgées de moins de 25 ans, et que le CPAS accepte pour des raisons d'équité que l'intéressé entame, reprenne ou poursuive des études, en vue d'accroître ses possibilités d'insertion professionnelle, dans un établissement d'enseignement agréé ou subventionné par les Communautés;

- 100 % pendant un an maximum pour le revenu d'intégration accordé à une personne qui perd sa qualité de sans-abri en occupant un logement qui lui sert de résidence principale ou une personne qui résidait en permanence dans une résidence de loisir et de plein air ou un camping-caravaning parce qu'elle n'était pas en mesure de disposer d'un autre logement et qui quitte effectivement cette résidence pour occuper un logement qui lui sert de résidence principale;

- 100 % de la majoration du revenu d'intégration (dite prime d'installation) accordée aux sans-abri qui perdent leur qualité de sans-abri parce qu'ils viennent à disposer d'un logement qui leur sert de résidence principale ou accordée aux bénéficiaires du revenu d'intégration qui quittent définitivement une résidence de loisir et de plein air ou un camping-caravaning;

- 100 % lorsque le revenu d'intégration est octroyé à un bénéficiaire inscrit au registre des étrangers, et ce jusqu'à la date de son inscription au registre de la population;

- 70 % pendant maximum six mois lorsqu'un intéressé poursuit dans certaines conditions une formation (minimum 10 h/semaine) ou effectue des prestations dans le cadre d'une formation par le travail (minimum 10 h / semaine et maximum 20 h / semaine) dans le cadre d'un contrat contenant un projet individualisé d'intégration sociale.

Le CPAS agit en tant qu'employeur en application de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale :

Emploi à temps plein : subvention égale au montant du revenu d'intégration pour des personnes avec charge de famille.
Spécifiquement pour les personnes âgées de moins de 25 ans : la subvention précitée est majorée de 25 % jusqu'au coût salarial brut de la personne mise au travail, au maximum.

Emploi à temps partiel : subvention de 500 EUR par mois civil, limitée à la rémunération brute du travailleur.
Spécifiquement pour les personnes âgées de moins de 25 ans : subvention de 625 EUR par mois civil, limitée au coût salarial brut du travailleur.

Initiative d'économie sociale : une subvention de 20.527,43 EUR sur une base annuelle à certaines conditions.

Le CPAS conclut, pour un bénéficiaire, en application de l'article 61 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, une convention en matière d'emploi avec une entreprise privée :

- le montant mensuel de la prime d'encadrement et de formation est égal au montant réel des frais d'encadrement et de formation pour le travailleur au cours d'un mois civil déterminé, avec un plafond de 250 EUR lorsque le travailleur est occupé à temps plein;

- lorsque le travailleur n'est pas occupé à temps plein, le montant maximum de la prime d'encadrement et de formation de 250 EUR est réduit à un montant proportionnel à la durée de travail hebdomadaire contractuellement prévue pour l'emploi à temps partiel.

- cette subvention doit être consacrée totalement à l'encadrement ou à la formation du bénéficiaire au sein de l'entreprise ou du centre.

Le CPAS intervient dans les frais liés à l'insertion professionnelle du bénéficiaire :

- la subvention est égale au montant de l'intervention financière.

Frais de personnel :

A partir du 1er janvier 2002, une subvention de 278 EUR par dossier sur une base annuelle est octroyée au CPAS comme intervention dans les frais de personnel, à certaines conditions.

VII. Bibliographie

A. Adresses utiles

Le CPAS de votre commune

SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie sociale
Boulevard Anspach 1
1000 Bruxelles

www.mi-is.be

Tél.: 02/509.84.43
E-mail : cpas@mi-is.be

B. Réglementation

1. Lois

- loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale;

- loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale.

2. Arrêtés royaux

- A.R. du 11 juillet 2002 portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale;

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à l'intégration sociale qui est engagé dans le cadre du plan Activa;

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le cadre de l'intérim d'insertion (pour les ayants droit à l'intégration sociale);

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à l'intégration sociale mis au travail dans un programme de transition professionnelle;

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à l'intégration sociale mis au travail dans une initiative d'insertion sociale;

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant les conditions d'octroi, le montant et la durée de la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour une occupation à temps partiel, en application de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, d'un ayant droit à l'intégration sociale (subvention lors d'une occupation à temps partiel);

- A.R. du 4 septembre 2002 déterminant les conditions d'octroi de la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour une occupation en application de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, d'un ayant droit à l'intégration sociale qui est mis à disposition d'une entreprise privée (mise à la disposition d'une entreprise privée);

- A.R. du 11 juillet 2002 portant octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'aide sociale pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale dans l'économie sociale (pour les ayants droit à l'intégration sociale);

- A.R. du 11 juillet 2002 déterminant la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour l'encadrement et la formation des ayants droit à l'intégration sociale mis au travail par convention auprès d'une entreprise privée (prime de tutorat);

- A.R. du 23 décembre 2002 portant octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'aide sociale de certaines villes et communes pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale.

- A.R. du 23 septembre 2004 déterminant l'intervention financière du centre public d'action sociale pour la guidance et l'accompagnement d'un ayant droit à l'intégration sociale ou une aide sociale financière visant sa mise à l'emploi en entreprise.

3. Arrêtés ministériels

- A.M. du 12 décembre 2002 fixant le barème d'interventions visé à l'article 51 de l'A.R. du 11 juillet 2002 portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale;

- A.M. du 10 octobre 2004 fixant la liste des initiatives d'économie sociale en vue de l'octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'action sociale pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale dans l'économie sociale.

4. Circulaires

- circulaire générale du 6 septembre 2002 concernant la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

- circulaire du 21 octobre 2002 relative à la mission de mise à l'emploi du centre public d'aide sociale dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;

- circulaire du 14 décembre 2004 concernant les modifications à partir du 1er janvier 2005 en matière du droit à l'intégration sociale.

C. Publications

- Site web : www.mi-is.be

- Le droit à l'intégration sociale : un nouveau départ (explication de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale et de l'A.R. du 11 juillet 2002 portant règlement général en matière de droit à l'intégration sociale – guide pour le CPAS);

- Le droit à l'intégration sociale : ça me concerne ? (guide pour le public).

Titre III.
Aide sociale

I. Caractéristiques générales de l'aide sociale

Section 1. L'aide sociale et les lois de réformes institutionnelles

La loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale relève, depuis la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, pour partie de la compétence de l'Etat fédéral et pour partie des Communautés respectives du fait que l'aide sociale constitue une matière personnalisable.

Aussi, aux termes de l'article 1er de la dernière loi spéciale du 16 juillet 1993 visant à achever la structure fédérale de l'Etat, l'Etat fédéral ne dispose plus au niveau de la loi organique précitée que des matières relatives aux centres publics d'action sociale, réglées par les articles 1er et 2 et dans les chapitres IV, V et VII de la loi organique du 8 juillet 1976 relative aux centres publics d'action sociale, sans préjudice de la compétence des Communautés d'octroyer des droits supplémentaires ou complémentaires.

Concrètement, le pouvoir fédéral est compétent en ce qui concerne le "droit" à l'aide sociale, les missions du centre public d'aide sociale, du recours et du remboursement par les particuliers des frais de l'aide sociale. Par contre, les Communautés respectives (et pour la Communauté française la Région wallonne), disposent de la compétence concernant le fonctionnement et la gestion du C.P.A.S. (le personnel, l'administration, la gestion et le financement du C.P.A.S. ainsi que la tutelle).

Section 2. Définition de l'aide sociale et types d'aides spécifiques

L'aide sociale en général, accordée par les centres publics d'aide sociale peut revêtir deux types de prestations de nature juridique différente. Le même établissement public qu'est le centre public d'aide sociale a compétence pour octroyer d'une part le droit à l'intégration sociale par un emploi ou un revenu d'intégration, assortis ou non d'un projet individualisé d'intégration sociale, constituant l'aide sociale au sens strict, et d'autre part l'aide sociale au sens large ou ordinaire, c'est-à-dire toutes les autres formes d'aide sociale décrites ci-après.

L'aide sociale peut donc être un complément utile au droit à l'intégration sociale ou un substitut à celui-ci lorsque l'intéressé(e) ne remplit pas les conditions pour prétendre à l'octroi dudit droit.

Ce "droit" à l'aide sociale pour "toute personne" a été instauré sans condition d'âge ou de nationalité. L'article 1er de la loi précise en effet que "toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine", ce qui correspond à un réel droit subjectif et vise une aide très diversifiée quant à sa nature.

Les moyens permettant de réaliser le droit de chacun à l'aide sociale, définis sous forme de missions générales des C.P.A.S., et la manière dont le C.P.A.S. doit remplir ses missions, sont décrits dans les articles 57 et suivants de la loi organique de 1976. L'aide sociale qui doit être accordée a pour but non seulement de combler certaines carences liées à l'existence en société (aide palliative ou curative), mais également d'assurer une aide préventive. L'aide sociale peut consister en divers types d'aides allant de l'aide matérielle (aide financière, aide en nature) à une aide immatérielle (par exemple des conseils juridiques ou une guidance budgétaire, des démarches, l'aide par la mise au travail en article 60, §7, de la loi organique précitée, etc.).

Concrètement, le centre devra, suite à une enquête sociale, poser un diagnostic précis du besoin d'aide. Il accordera alors l'aide sous la forme la plus appropriée comme le centre reste libre quant à l'appréciation de la forme d'aide la plus adéquate, c'est-à-dire que l'intéressé pourra recevoir du C.P.A.S. un autre type d'aide que celle qu'il avait sollicitée.

Section 3. Recouvrement

Aucun recouvrement ne doit obligatoirement être poursuivi à charge des débiteurs d'aliments autres que le conjoint et les ascendants et descendants du premier degré.

Aucun recouvrement à charge des débiteurs d'aliments ne peut être poursuivi lorsqu'il s'agit :

- des frais découlant de services subsidiés par un pouvoir public et pour lesquels une réglementation est prévue en matière de prix ou d'intervention à charge des intéressés, de manière telle que la plupart des frais de fonctionnement sont couverts;
- des frais découlant de la mise au travail par le centre public d'action sociale conformément à l'article 60, §7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale.

Aucun recouvrement à charge des débiteurs d'aliments ne doit obligatoirement être poursuivi quand il s'agit des frais découlant de l'aide sociale suivante :

- aide occasionnelle octroyée à l'occasion de certains événements ou dans certaines circonstances;
- services organisés par le centre public d'action sociale et pour lesquels un tarif d'intervention est fixé, compte tenu des charges et des revenus du béneficiaire, à l'exception toutefois des services d'admission et d'hébergement;
- les frais des soins médicaux pour toutes les personnes qui ne peuvent être mises en règle avec l'assurance contre la maladie et l'invalidité.

S'il apparaît que sans aucune explication acceptable, le patrimoine du bénéficiaire a diminué de façon notable au cours des cinq dernières années précédant le début de

l'aide sociale, le centre public d'aide sociale peut récupérer une partie des frais découlant de l'admission ou de l'hébergement auprès des débiteurs d'aliments du bénéficiaire.

Lors du recouvrement auprès des débiteurs d'aliments du même rang, il ne peut être récupéré auprès de chacun d'eux et de leur conjoint, que les frais de l'aide sociale, multpliés par la fraction dont le numérateur est égal à 1, et dont le dénominateur est égal au nombre de débiteurs d'aliments préappelés.

Les frais de l'aide sociale visés à l'article 97, 1° et 2°, de la loi du 8 juillet 1976 ne peuvent être récupérés auprès du conjoint et des ascendants et descendants que dans les conditions et limites définies ci-après :

- le recouvrement auprès du conjoint est, le cas échéant, limité au montant de la pension alimentaire qui est fixé par une décision judiciaire devenue exécutoire, ou que le conjoint s'est engagé à verser conformément à l'article 1288-4°, du Code judiciaire;
- le recouvrement auprès des ascendants est limité aux frais de l'aide sociale octroyée à leurs descendants aussi longtemps qu'ils n'ont pas atteint la majorité civile ou après cet âge, s'ils sont bénéficiaires d'allocations familiales;
- le recouvrement auprès des descendants ne peut être effectué que lorsque le créancier d'aliments séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou une maison de repos et de soins.

Le CPAS peut renoncer de manière générale au recouvrement de l'aide sociale octroyée aux personnes prises en charge dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées, à charge de ceux qui doivent des aliments, avec l'accord de l'autorité communale.

Avant de décider d'une action en recouvrement, le centre public effectue une enquête sociale sur la situation financière du débiteur d'aliments et les implications familiales de l'affaire. Cette enquête n'est pas obligatoire s'il ressort du dossier social de l'intéressé lui-même que des motifs d'équité peuvent être invoqués en vue du non-recouvrement ou que les coûts et démarches inhérents à cette récupération dépassent le résultat escompté.

Lors de la détermination de la part contributive des débiteurs d'aliments, le CPAS suit une échelle d'interventions, fixée par le Ministre de l'Intégration sociale, à laquelle il peut déroger par une décision individuelle et moyennant la prise en considération de circonstances particulières motivées dans la décision.

En cas de déclaration volontairement inexacte ou incomplète de la part du bénéficiaire, le centre récupère la totalité de ces frais, quelle que soit la situation financière de l'intéressé.

Le centre public d'aide sociale poursuit également, en vertu d'un droit propre, le remboursement des frais de l'aide sociale à charge de ceux qui sont responsables de la blessure ou de la maladie qui a rendu nécessaire l'octroi de l'aide; lorsque la blessure ou la maladie sont la suite d'une infraction, l'action peut être exercée en même temps et devant les mêmes juges que l'action publique.

Lorsqu'une personne vient à disposer de ressources en vertu de droits qu'elle possédait pendant la période au cours de laquelle une aide lui a été accordée par le centre public d'aide sociale, celui-ci récupère auprès de cette personne les frais de l'aide jusqu'à concurrence du montant des ressources susvisées, en tenant compte des minima exonérés.

II. Procédure et voies de recours

Une demande d'aide sociale peut être introduite par toute personne intéressée ou par un tiers. La décision doit être prise dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. L'absence de décision est assimilée à une décision de refus. La décision ne peut faire référence à un quelconque barème général et doit au contraire être motivée en fonction du cas particulier du demandeur. La décision prise par le Conseil de l'aide sociale, ou par un organe délégué constitue une décision administrative laquelle doit être motivée. En cas d'urgence, le président peut décider de l'octroi d'une aide sociale urgente qu'il fera ratifier ultérieurement par le Conseil de l'aide sociale lors de la plus prochaine réunion de celui-ci.

La décision est communiquée au demandeur par lettre recommandée à la poste ou contre accusé de réception. Un recours peut être formé par l'intéressé auprès du tribunal du travail contre une décision prise à son égard en matière d'aide individuelle par le Conseil de l'aide sociale ou l'un de ses organes. Il en est de même lorsque le centre a laissé s'écouler, sans prendre de décision, un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. Le recours doit être introduit dans le mois soit de la date de dépôt à la poste du pli recommandé notifiant la décision, soit de la date de l'accusé de réception de la décision, soit de la date d'expiration du délai d'un mois à compter de la réception de la demande.

III. Subventions

L'Etat fédéral intervient financièrement dans les frais de l'aide sociale octroyée par les C.P.A.S., conformément aux dispositions de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale.

L'Etat fédéral intervient dans :

a) les frais résultant du traitement d'un indigent, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, pour autant que l'intéressé ne soit pas inscrit au registre de la population à titre de résidence principale au moment du traitement.

L'intervention dans ces frais est limitée : au prix moyen de la journée d'entretien en chambre commune, au prix de remboursement en matière d'assurance maladie-invalidité, au prix fixé par le Ministre qui a l'Intégration sociale dans ses attributions, pour le transport du patient à l'établissement de soins ou le transfert vers un autre établissement de soins.

b) les frais de l'aide sociale accordée à un indigent belge rapatrié à l'intervention du Gouvernement;

c) les frais de l'aide sociale accordée à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge, et ce jusqu'au jour de son inscription au registre de la population.

L'intervention dans ces frais est limitée au montant du revenu d'intégration pour la catégorie des personnes à laquelle appartient le bénéficiaire de l'aide.

Ces montants sont éventuellement augmentés du montant des prestations familiales garanties, des frais d'affiliation et des cotisations versées à un organisme d'assurance maladie et des frais occasionnés par des prestations médicales et pharmaceutiques.

En vue d'encourager les CPAS à accueillir et à héberger les candidats-réfugiés sur le territoire de leur commune ladite intervention est réduite à :

- 50% lorsque le candidat-réfugié ne réside pas sur le territoire du CPAS compétent, à moins que le CPAS ou la commune démontre qu'il ou elle a proposé un logement décent et adapté aux moyens de l'intéressé (situé sur le territoire de la commune du CPAS compétent ou sous certaines conditions sur le territoire de communes avoisinantes ou très proches);
- 0% lorsque l'absence de mesures suffisantes prises par le CPAS en vue de favoriser l'accueil du candidat-réfugié sur le territoire de sa commune, a pour conséquence d'inciter celui-ci à s'installer sur le territoire d'une autre commune.

d) les frais de l'aide sociale accordée à un enfant âgé de moins de dix-huit ans qui est soit né de père et mère inconnus, soit un enfant naturel non reconnu par l'un ou l'autre de ses parents ou soit un enfant de nationalité belge, abandonné au moment de sa naissance et dont la mère n'était pas inscrite au registre de la population;

e) les frais liés à la mise à l'emploi des étrangers, inscrits au registre des étrangers avec une autorisation de séjour d'une durée illimitée et qui en raison de leur nationalité ne peuvent prétendre au droit à l'intégration sociale et qui ont droit à l'aide sociale financière, lorsque le CPAS agit en qualité d'employeur ou lorsque le CPAS se charge d'un encadrement ou d'une éducation éventuelle du travailleur ou lorsque le CPAS intervient financièrement dans le coût salarial à charge de l'employeur en cas de mise à l'emploi dans certains projets d'insertion (Plan Activa, programmes de transition professionnelle, intérim d'insertion et emploi SINE);

f) les frais engendrés par l'aide médicale urgente à des personnes dont le séjour sur le territoire est illégal, pourvu qu'un certificat médical soit fourni qui montre l'urgente nécessité des prestations (A.R. du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume).

L'intervention dans ces frais est limitée : au prix moyen de la journée d'entretien en chambre commune, au prix de remboursement en matière d'assurance maladie-invalidité, au prix fixé par le Ministre compétent pour l'Intégration sociale, pour le transport du patient à l'établissement de soins ou le transfert vers un autre établissement de soins.

IV. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Le CPAS de votre commune

SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie sociale
Boulevard Anspach 1
1000 Bruxelles

www.mi-is.be

Tél.: 02/509.84.43
E-mail : cpas@mi-is.be

B. Réglementation

1. Lois

- la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;

- loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale.

2. Arrêtés royaux

- A.R. du 9 mai 1984 pris en exécution de l'article 100bis, § 1er, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale;

- A.R. du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à une aide sociale financière qui est engagé dans le cadre du plan Activa;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale pour un ayant droit à une aide sociale financière dans le cadre de l'intérim d'insertion;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à une aide sociale financière mis au travail dans un programme de transition professionnelle;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant l'intervention financière du centre public d'aide sociale dans le coût salarial d'un ayant droit à une aide sociale financière mis au travail dans une initiative d'insertion sociale;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant les conditions d'octroi, le montant et la durée de la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour une occupation à temps partiel, en application de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, d'un ayant droit à une aide sociale financière (subvention lors d'une occupation à temps partiel);

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant les conditions d'octroi de la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour une occupation en application de l'article 60, § 7, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, d'un ayant droit à une aide sociale financière qui est mis à disposition d'une entreprise privée (mise à la disposition d'une entreprise privée);

- A.R. du 14 novembre 2002 portant octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'aide sociale pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale dans l'économie sociale pour des ayants droit à une aide sociale financière;

- A.R. du 14 novembre 2002 déterminant la subvention, accordée aux centres publics d'aide sociale, pour l'encadrement et la formation des ayants droit à une aide sociale financière mis au travail par convention auprès d'une entreprise privée (prime de tutorat);

- A.R. du 23 décembre 2002 portant octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'aide sociale de certaines villes et communes pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale;

- A.R. du 23 septembre 2004 déterminant l'intervention financière du centre public d'action sociale pour la guidance et l'accompagnement d'un ayant droit à l'intégration sociale ou une aide sociale financière visant sa mise à l'emploi en entreprise.

3. Arrêtés ministériels

- A.M. du 30 janvier 1995 réglant le remboursement par l'Etat des frais relatifs à l'aide accordée par les centres publics d'aide sociale à un indigent qui ne possède pas la nationalité belge et qui n'est pas inscrit au registre de la population.

- A.M. du 10 octobre 2004 fixant la liste des initiatives d'économie sociale en vue de l'octroi d'une subvention majorée de l'Etat aux centres publics d'action sociale pour des initiatives spécifiques d'insertion sociale dans l'économie sociale.

- A.M. du 2 mars 2005 fixant le barème d'interventions visé à l'article 16 de l'A.R. du 9 mai 1984 pris en exécution de l'article 100bis, § 1er, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale.

C. Publications

Site web : www.mi-is.be

Partie IV.

La protection sociale au niveau international

Introduction

Les actes internationaux en matière de sécurité sociale conclus soit entre deux ou plusieurs Etats, soit au sein d'une organisation internationale, peuvent être classés en trois groupes selon l'objectif poursuivi :

- les conventions internationales qui visent à pallier les inconvénients de la migration des travailleurs et des membres de leur famille, soumis successivement à plusieurs systèmes de sécurité sociale, par une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale des Etats contractants;
- les instruments qui promeuvent le développement des législations nationales de sécurité sociale, c'est-à-dire l'élévation du niveau de protection sociale, par la fixation de normes minimales ou supérieures de sécurité sociale, auxquelles devront obéir les législations nationales;
- les accords qui tendent à harmoniser les régimes de sécurité sociale nationaux.

Les actes bi- ou multilatéraux qui répondent à l'un ou à l'autre de ces objectifs seront examinés dans la présente partie. Il a paru logique que soient également traités dans la présente partie, les régimes de sécurité sociale gérés par l'Office de sécurité sociale d'Outre-Mer, car ceux-ci sont destinés aux personnes qui exercent leur activité professionnelle à l'étranger.

Titre I. Instruments de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale

Le phénomène sociologique de la migration n'est pas nouveau. Les régimes nationaux de sécurité sociale dans lesquels l'octroi des prestations est généralement subordonné à des conditions de nationalité, de durée d'assurance, de résidence, ont nécessité l'adoption de mesures tendant à préserver les droits aux prestations de sécurité sociale du travailleur migrant et des membres de sa famille qui l'accompagnent ou qui sont restés dans son pays d'origine. Ces mesures sont reprises dans des accords internationaux de sécurité sociale qui peuvent être bi- ou multilatéraux (deux ou plusieurs pays contractants).

Dans un premier temps, les conventions de sécurité sociale liaient deux pays, généralement limitrophes, et couvraient certaines catégories de travailleurs - frontaliers, saisonniers - pour un nombre limité de branches de la sécurité sociale. La Belgique a ainsi conclu, depuis le premier accord (Accord belgo-luxembourgeois du 15 avril 1905), de nombreuses conventions avec tous les pays voisins et ceux avec lesquels elle connaît des mouvements d'échange de main-d'œuvre. Ces traités concernaient d'abord les accidents du travail, puis, après la deuxième guerre mondiale, la sécurité sociale au sens large, englobant les neuf branches de la sécurité sociale qui sont énumérées dans la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail (O.I.T.).

Quelques conventions ne répondaient pas aux impératifs socioéconomiques déjà évoqués mais constituaient plutôt des traités d'amitié dans la mesure où il n'existait pas de courant migratoire important entre les pays contractants. Les conventions les plus récentes ont été conclues avec des pays d'outre-mer et, en raison du nouveau contexte économique, répondent à d'autres besoins, tels que la protection des travailleurs salariés qui vont exercer, temporairement, une activité professionnelle dans un pays autre que leur pays d'emploi habituel.

Au niveau de la Communauté européenne, le cadre juridique des traités constitutifs des Communautés européennes a toujours été considéré comme insuffisant pour que soit élaborée une politique sociale proprement dite et pour donner les pouvoirs à la Commission européenne d'adopter des normes contraignantes en matière de sécurité sociale. En revanche, les articles 39 et suivants du Traité de Rome ont permis, dès l'origine la construction d'une réglementation en matière de libre circulation des travailleurs.

L'article 42 du Traité met en place le principe d'une coordination des régimes nationaux de sécurité sociale, condition indispensable au respect de l'une des quatre libertés fondamentales qui présida à la construction européenne.

Des règles de coordination se retrouvent également dans les conventions bilatérales de sécurité sociale ou dans les instruments de coordination de l'Organisation internationale du travail (O.I.T.) ou du Conseil de l'Europe.

Chronologiquement, ces principes sont le résultat de négociations qui ont eu lieu sur le plan bilatéral ou sous les auspices de l'Organisation internationale du travail. Actuellement, on peut affirmer que la coordination européenne constitue un modèle duquel les instruments récents de coordination (conventions bilatérales ou multilatérales, instruments du Conseil de l'Europe) se rapprochent.

Pour la facilité de l'exposé, le critère chronologique a néanmoins été retenu, tant dans le présent Titre que dans celui consacré aux instruments normatifs. Ceci explique que les instruments de coordination de l'Union européenne sont traités, malgré leur importance, après les autres.

I. Conventions bilatérales

En règle générale, les conventions bilatérales en matière de sécurité sociale coordonnent l'application des régimes nationaux de sécurité sociale. Ces conventions sont dites "générales" lorsqu'elles couvrent à l'égard des pays contractants, l'ensemble des législations nationales auxquelles sont soumis tous les travailleurs salariés, les personnes assimilées et les membres de leur famille ou, dans certains cas, l'ensemble de la population. Elles sont dites "particulières" lorsqu'elles ne couvrent qu'en partie ces législations.

La plupart des conventions générales conclues par la Belgique couvrent les travailleurs et les personnes qui leur sont assimilées, à l'exclusion des agents diplomatiques ou consulaires de carrière, y compris les fonctionnaires appartenant au cadre des chancelleries (champ d'application personnel). Certaines conventions s'appliquent aux travailleurs indépendants ou/et prévoient que l'extension de l'application aux marins pourra se réaliser ultérieurement par voie d'arrangement administratif.

Ces conventions définissent les territoires sur lesquelles elles s'appliquent (champ d'application territorial) et énumèrent les branches de sécurité sociale qu'elles visent (champ d'application matériel).

Section 1. Principes

Les conventions de coordination n'impliquent pas une modification des législations nationales existantes mais elles tendent à atténuer les désavantages de la migration en répondant à certains objectifs fondamentaux, à savoir :

- assurer l'égalité de traitement des ressortissants des pays contractants visés par le champ d'application de la convention;
- désigner la législation applicable afin de résoudre les conflits de loi qui pourraient naître de l'application successive ou simultanée de deux législations;
- assurer le maintien des droits acquis ou en cours d'acquisition;
- prévoir des modalités d'application pour les prestations servies sur le territoire du pays contractant autre que le pays compétent.

A. Egalité de traitement

L'application de l'égalité de traitement constitue un des fondements essentiels de la coordination.

L'inscription de ce principe dans les conventions bilatérales ne revêt plus au regard du droit interne belge qu'un caractère théorique, dans la mesure où les régimes de sécurité sociale belge visés dans les conventions bilatérales prévoient déjà cette égalité.

B. Législation applicable

Les conventions posent comme principe général que les travailleurs salariés ou assimilés, qui sont occupés sur le territoire de l'un des Etats contractants sont soumis aux législations en vigueur sur leur lieu de travail.

Ce principe comporte un certain nombre d'exceptions en faveur :

- des travailleurs détachés, c'est-à-dire envoyés par leur employeur pour une période relativement courte, dans un pays autre que celui de leur occupation habituelle;
- du personnel des entreprises publiques ou privées de transport de l'un des deux pays, occupé dans l'autre pays qui reste, en principe, soumis aux dispositions en vigueur dans le pays où l'entreprise a son siège;
- des travailleurs d'un service administratif officiel d'un pays, détachés sur le territoire de l'autre pays;
- des travailleurs occupés dans les postes diplomatiques ou consulaires ou qui sont au service personnel d'agents de ces postes.

Ils peuvent, s'ils sont ressortissants du pays représenté, opter entre l'application de la législation de leur pays d'origine et celle du lieu de leur travail.

C. Protection des droits acquis

Les droits acquis ou en cours d'acquisition sont protégés par :

- la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays contractants en vue :
  a) de l'ouverture du droit aux prestations;
  b) du maintien de ce droit;
- la suppression ou l'atténuation des conditions de territorialité, généralement, imposées par les législations nationales pour le bénéfice des prestations.

Pour répondre à ces objectifs, les conventions bilatérales énoncent un ensemble de dispositions particulières à chacune des branches couvertes par leur champ d'application matériel.

1. Totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux pays contractants

1.1. En vue de l'ouverture du droit aux prestations

Le travailleur salarié qui vient travailler en Belgique pourra totaliser les périodes d'assurance accomplies sous sa législation nationale et celles qui ont été accomplies depuis le début de son activité professionnelle salariée en Belgique, pour le calcul de la période de stage requise par le régime belge pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance-maladie.

1.2. En vue du calcul des prestations

a) Calcul des prestations

Pour les prestations dites à long terme, c'est-à-dire principalement les prestations d'invalidité, de vieillesse ou de survie, les conventions bilatérales en matière de sécurité sociale contiennent un ensemble de règles pour l'établissement du droit aux prestations qui tiennent compte du fait qu'un travailleur peut avoir été soumis successivement ou alternativement aux législations concernées des deux pays contractants.

Les conventions les plus anciennes contiennent uniquement les règles dites de "proratisation" ou du calcul "prorata temporis", soit le système suivant :

- les périodes d'assurance accomplies dans les deux pays sont totalisées, à condition qu'elles ne se superposent pas. Sont prises en considération, les périodes d'assurance effectives et les périodes assimilées admises comme telles par les législations nationales;
- chaque pays calcule sur base des périodes d'assurance totalisées un montant théorique de pension correspondant à la carrière totale fictivement accomplie sous la seule législation qu'il applique;
- le montant théorique obtenu est multiplié, dans chacun des deux pays par une fraction dont le dénominateur correspond aux périodes d'assurance totalisées et le numérateur aux périodes prises en considération en vertu de la seule législation nationale.

Le système a fait l'objet d'aménagements successifs qui ont abouti, dans les conventions les plus récentes, à l'adoption d'une méthode laissant à l'organisme compétent chargé d'établir le droit à prestations, la possibilité de renoncer au calcul proportionnel lorsque l'application de sa législation nationale aboutit au même résultat ou à un résultat plus favorable, à savoir le calcul direct.

b) Règles anticumul

En principe, les règles de cumul prévues par une législation nationale jouent vis-à-vis des prestations sociales attribuées en vertu d'autres législations nationales ou vis-à-vis des revenus acquis sur le territoire d'un autre pays, sauf lorsqu'il s'agit d'un avantage de même nature (ex. prestation de longue durée) accordé selon les règles proportionnelles ou par application du calcul direct.

D. Exportation de prestations

A l'exclusion de l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, la législation belge en matière de sécurité sociale repose, en général, sur le principe de la territorialité. C'est-à-dire dire qu'en principe, les prestations ne sont payées que si l'on se trouve sur le territoire belge.

Depuis le 1er avril 1970, en matière de pension de retraite et de survie, il a été mis fin à l'obligation de résidence en Belgique pour tous les ressortissants belges, les apatrides et les réfugiés reconnus. En vertu du principe de l'égalité de traitement, déjà évoqué supra, cet avantage est également reconnu aux ressortissants des pays liés à la Belgique par un accord bilatéral ou multilatéral en matière de sécurité sociale.

La suppression pure et simple de la condition de territorialité ne peut cependant être retenue, si l'on tient compte de certains facteurs socio-économiques. Les conventions en matière de sécurité sociale contiennent, par conséquent, des règles appropriées pour chaque branche de la sécurité sociale concernée.

Signalons finalement que les conventions de sécurité sociale qui couvrent l'assurance chômage ne prévoient aucune modalité d'exportation des prestations de chômage. Le chômeur qui se trouve en territoire étranger ne peut se soumettre au contrôle de l'organisme belge compétent et n'est plus disponible sur le marché belge de l'emploi.

Section 2. Dispositions spéciales en matière de prestations

A. Assurance-maladie

Les soins de santé sont administrés conformément à la législation appliquée par le pays du lieu du domicile ou du lieu de résidence :

- aux membres de la famille du travailleur assuré en Belgique, qui résident dans l'autre pays;
- aux travailleurs et/ou aux membres de la famille qui se rendent en séjour temporaire dans l'autre pays, séjour dont la durée maximale peut être déterminée dans l'arrangement administratif;
- aux travailleurs admis au bénéfice des prestations et qui, le cas échéant, sont autorisés à transférer leur résidence (invalidité, pension de retraite ou de survie);
- éventuellement aux travailleurs en détachement.

Ces soins de santé sont obtenus conformément à la législation du pays du domicile ou de la résidence. Ces prestations sont servies par les organismes dudit pays, à charge de l'institution compétente du pays où les travailleurs sont assurés.

Les modalités de remboursement entre institutions diffèrent selon les hypothèses envisagées par la convention (dépenses réelles, forfait, abattement de 25% à charge de l'institution du pays de résidence des membres de la famille, renonciation au remboursement). L'assuré par contre est remboursé par l'organisme du pays de résidence. Pour les titulaires de pension de retraite ou de survie qui ont transféré leur résidence, une répartition des charges est prévue selon que les intéressés ont droit à une pension d'un seul ou des deux pays contractants.

Les prestations en espèces de l'assurance-maladie sont servies directement par l'institution compétente. Des dispositions particulières de contrôle médical de l'incapacité de travail sont prévues.

B. Invalidité

Les conventions bilatérales contiennent une disposition de principe selon laquelle les indemnités ou pensions d'invalidité sont accordées sans limitation aucune de leur montant.

Dans certains cas, l'octroi des indemnités n'est pas fonction de la durée d'occupation, les indemnités sont à la charge intégrale de l'institution compétente.

Dans d'autres cas, il est fait application des dispositions concernant la proratisation déjà énoncées ci-avant.

C. Vieillesse

En ce qui concerne le calcul et le paiement des pensions de retraite et de survie, les principes décrits sous la section 1 sont d'application.

D. Allocations familiales

En vertu des conventions bilatérales, les travailleurs migrants occupés en Belgique dont les enfants sont élevés dans le pays d'origine, ont droit aux allocations familiales de la législation belge. Cette règle vaut, mutatis mutandis, pour les enfants des travailleurs assurés belges occupés dans l'autre pays contractant.

Parfois l'arrangement administratif détermine les catégories d'enfants bénéficiaires, les conditions d'octroi, les taux d'allocations familiales ainsi que les périodes pour lesquelles elles sont accordées.

Dans certaines conventions, un montant fixé forfaitairement par enfant est accordé. Le nombre d'enfants bénéficiaires et l'âge peuvent être limités.

E. Accidents du travail et maladies professionnelles

Ces prestations sont calculées selon les principes de la législation belge, et sont exportées vers tous les pays du monde.

F. Chômage

Pour le calcul de cette prestation, il est tenu compte des périodes d'emploi accomplies dans l'autre Etat que celui où est introduite la demande de prestations. Toutefois, il faut que l'on se retrouve sans emploi dans ce dernier pays (pays de demande).

II. Instruments multilatéraux

Les conventions ou accords multilatéraux répondent sur un plan géographique plus vaste, aux objectifs déjà définis pour les conventions bilatérales. Généralement conclus au sein d'une organisation internationale, ils trouvent leur fondement juridique dans un traité ou un acte constitutif.

Section 1. Sécurité sociale des bateliers

A. Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans

C'est sous les auspices de l'Organisation internationale du travail (O.I.T.) qu'a été adopté par l'Allemagne fédérale, la Belgique, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse, l'Accord du 27 juillet 1950 concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans. Cet accord a été ouvert à la signature des Etats représentés à la Commission Centrale pour la navigation du Rhin et le Luxembourg. Cet accord a été ratifié par l'Allemagne, la Belgique (le 11 février 1953 - M.B. 19 avril 1953), la France, les Pays-Bas et la Suisse. Les dispositions visent à coordonner les législations de sécurité sociale des pays membres pour pallier les inconvénients consécutifs aux déplacements des bateliers rhénans et de leur famille, notamment en ce qui concerne les prestations en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse ou de décès, d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Un arrangement administratif a été signé le 29 mai 1953 (M.B. 6 septembre 1953).

L'Accord du 27 juillet 1950 a été révisé le 13 février 1961, par un accord ratifié par l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas et la Suisse. Cet accord s'inspire largement du Règlement n° 3 des Communautés européennes qui a précédé l'actuel Règlement (CEE) n° 1408/71 (cf. infra). Il a été ratifié par la Belgique le 2 avril 1963 (M.B. 21 février 1970) et est entré en vigueur le 1er février 1970. Il comporte, outre les dispositions concernant les branches de sécurité sociale citées ci-dessus, des dispositions relatives au chômage et aux allocations familiales.

Un arrangement administratif a été signé par la Belgique le 10 avril 1967 et est entré en vigueur le 1er février 1970. L'Accord du 13 février 1961 a fait l'objet d'une révision afin de tenir compte des nouvelles dispositions communautaires et d'inclure les travailleurs indépendants.

La Conférence gouvernementale chargée de réviser l'Accord du 13 février 1961 a adopté à Genève, le 30 novembre 1979, un nouvel Accord, signé le 30 novembre 1979 par l'Allemagne, la Belgique, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suisse. Cet Accord est entré en vigueur le 1er décembre 1987. Il a été ratifié par la Belgique le 23 septembre 1987 (M.B. 11 novembre 1987). L'arrangement administratif a été adopté le 26 novembre 1987 (M.B. 28 avril 1988).

B. Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure

Le 26 mars 1993, la Conférence de Strasbourg a adopté, avec l'appui du Bureau international du travail, le texte de l'Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure. Cet Accord a été négocié entre les Etats sui-

vants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, France, Hongrie, Grand-Duché de Luxembourg, Moldavie, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Russie, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Tchéquie (en qualité d'observateur) et Ukraine. Il a été signé par la Belgique le 26 septembre 1996 mais n'est pas encore entré en vigueur.

L'Accord a pour but de garantir la continuité et l'amélioration de la protection sociale des bateliers se déplaçant en Europe, dans la perspective de l'élargissement du réseau européen des voies de navigation intérieure des bateliers de l'Europe de l'Ouest naviguant sur les voies navigables de l'Europe de l'Est et inversement. L'Accord vise les branches maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle et décès. L'arrangement administratif de l'Accord a été adopté le 28 septembre 1995 par la Conférence de Bucarest.

Section 2. Convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux

Cette Convention du 9 juillet 1956 a été ratifiée par la Belgique le 5 février 1968 (M.B. 7 juin 1968), par la France, l'Italie, le Grand-Duché de Luxembourg, les Pays-Bas, la Pologne et la Turquie. Elle est ouverte à la signature de tout membre européen de l'Organisation internationale du travail (O.I.T.).

Cet instrument a pour but de garantir une protection efficace des travailleurs occupés dans les transports internationaux par terre, air et dans la navigation intérieure, lorsqu'ils ont besoin des prestations de sécurité sociale, en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de décès sur le territoire d'une Partie contractante autre que celle du pays dont la législation leur est applicable.

Section 3. Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est la plus ancienne des organisations politiques de l'Europe occidentale. Son statut a été signé le 5 mai 1949 à Londres et le siège est établi à Strasbourg. Les objectifs du Conseil de l'Europe sont : œuvrer pour une unité européenne plus étroite, défendre les principes de la démocratie parlementaire, la primauté du droit et les droits de l'homme.

L'action du Conseil de l'Europe dans le domaine social vise à coordonner, rapprocher, voire harmoniser autant que possible les législations sociales des Etats membres.

Sont membres du Conseil de l'Europe (46 pays au 26 avril 2005) : l'Albanie, l'Allemagne, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Georgie, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, La Moldavie, la Norvège, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, l'ex-République yougoslave de Macédoine, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Fédération de Russie, Saint-Marin, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Suisse, la Turquie et l'Ukraine.

A. Accords intérimaires

Au début des années cinquante, l'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe avait proposé d'élaborer un accord multilatéral généralisant l'égalité de traitement entre les ressortissants des Etats membres et prévoyant l'application, à leur égard, de tous les accords de sécurité sociale conclus entre deux ou plusieurs Etats membres.

Deux accords dits "intérimaires" furent signés le 11 décembre 1953 fondés sur un ensemble d'accords bilatéraux permettant d'attendre que soit élaborée une convention générale. Il s'agit de :

- l'Accord concernant la sécurité sociale à l'exclusion des régimes relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants;
- l'Accord concernant les régimes de sécurité sociale relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants.

Des annexes précisent, par pays, les régimes et les conventions de sécurité sociale auxquels s'appliquent les Accords. Deux protocoles additionnels étendent l'application des Accords intérimaires aux réfugiés.

Au 26 avril 2005, les Accords intérimaires ont été ratifiés par 21 pays : Allemagne, Belgique, le 3 avril 1957 (Loi du 26 mars 1957, M.B. 27 juin 1957), Chypre, Danemark, Espagne, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, République tchèque, Turquie et l'Estonie. En vertu desdits Accords, l'octroi de certaines prestations non contributives peut être subordonné à certaines conditions et délais de résidence.

Pour la Belgique, ces règles limitatives valent notamment pour la garantie de revenus aux personnes âgées et pour les allocations aux handicapés.

1. La garantie de revenus aux personnes âgées

Un ressortissant d'un Etat qui a ratifié les Accords intérimaires européens peut faire valoir ses droits à la garantie de revenus s'il est originaire d'un pays avec lequel la Belgique a conclu en la matière une convention de réciprocité (Suisse) ou a reconnu l'existence d'une réciprocité de fait (Norvège, Suède).

2. Allocations aux handicapés

Les ressortissants des pays qui ont ratifié les Accords intérimaires doivent remplir les conditions suivantes :

- résider au total au moins 15 ans en Belgique depuis l'âge de 20 ans;
- avoir une résidence ininterrompue de 5 ans en Belgique au moment de la demande;
- avoir leur résidence en Belgique avant que la maladie qui est la cause du handicap ait été constatée médicalement pour la première fois.

Ces accords ont été remplacés par la Convention européenne de sécurité sociale du 14 décembre 1972 dans les relations entre les Etats ayant ratifié celle-ci (cf. infra).

B. Convention européenne de sécurité sociale et accord complémentaire

La Convention européenne de sécurité sociale et son Accord complémentaire ont été adoptés le 14 décembre 1972 et sont entrés en vigueur le 1er mars 1977. La Belgique les a ratifiés le 21 janvier 1986 (M.B. 14 mars 1986, Errata M.B. 15 octobre 1986) avec effet au 22 avril 1986. Au 26 avril 2005, outre la Belgique, les Etats suivants ont ratifié la Convention : Autriche, Espagne, Grand-Duché de Luxembourg, Italie, Pays-Bas, Portugal, Turquie.

De l'examen de la Convention et de son Accord complémentaire, il ressort que :

a) la diversité des législations nationales, leur complexité, les nombreuses différences qu'elles accusent, rendent leur coordination très difficile et les règles retenues ne pouvaient être simples. Elles le sont d'autant moins que, dans le cadre du Conseil de l'Europe, il faut prendre en considération :

- les relations entre les législations qui accordent des prestations "à caractère contributif", c'est-à-dire aux termes de la Convention, celles "dont l'octroi dépend soit d'une participation financière directe des personnes protégées ou de leur employeur, soit d'une condition de stage professionnel";
- les relations entre les législations qui accordent des prestations "à caractère non contributif", c'est-à-dire aux termes de la Convention, celles "dont l'octroi ne dépend ni d'une participation directe des personnes protégées ou de leur employeur, ni d'une condition de stage professionnel";
- les relations entre les législations de l'un et de l'autre type.

Dans ces conditions, la Convention ne saurait revêtir une excessive rigidité. En conséquence, la Convention a été conçue comme un instrument à la fois complet et souple ayant une double nature :

- une convention-cadre, dont dès l'entrée en vigueur, une partie seulement des dispositions est applicable (égalité de traitement, transfert des prestations, totalisation des périodes d'assurance, de résidence et d'emploi ou d'activité professionnelle), les autres parties devant faire l'objet d'accords bilatéraux ou multilatéraux entre parties contractantes (dispositions particulières, notamment en matière de maladie, de chômage et de prestations familiales);
- une convention modèle : des dispositions non directement applicables servent de modèle à la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux.

Il en est de même pour l'Accord complémentaire à la Convention destiné à régler notamment les relations entre institutions de sécurité sociale, ainsi que les procédures à suivre pour la liquidation et le service des prestations dues conformément à la Convention.

b) la Convention s'applique à toutes les législations relatives aux branches de la sécurité sociale qui concernent :

- les prestations de maladie et de maternité;
- les prestations d'invalidité;
- les prestations de vieillesse;

- les prestations aux survivants;
- les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles;
- les allocations au décès;
- les prestations de chômage;
- les prestations familiales.

Pour prévenir tout cumul d'assujettissement, la Convention se fonde sur le principe qu'une seule législation est applicable. Pour éviter d'éventuels conflits de lois, elle pose, en règle générale, que la législation applicable est celle de la partie contractante sur le territoire de laquelle s'exerce l'activité professionnelle. Des exceptions et particularités sont prévues en ce qui concerne notamment les travailleurs salariés détachés, les travailleurs salariés des transports internationaux et les travailleurs qui exercent normalement leur activité sur le territoire de plusieurs Parties contractantes.

La Convention affirme le principe de l'égalité de traitement. Toutefois, en ce qui concerne l'application de ce principe à des régimes à caractère non contributif, une Partie contractante peut exiger de la part des ressortissants d'autres Parties contractantes qu'ils satisfassent à des conditions particulières de résidence, notamment lorsque le montant de la prestation est indépendant de la durée de résidence.

C. Convention européenne d'assistance sociale et médicale

Cette Convention a été signée à Paris le 11 décembre 1953 et est entrée en vigueur le 1er juillet 1954. Au 26/04/2005, elle a été ratifiée par 18 pays. Les Etats membres ayant ratifié cet accord sont : l'Allemagne, la Belgique (le 24 juillet 1956 - M.B. 29 mars 1957), le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, Malte, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Turquie.

La Convention élargit au domaine de l'assistance sociale et médicale, le principe de l'égalité de traitement fondé sur la réciprocité. Chaque partie contractante s'engage à faire bénéficier les nationaux des autres Etats contractants, qui sont régulièrement ou légalement présents sur son territoire et qui se trouvent "dans le besoin", de l'assistance sociale et médicale, dans les mêmes conditions que ses nationaux. Un Protocole additionnel étend aux réfugiés le bénéfice des dispositions de la Convention.
Au 26/04/2005, ce Protocole a été ratifié par 17 Etats membres : l'Allemagne, la Belgique le 24 juillet 1956 (M.B. 29 mars 1957), le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, La France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Turquie.
Pour ce qui concerne la Belgique, la Convention et son Protocole visent la loi du 7 août 1974 relative au droit à un minimum de moyens d'existence ainsi que la loi du 8 juillet 1976 organique des Centres publics d'aide sociale.

Section 4. Union européenne

A. Les sources du droit communautaire concernant la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale

1. Le traité instituant la Communauté européenne (1)

1.1. Les travailleurs salariés

Les articles 39 à 49 du Traité instituant la Communauté européenne, plus connu comme le "Traité de Rome", garantissent la libre circulation des travailleurs salariés ressortissants des Etats membres, sur tout le territoire de l'Union européenne.

Pour garantir l'exercice effectif de cette liberté, il était indispensable d'assurer la protection sociale des ressortissants des Etats membres, appelés à se déplacer à l'intérieur de l'Union européenne.

Dans ce but, l'article 42 stipule que :

"Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, adopte dans le domaine de la sécurité sociale les mesures nécessaires pour l'établissement de la libre circulation des travailleurs, en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants et à leurs ayants droit :
a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales;
b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des Etats membres.
Le Conseil statue à l'unanimité tout au long de la procédure visée à l'article 251".
Sur cette base juridique, le Conseil de l'Union européenne a adopté un règlement qui prévoit la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale (2) et non leur harmonisation. Les Etats membres demeurent souverains d'organiser leurs régimes de sécurité sociale.

1.2. Les travailleurs non salariés

La coordination communautaire dans le domaine de la sécurité sociale est basée sur l'article 308 du Traité de Rome en ce qui concerne les travailleurs non salariés (3).

2. Les règlements du Conseil

En vertu dudit article 42, le Conseil a notamment adopté :

- le Règlement n° 3 du 25 septembre 1958 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants (1);
- le Règlement n° 4 du 3 décembre 1958 fixant les modalités d'application et complétant le Règlement n° 3 concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants (2);
- le Règlement n° 36/63/C.E.E. du 2 avril 1963 concernant la sécurité sociale des travailleurs frontaliers (3).

(1) Traité signé à Rome le 25 mai 1957 et modifié par l'Acte unique européen (signé les 17 et 28 février 1986), Traité de Maastricht (signé le 7 février 1992) et par le Traité d'Amsterdam (signé le 2 octobre 1997).
(2) Acte du Conseil de l'Union européenne, "Le règlement a une portée générale. Il est obligatoire dans tous ses éléments et il est directement applicable dans tout Etat membre" (article 189 du Traité de Rome).
(3) Article 235 du Traité de Rome : "Si une action de la Communauté apparaît nécessaire pour réaliser, dans le fonctionnement du marché commun, l'un des objets de la Communauté, sans que le Traité ait prévu les pouvoirs d'action requis à cet effet, le Conseil, statuant à l'unanimité sur proposition de la Commission et après consultation de l'Assemblée, prend les dispositions appropriées".

Ces règlements ont été remplacés par :

- le Règlement n° 1408/71 (C.E.E.) du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (1);
- le Règlement n° 574/72 (C.E.E.) du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du Règlement n° 1408/71 (2).

Ces deux règlements, entrés en vigueur le 1er octobre 1972, regroupent en un texte unique les dispositions intéressant les travailleurs permanents, les frontaliers, les saisonniers et les gens de mer. Ils apportent, par rapport aux textes primitifs, des améliorations importantes en ce qui concerne tant les champs d'application personnel et matériel de la coordination européenne, qui se trouvèrent étendus, que les différentes branches de sécurité sociale.

Depuis leur publication, ces règlements ont été modifiés à maintes reprises. Il s'agissait de tenir compte tantôt des particularités des législations nationales de sécurité sociale des nouveaux pays adhérents (Danemark, Irlande, Royaume-Uni en 1972, Grèce en 1981, Espagne et Portugal en 1986, Autriche, Finlande et Suède, en 1995, Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Slovaquie, Slovénie en 2004), tantôt de l'évolution du droit interne des différents Etats membres, tantôt de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne.

En outre, les règlements 1408/71 et 574/72 ont été étendus aux travailleurs indépendants et aux membres de leur famille par les Règlements (CEE) n° 1390/81 et 3795/81 du Conseil, lesquels sont entrés en vigueur le 1er juillet 1982 (3). Ils ont également été étendus, d'une part aux régimes spéciaux des fonctionnaires par le règlement (CEE) n° 1606/98 du Conseil (entré en vigueur le 25/10/1998) et d'autre part aux étudiants par le règlement (CEE) n° 307/99 du Conseil (entré en vigueur le 1er mai 1999) (4). Enfin, depuis le 1er juin 2003 les règlements de coordination ont été étendus aux ressortissants d'Etats tiers à l'Union européenne, résidant régulièrement sur le territoire d'un Etat membre (R (CEE) 859/03 du Conseil du 14.05.03).

3. La Cour de Justice de l'Union européenne

La Cour est compétente pour statuer à titre préjudiciel sur la validité et l'interprétation de ce règlement, lorsqu'elle est saisie à cet effet, par une juridiction nationale (5).

Elle peut également être saisie par la Commission européenne dans le cas où celle-ci estimerait qu'un Etat membre aurait manqué à ses obligations (6).

4. Les actes de la Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants

Le Règlement (C.E.E.) n° 1408/71 institue une Commission appelée "Commission administrative pour la sécurité sociale des travailleurs migrants" (7). Celle-ci est composée d'un représentant gouvernemental de chacun des Etats membres. Elle peut prendre des décisions administratives ou d'interprétation au sujet des dispositions des règlements précités.

(1) J.O.C.E. n° L 149 du 5 juillet 1971. La version codifiée des Règlements est publiée au J.O.C.E. n° L 28 du 30 janvier 1997 et a été modifiée depuis par les Règlements (CE) n° 1290/97 du Conseil du 27 juin 1997 (J.O.C.E. n° L 176 du 4 juillet 1997), n° 1223/98 du 4 juin 1998 (J.O.C.E. n° L 168 du 13 juin 1998), n° 1606/98 du 29 juin 1998 (J.O.C.E. n° L209 du 25 juillet 1998), n° 307/1999 du 8 février 1999 (J.O.C.E. n° L 38 du 12 février 1999) et n° 1399/1999 du 29 avril 1999 (J.O.C.E. n° L 164 du 30 juin 1999) .
(2) J.O.C.E. n° L 74 du 27 mars 1972, modifié en dernier lieu par le règlement (CEE) n° 1399/1999 du 29 avril 1999 (J.O.C.E. n° L 164 du 30 juin 1999).
(3) J.O.C.E. n° L 143 du 29 mai 1981 et J.O.C.E. n° L 378 du 31 décembre 1981.
(4) J.O.C.E. n° L 209 du 25 juillet 1998 et J.O.C.E. n° L 38 du 12 février 1999.
(5) Article 384 du Traité de Rome.
(6) Article 226 du Traité de Rome.
(7) Articles 80 et 81 du Règlement (CEE) n° 1408/71.

Les décisions d'interprétation sont prises à l'unanimité et doivent faire l'objet d'une publication au Journal officiel des Communautés européennes.

B. Les Règlements (C.E.E.) n° 1408/71 et 574/72

Les dispositions communautaires s'appliquent, outre aux 25 Etats membres de l'Union européenne, aux Etats liés par l'Accord sur l'Espace économique européen : Islande, Norvège et Liechtenstein (1), ainsi qu'à la Suisse depuis le 1er juin 2002 (2).

1. Champ d'application

1.1. Champ d'application personnel (3)

Ces règlements s'appliquent :

- à tous les travailleurs, salariés ou non salariés et aux étudiants, qui sont ou ont été soumis à la législation de l'un ou de plusieurs Etats membres et qui sont des ressortissants de l'un des Etats membres ou bien des réfugiés ou des apatrides résidant sur le territoire de l'un des Etats membres, ainsi qu'aux membres de leur famille;
- aux survivants de travailleurs salariés ou non salariés et des étudiants qui ont été soumis à la législation de l'un ou de plusieurs Etats membres, quelle que fût la nationalité de ces travailleurs salariés ou non salariés, lorsque ces survivants sont des ressortissants de l'un des Etats membres ou qu'ils sont réfugiés ou apatrides résidant sur le territoire de l'un des Etats membres;
- aux fonctionnaires et au personnel qui leur est assimilé selon la législation applicable, dans la mesure où ils sont ou ont été soumis aux législations d'un Etat membre auxquelles s'appliquent lesdits règlements.

Ces règlements s'appliquent également aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par leurs dispositions uniquement en raison de leur nationalité, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants, dès lors qu'ils se trouvent en situation de résidence légale dans un Etat membre et dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul Etat membre.

Cette extension s'applique à l'ensemble des Etats membres de l'Union européenne, à l'exception du Danemark qui n'est pas lié par les dispositions du titre IV du Traité instituant la Communauté européenne ou par les mesures prises en application de ces dispositions. Elle ne s'applique pas aux Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) mais non membres de l'Union européenne (Norvège, Islande, Liechtenstein) ni à la Suisse, dans l'attente d'un acte d'extension explicite (4).

Les notions de "travailleur salarié" et de "travailleur non salarié" sont définies à l'article 1er, a) du Règlement 1408/71 : il s'agit de toute personne protégée au titre d'une assurance obligatoire ou facultative continuée contre une ou plusieurs éventualités correspondant aux branches d'un régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés ou non salariés.

(1) L'Accord sur l'Espace économique européen (Accord E.E.E.) a été conclu entre l'Union européenne et ses Etats membres, d'une part, et les pays de l'Association européenne de libre échange (A.E.L.E.) d'autre part. Il est entré en vigueur le 1er janvier 1994 à l'égard de la Norvège, de l'Islande, de la Suède, de l'Autriche et de la Finlande. Ces trois derniers pays sont devenus membres de l'Union européenne le 1er janvier 1995. L'Accord E.E.E. est entré en vigueur à partir du 1er mai 1995 pour le Liechtenstein.
(2) Accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (JO L114 du 30 avril 2002).
(3) Article 2 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(4) Règlement (CE) n° 859/2003 du 14 mai 2003 (JO. L 124 du 20 mai 2003).

Cette notion a cependant dû être aménagée pour tenir compte du fait que la législation de certains Etats membres connaît un élargissement du régime de sécurité sociale pour une ou plusieurs éventualités, à tous les résidents ou à l'ensemble de la population active.

1.2. Champ d'application matériel (1)

Le Règlement 1408/71 s'applique à toutes les législations relatives aux branches de la sécurité sociale qui concernent la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, les survivants, les accidents du travail, les maladies professionnelles, le chômage, les prestations familiales et les allocations de décès.

Il vise tous les régimes de sécurité sociale, contributifs ou non, ainsi que les régimes relatifs aux obligations de l'employeur ou de l'armateur concernant les prestations de sécurité sociale.

Depuis le 1er juin 1992, il a été étendu aux prestations spéciales à caractère non contributif lorsque ces prestations sont destinées :

- soit à couvrir, à titre supplétif, complémentaire ou accessoire, les éventualités correspondant aux branches citées ci-dessus;
- soit uniquement à assurer la protection spécifique des handicapés.

Il n'est cependant pas applicable aux dispositions de la législation d'un Etat membre concernant les prestations spéciales à caractère non contributif dont l'application est limitée à une partie de son territoire. Ces prestations sont mentionnées à l'annexe II, section III.

Sont également exclus : l'assistance sociale et médicale, les régimes de prestations en faveur des victimes de la guerre ou de ses conséquences ainsi que les régimes spéciaux des fonctionnaires ou du personnel assimilé. Les régimes conventionnels de sécurité sociale (à différencier des régimes facultatifs) sont également exclus sauf déclaration d'un Etat membre (2).

En vue de spécifier quelles sont les législations internes auxquelles le Règlement s'applique, les Etats membres font une déclaration unilatérale (3). Ces déclarations ne constituent pas une énumération limitative. Elles ont une simple valeur indicative.

1.3. Champ d'application territorial (4)

Les règlements sont d'application sur le territoire de tous les Etats membres, y compris les départements français d'Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique et l'Ile de la Réunion).

2. Coexistence du Règlement et des Traités internationaux (5)

2.1. Principe

Le Règlement n° 1408/71 se substitue dans les relations entre les Etats membres aux conventions antérieures. Celles-ci continuent, néanmoins, à sortir leurs effets pour les personnes et les branches de sécurité sociale non visées par la réglementation communautaire.

(1) Article 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(2) Article 4 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(3) Article 1er, j, du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(4) Article 5 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(5) Pour de plus amples informations sur ce sujet, consultez l'article de Ottevaere, A., *Le champ d'application territorial des instruments de sécurité sociale*, dans RBSS, n° 1/1993, p. 159-171.
(5) Article 6 du Règlement (CEE) n° 1408/71.

2.2. Exceptions (1)

Restent d'application :

a) Les dispositions bilatérales ou multilatérales inscrites à l'annexe III du Règlement n° 1408/71;
b) Les Conventions mentionnées à l'article 7 :

- Accord concernant les bateliers rhénans;
- Accord concernant les travailleurs des Transports internationaux;
- Conventions de l'Organisation internationale du travail;
- Accords intérimaires du Conseil de l'Europe.

3. Principes

3.1. Egalité de traitement (2)

Les personnes qui résident sur le territoire de l'un des Etats membres et auxquelles les dispositions du présent règlement sont applicables, sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout Etat membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci.

3.2. Conservation des droits en cours d'acquisition et des droits acquis (3)

Le Règlement envisage le problème de la conservation des droits en cours d'acquisition :

- soit pour l'ouverture du droit aux prestations (conditions de stage);
- soit pour le calcul des prestations (spécialement en ce qui concerne les prestations de retraite et de survie).

D'autre part, le bénéfice des prestations acquises au titre de la législation d'un ou plusieurs Etats membres ne peut être affecté, par le fait que le bénéficiaire (travailleur ou ayant droit) réside sur le territoire d'un Etat membre autre que l'Etat compétent.

3.3. Non-cumul des prestations (4)

Le Règlement 1408/71 interdit le cumul des prestations de même nature se rapportant à une période d'assurance obligatoire, sauf lorsqu'il s'agit de prestations d'invalidité, de vieillesse, de survie et de maladie professionnelle.

L'application des clauses de réduction ou de suspension prévues par la législation d'un Etat membre en cas de cumul d'une prestation avec d'autres prestations de sécurité sociale ou avec d'autres revenus, est étendue aux prestations ou revenus acquis dans un autre Etat membre, sauf s'il s'agit de prestations de même nature (invalidité, vieillesse ou décès, maladies professionnelles).

---

(1) Article 7 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(2) Article 3 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(3) Règlement (CEE) n° 1408/71, article 18 : maladie-maternité; article 38 : invalidité; article 45 : vieillesse et décès; article 57, paragraphe 3, b) : maladies professionnelles; article 64 : allocations de décès; article 67 : chômage; article 72 : prestations familiales.
(4) Article 12 du Règlement (CEE) n° 1408/71; Article 7 du Règlement (CEE) n° 574/72.

Toutefois, l'interdiction de cumul avec des activités professionnelles dans un autre Etat membre est applicable en cas de bénéfice de prestations d'invalidité ou de retraite anticipée.

3.4. Législation applicable (1)

a) Principe

Les travailleurs auxquels les règlements sont applicables sont soumis à la législation d'un seul Etat membre (2).

Cette législation est :

- celle du lieu de travail, même si le travailleur réside sur le territoire d'un autre Etat membre ou si l'entreprise y a son siège;
- celle du pavillon, lorsque le travailleur est occupé à bord d'un navire battant pavillon d'un Etat membre;
- pour les fonctionnaires et le personnel qui leur est assimilé, celle de l'administration dont ils relèvent.

b) Cas particuliers

- Les travailleurs détachés (3)
  Les travailleurs occupés temporairement sur le territoire d'un Etat membre autre que celui où se trouve l'entreprise dont ils relèvent normalement, demeurent soumis à la législation de l'Etat d'où ils sont détachés à condition que :
  - le travail soit effectué pour le compte de leur employeur;
  - ils ne soient pas envoyés en remplacement d'un autre travailleur parvenu au terme de la période de son détachement.

  La durée prévisible du détachement ne peut, en principe, excéder 12 mois. Cependant cette période peut être prolongée (4). L'article 69 de la loi de réorientation économique du 4 août 1978 (5) contient, entre autres, l'obligation pour chaque travailleur détaché d'être en possession d'un certificat de détachement à partir du premier jour de sa présence dans une entreprise ou sur un chantier situé en Belgique.

- Les travailleurs des transports internationaux
  Ces travailleurs sont soumis à la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel l'entreprise qui les occupe a son siège.

  Toutefois, lorsque l'employeur a une succursale ou une représentation permanente dans l'Etat membre où le travailleur est occupé, la législation applicable est celle dudit Etat.

  Par ailleurs, lorsque les travailleurs résident sur le territoire de l'Etat membre où ils sont occupés de manière prépondérante, la législation de l'Etat de résidence est applicable.

---

(1) Titre II du Règlement (CEE) n° 1408/71, articles 13 à 17bis; Titre III du Règlement (CEE) n° 574/72, articles 10ter à 14.
(2) Article 13 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(3) Pour de plus amples informations, consultez l'article de De Froy, G. et Willot, G., *Détachements des travailleurs étrangers en Belgique,* in RBSS, n° 1/1996, p. 183 à 215. Aanwijzing van de toepasselijke socialezekerheidswetgeving in Verordening (EEG) nr 1408/71. Enkele probleemgevallen door DE PAUW, B., R.D.S. n°' 1999.
(4) Articles 14, paragraphe 1er, a) et b, et 17 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(5) M.B. du 17 août 1978.

- Les travailleurs, autres que ceux des transports internationaux, exerçant leur activité sur le territoire de plusieurs Etats membres
  S'ils sont occupés par plusieurs entreprises ayant leurs sièges dans différents Etats membres ou exerçant leur activité sur le territoire de plusieurs Etats membres, ces travailleurs sont soumis à la législation de l'Etat de leur résidence.

- Les travailleurs des entreprises frontalières
  Lorsque l'entreprise est traversée par une frontière commune à deux Etats membres, la législation applicable est celle de l'Etat sur le territoire duquel l'entreprise a son siège.

- Les membres du personnel de service des missions diplomatiques ou postes consulaires et les domestiques privés au service d'agents de ces missions ou postes
  Ces travailleurs sont soumis à la législation de l'Etat d'emploi. Cependant, s'ils sont ressortissants de l'Etat membre accréditant ou de l'Etat membre d'envoi, ils peuvent opter pour l'application de la législation de cet Etat.

c) Exceptions (1)

Les autorités compétentes de deux ou plusieurs Etats membres peuvent déroger dans l'intérêt de certains travailleurs ou de certains groupes de travailleurs, aux règles énoncées ci-dessus concernant la législation applicable.

4. Service des prestations (2)

4.1. Assurance maladie et maternité (3)

a) Prestations en nature

Les prestations en nature comprennent les soins médicaux et dentaires, les médicaments et les hospitalisations ainsi que les paiements directs destinés à rembourser les coûts de ces prestations.

En règle générale, les prestations de maladie en nature sont servies en application de la législation de l'Etat de résidence ou de séjour de l'assuré comme s'il y était assuré.

Diverses situations sont prévues par le Règlement. Les plus fréquentes sont les suivantes :

Séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent

(1) Article 17 du Règlement (CEE) n° 1408/71.
(2) Titre III du Règlement (CEE) n° 1408/71, articles 18 à 79bis; Titre IV du Règlement (CEE) n° 574/72, articles 15 à 92.
(3) Articles 18 à 36 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 16 à 34 du Règlement (CEE) n° 574/72.

- Régime des travailleurs salariés
  Les personnes assurées dans ce régime et les membres de leur famille, ont le droit aux prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des soins et de la durée prévue du séjour.

- Régime des travailleurs non salariés
  Les personnes assurées dans ce régime et les membres de leur famille, ont le droit aux prestations en nature en cas d'hospitalisation s'avérant médicalement nécessaire compte tenu de la nature des soins et de la durée prévue du séjour.

Résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent

- Régime des travailleurs salariés
  Les personnes assurées dans ce régime et les membres de leur famille qui résident sur le territoire d'un Etat membre autre que l'Etat compétent, bénéficient des prestations en nature dans l'Etat de résidence.

- Régime des travailleurs non salariés
  Les personnes assurées dans ce régime et les membres de leur famille, bénéficient des prestations en nature prévues par la législation de l'Etat de résidence à la condition de verser la cotisation supplémentaire prévue à cet effet par la réglementation belge.

Déplacement à l'étranger pour y recevoir des soins

Si une personne assurée se rend dans un autre Etat membre pour y recevoir des soins, les coûts de ces soins ne seront, en principe, pris en charge par l'organisme assureur (la mutualité) que moyennant une autorisation préalable. Le règlement fixe les conditions dans lesquelles cette autorisation ne peut pas être refusée. A défaut d'autorisation préalable, les prestations dispensées à l'étranger, en dehors d'une hospitalisation, sont prises en charge, sous certaines conditions, par la mutualité s'il s'agit de prestations remboursables en vertu de la législation belge.

b) Les prestations en espèces

Les indemnités sont octroyées par l'organisme compétent. Des dispositions sont prévues en ce qui concerne le contrôle administratif et médical de l'incapacité de travail quand le malade réside ou séjourne sur le territoire d'un Etat membre autre que celui de l'Etat membre compétent.

4.2. Invalidité (1)

Le travailleur invalide a droit aux indemnités du régime légal auquel il était assujetti au début de l'incapacité de travail.

(1) Articles 37 à 43 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 35 à 39 du Règlement (CEE) n° 574/72.

Le Règlement prévoit deux modes de calcul lorsque l'intéressé a été successivement ou alternativement soumis à deux ou plusieurs régimes.

a) Législations du type A

Lorsque l'intéressé n'a été soumis durant sa carrière professionnelle qu'à des législations selon lesquelles le montant des prestations d'invalidité est indépendant de la durée des périodes d'assurance (législations du type A), la prestation est fixée conformément à la législation de l'Etat membre à laquelle l'intéressé était soumis au moment où est survenue l'incapacité de travail. La prestation est entièrement à charge de cet Etat.

b) Législations du type B ou législations de types A et B

Lorsque l'intéressé a été soumis soit exclusivement à des législations selon lesquelles le montant de la prestation d'invalidité dépend de la durée des périodes d'assurance ou de résidence (législations du type B), soit à des législations de ce type et du type A, il a droit à une indemnité d'invalidité calculée de la façon visée sous le point 4.3. (Pensions). Chaque Etat concerné assume la charge financière de la prestation qu'il doit octroyer.

4.3. Pensions de retraite et de survie (1) (2)

a) Paiement des pensions

Lorsqu'une personne a été assujettie non seulement au régime de pension belge mais également à un régime de pension étranger, elle a droit à des pensions distinctes de la part de chacun des Etats où elle a été assurée pendant au moins un an. Par exemple, si la personne a travaillé dans trois Etats, elle percevra trois pensions de vieillesse distinctes dès qu'elle atteindra l'âge de la pension.

Il faut bien évidemment qu'il s'agisse de régimes de pension qui relèvent du champ d'application de ces règlements (en sont exclus par exemples, les régimes complémentaires de retraite).

b) Calcul des pensions

Les règlements européens imposent des règles de calcul particulières lorsqu'une personne a accompli sa carrière dans plusieurs Etats membres.

L'Office national des pensions doit, dès lors, procéder à plusieurs calculs : la pension nationale, le montant théorique et une pension proportionnelle. Le montant de la pension nationale est comparé à celui de la pension proportionnelle et le montant le plus avantageux est accordé à l'assuré.

- La pension nationale belge

(1) Articles 44 à 51 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 35 à 59 du Règlement (CEE) n° 574/72.
(2) Pour de plus amples informations, consultez la brochure de l'Office national des Pensions, *Résider et/ou travailler à l'étranger.*

Il s'agit de la pension à laquelle la personne a droit sur la base de la seule législation nationale. Seules les périodes belges accomplies dans le régime de pension des travailleurs salariés sont prises en considération.

Articles 35 à 59 du Règlement (CEE) n° 574/72. Pour de plus amples informations, consultez la brochure de l'Office national des Pensions, *Résider et/ou travailler à l'étranger*.

- Le montant théorique

Le montant théorique est celui auquel la personne pourrait prétendre si, en plus des périodes belges précitées, toutes les périodes étrangères admises avaient également été accomplies dans le régime belge des travailleurs salariés.

L'assuré n'a pas droit à ce montant théorique. Son calcul ne constitue qu'une étape permettant de calculer le montant de la pension proportionnelle.

- La pension proportionnelle belge

Le montant de cette pension s'obtient en multipliant le montant théorique par une fraction. Celui-ci a pour numérateur la durée des périodes belges accomplies en qualité de travailleur salarié. Le dénominateur comprend la durée totale de toutes les périodes prises en considération lors de la détermination du montant théorique.

4.4. Accidents du travail et maladies professionnelles (1)

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle a droit aux soins médicaux dans l'Etat membre où il réside ou séjourne.

Les indemnités sont payées par l'institution compétente. Lorsque la maladie professionnelle a été contractée à la suite d'une occupation dans plusieurs Etats membres, l'indemnité est due par l'Etat membre où l'activité a été exercée en dernier lieu; pour certaines maladies, telle la silicose, la charge de l'indemnité est répartie entre les Etats compétents concernés.

4.5. Chômage (2)

Le travailleur en chômage complet garde durant trois mois maximum le bénéfice de ses allocations de chômage lorsqu'il se rend sur le territoire d'un autre Etat membre pour y chercher du travail.

En outre, il y a lieu de mentionner que le travailleur frontalier en chômage complet, a droit aux allocations de chômage du pays de résidence et à la charge de ce dernier pays.

---

(1) Articles 52 à 63 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 60 à 77 du Règlement (CEE) n° 574/72.
(2) Articles 67 à 71 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 80 à 84 du Règlement (CEE) n° 574/72.

4.6. Prestations familiales (1)

Le travailleur salarié ou indépendant a droit aux prestations familiales du pays d'emploi pour les membres de sa famille qui résident dans un autre Etat membre. Ceci est également le cas pour les enfants d'attributaires de rentes et de pensions et pour les orphelins. Des règles spéciales déterminent la compétence en cas de bénéfice de plusieurs pensions ou rentes et en cas de décès du travailleur salarié ou de l'indépendant après assujettissement au régime de plusieurs Etats membres.

4.7. Les prestations spéciales à caractère non contributif (2)

Les personnes auxquelles le Règlement est applicable, bénéficient des prestations spéciales en espèces à caractère non contributif exclusivement sur le territoire de l'Etat membre dans lequel elles résident et au titre de la législation de cet Etat, pour autant que ces prestations soient mentionnées à l'annexe II bis du Règlement.

Pour la Belgique, sont inscrites dans cette annexe, la garantie de revenus aux personnes âgées, les prestations familiales garanties et les allocations aux personnes handicapées.

(1) Articles 72 à 79 du Règlement (CEE) n° 1408/71; articles 85 à 92 du Règlement (CEE) n° 574/72.
(2) Articles 10bis, 95ter et annexe II bis du Règlement (CEE) n° 1408/71.

Titre II. Instruments normatifs

Conclus au sein d'une organisation internationale, ces instruments créent non pas des droits subjectifs mais des normes à intégrer dans les législations des Etats qui adhèrent aux Conventions ou qui ratifient celles-ci.

D'une manière générale, une procédure de contrôle est prévue, fondée sur la transmission, par les gouvernements nationaux, de données de nature juridique ou statistique.

I. Organisation internationale du travail

L'Organisation Internationale du Travail (O.I.T.) a pour vocation de promouvoir la justice sociale et notamment de faire respecter les droits de l'homme dans le monde du travail.

Elle a été créée en 1919 par le Traité de Versailles. Elle est devenue en 1946 la première institution spécialisée du système des Nations-Unies.

L'O.I.T. (178 pays membres) met au point des conventions et des recommandations internationales du travail qui définissent les normes minimales à respecter dans les domaines de son ressort : liberté syndicale, droit d'organisation et négociation collective, abolition du travail forcé, égalité de chances et de traitement, etc…. .

Les conventions de l'O.I.T. sont des traités internationaux ouverts à la ratification des Etats membres de l'O.I.T. Les recommandations, qui sont des instruments non contraignants, portent le plus souvent sur les mêmes sujets que les conventions et fixent des principes susceptibles d'orienter les politiques et les pratiques nationales.

Elle fournit par ailleurs une assistance technique dans différents secteurs : formation et réadaptation professionnelles, politique de l'emploi, administration du travail, droit du travail et relations professionnelles, conditions de travail, formation à la gestion, coopératives, sécurité sociale, statistiques du travail, sécurité et santé au travail. L'O.I.T. encourage la création d'organisations indépendantes d'employeurs et de travailleurs et facilite leur essor par des activités de formation et des conseils. Au sein du système des Nations-Unies, l'O.I.T. est unique en son genre de par sa structure tripartite : employeurs et travailleurs participent aux travaux de ses organes directeurs sur pied d'égalité avec les gouvernements.

En matière de protection sociale, la Belgique a ratifié les Conventions suivantes :

- Convention n° 2 concernant le chômage, 1919;
- Convention n° 8 sur les indemnités de chômage (naufrage), 1920;
- Convention n° 12 sur la réparation des accidents du travail (agriculture), 1921;
- Convention n° 17 sur la réparation des accidents du travail, 1925;
- Convention n° 18 sur les maladies professionnelles, 1925;
- Convention n° 19 sur l'égalité de traitement (accidents du travail), 1925;
- Convention n° 55 sur les obligations de l'armateur en cas de maladie ou d'accident des gens de mer, 1936;
- Convention n° 56 sur l'assurance maladie des gens de mer, 1936;
- Convention n° 81 sur l'inspection du travail, 1947;
- Convention n° 82 sur la politique sociale (territoires non métropolitains), 1947;
- Convention n° 85 sur l'inspection du travail (territoires non métropolitains), 1947;
- Convention n° 91 sur les congés payés des marins (révisée), 1949;
- Convention n° 97 sur les travailleurs migrants (révisée), 1949;
- Convention n° 101 sur les congés payés (agriculture), 1952;
- Convention n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952;

- Convention n° 107 relative aux populations aborigènes et tribales, 1957;
- Convention n° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964.
- Convention n° 132 sur les congés payés (révisée), 1970.

N.B. : Deux conventions font actuellement l'objet d'une procédure de ratification, il s'agit des conventions n° 128 et n° 130.

La Convention n° 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et aux survivants, 1967, révise les conventions n°s 35, 36, 37, 38, 39 et 40, 1933, concernant les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie. La Belgique n'avait ratifié aucune de ces conventions.

La Convention n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, a pour objet de réviser la Convention n° 24 sur l'assurance-maladie (industrie) 1927 et la Convention n° 25 sur l'assurance-maladie (agriculture) 1927. La Belgique n'a pas ratifié les conventions n° 24 et n° 25.

D'une manière générale, sur les 185 conventions de l'O.I.T. existant au 28 avril 2005, la Belgique en a ratifié 96.

II. Conseil de l'Europe

Section 1. Charte sociale européenne et ses Protocoles - Charte sociale européenne révisée

Signée à Turin le 18 octobre 1961 par treize Etats, la Charte sociale européenne est entrée en vigueur le 26 février 1965.

La Belgique l'a ratifiée le 16 octobre 1990 (M.B. 28 décembre 1990). Au 26 avril 2005, elle a été ratifiée par 27 Etats membres, à savoir : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Ex-République Yougoslave de Macédoine, République tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède, Turquie.

La Charte sociale est une convention normative stipulant des droits sociaux et économiques qui complètent les droits civils et politiques garantis par la Convention européenne des droits de l'homme. Elle définit de nombreuses obligations spécifiques que doivent assumer les Parties contractantes en vue de la mise en œuvre de ces droits.

Les droits sociaux reconnus par la Charte sociale peuvent être classés dans plusieurs groupes distincts : le droit du travail en général, les droits syndicaux, les droits relatifs à la protection du travailleur, les droits relatifs à la formation professionnelle et les droits en rapport avec la libre circulation des travailleurs.

La Charte prévoit que l'application de ces obligations doit être contrôlée sur la base de rapports biennaux présentés par les gouvernements.

En vue d'élargir la protection des droits sociaux et économiques garantie par la Charte sociale européenne, un Protocole additionnel a été adopté à Strasbourg, le 5 mai 1988. Au 26/04/2005, 12 Etats ont ratifié le Protocole additionnel : Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Italie, Norvège, Pays-Bas, République Tchèque, Slovaquie, Suède.

En 1990, à l'occasion du 30ème anniversaire de la Charte sociale européenne, le Conseil de l'Europe a décidé de donner un nouvel élan à celle-ci. Une Charte sociale révisée a été ouverte à la signature des Etats membres le 3 mai 1996. Le 1er juillet 1999, la Charte sociale européenne révisée est entrée en vigueur. La Charte révisée est constituée du texte de la Charte de Turin de 1961, du Protocole additionnel de 1988 et de nouveaux articles.

Comme c'est le cas de la Charte de 1961, la Charte révisée est un instrument "à la carte", c'est-à-dire qu'il ne faut pas ratifier tout le texte, ni ratifier celui-ci en un seul temps. Néanmoins, les Etats sont, dans tous les cas, tenus de ratifier les dispositions de la nouvelle Charte correspondant à celles qui avaient été ratifiées dans l'ancienne Charte.

Au 26 avril 2005, 19 Etats avaient signé la Charte sociale européenne révisée, dont la Belgique. 19 Etats ont ratifié la Charte révisée, à savoir : l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, la Moldavie, la Norvège, le Portugal, la Roumanie, la Slovénie et la Suède.

Section 2. Code européen de sécurité sociale

Le Code européen de sécurité sociale a été adopté le 16 avril 1964 ainsi que son Protocole et addendum. Il est entré en vigueur le 17 mars 1968. La Belgique l'a ratifié le 13 août 1969 (M.B. 4 octobre 1969), avec effet au 14 août 1970. Au 26 avril 2005, le Code a été ratifié par 20 Etats : Allemagne, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, République tchèque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie.

Le Code européen tend essentiellement à favoriser le progrès social, à encourager les Etats membres à développer davantage leur système de sécurité sociale; il reconnaît également l'opportunité d'harmoniser les charges sociales de ces Etats. Le Protocole annexé au Code et ratifié par la Belgique à la même date que ce dernier tend à établir un niveau de sécurité sociale plus élevé que celui consacré par les dispositions du Code.

Le Code européen comporte les mêmes branches de la sécurité sociale que celles reconnues par la Convention n° 102 concernant la sécurité sociale. La norme minimum fixée par cette Convention de l'O.I.T. a été portée par le Code, à un niveau plus élevé et mieux adapté à la réalité européenne.

Le contrôle de l'application du Code européen de sécurité sociale s'effectue sur la base de rapports annuels. Si le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe estime qu'un Etat membre n'exécute pas les obligations découlant du Code, il invite celui-ci à prendre les mesures nécessaires pour assurer cette exécution.

Section 3. Code européen de sécurité sociale (révisé)

En raison de l'évolution des législations de sécurité sociale constatée dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe depuis l'ouverture à la signature le 16 avril 1964 du Code et de son Protocole, il a paru nécessaire de revoir le texte de ces derniers. Cette révision a abouti à l'adoption du Code européen de sécurité sociale (révisé) le 6 novembre 1990.

Celui-ci vise à adapter le texte du Code de 1964 aux aspirations et capacités actuelles de la société européenne et à étendre la protection sociale à l'ensemble de la population ainsi que les droits individuels dans le domaine social, et à éliminer les discriminations, notamment celles fondées sur le sexe.

Le Code (révisé), destiné à se substituer progressivement au Code et au Protocole du 16 avril 1964, n'a, au 26 avril 2005, été ratifié par aucun Etat. Néanmoins, quatorze Etats, dont la Belgique, l'ont déjà signé.

III. Union européenne

Section 1. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs (1)

La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs a été adoptée, en décembre 1989, par les chefs d'Etat et de gouvernement de onze Etats membres de l'Union européenne (en l'absence du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

La Charte est une déclaration solennelle qui "consacre un socle de droits sociaux qui seront garantis et mis en œuvre, selon les cas, au niveau des Etats membres ou au niveau de la Communauté européenne, dans le cadre de ses compétences" (2).

Les onze Etats se sont ainsi engagés à respecter douze principes non contraignants sur le plan juridique. Citons les principes concernant la sécurité sociale :

- le pays d'accueil;
- le droit à l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes;
- la garantie d'un revenu minimal pour les personnes âgées.

Section 2. Directives (3)

A. Directive 79/7 du Conseil du 19 décembre 1978 relative à la mise en œuvre progressive du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière de sécurité sociale (4)

Cette directive vise à réaliser le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes légaux de sécurité sociale.

Les prestations de survivants et les prestations familiales ne sont pas concernées (5). En outre, les dérogations admises sont énumérées à l'article 7, notamment en ce qui concerne l'âge de la retraite pour l'octroi des pensions de vieillesse et de retraite et les conséquences pouvant en découler pour d'autres prestations.

---

(1) Dans le dossier de l'Europe, n° 6/90, mai 1990, Commission européenne, 12 p.
(2) Vasso Papandreou, membre de la Commission européenne, in Europe sociale 1/92, Premier rapport sur l'application de la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs, Commission européenne, Bruxelles-Luxembourg, 1991.
(3) La directive est un des actes que le Conseil de l'Union Européenne peut adopter. L'article 248 du Traité de Rome stipule que la directive lie tout Etat membre destinataire quant au résultat à atteindre, tout en laissant aux instances nationales, la compétence quant à la forme et aux moyens. Autrement dit, la directive fixe aux Etats membres des objectifs à atteindre (obligation de résultats), mais leur laisse entière liberté quant à la manière de les atteindre.
(4) J.O.C.E. n° L 5 du 10 janvier 1979.
(5) Article 3 de la Directive 79/7.

B. Directive 86/613 du Conseil du 11 décembre 1986 sur l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, y compris une activité agricole, ainsi que sur la protection de la maternité (1)

Cette directive vise à assurer le principe de l'égalité de traitement aux hommes et aux femmes exerçant une activité indépendante ou contribuant à l'exercice d'une telle activité pour les aspects non couverts par les directives 76/207 (2) et 79/7.

Parmi les obligations faites aux Etats membres dans ce domaine, on peut citer celle de prendre les mesures nécessaires afin que s'il existe dans un Etat membre un système contributif de sécurité sociale pour les travailleurs indépendants, les conjoints tels que définis par la directive (3) puissent adhérer sur une base volontaire et contributive à un régime de sécurité sociale s'ils ne sont pas protégés par le biais du régime de sécurité sociale dont bénéfice le travailleur indépendant (4).

C. Directive 92/85 du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (5)

Cette directive vise à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail.

Toute travailleuse (salariée ou fonctionnaire) enceinte, accouchée ou allaitante qui informe son employeur de son état conformément aux législations et/ou pratiques nationales est concernée par cette directive.

L'article 11 de la directive garantit à la travailleuse écartée de son lieu de travail pour des raisons tenant à sa santé ou à celle de son enfant, les droits liés au contrat de travail, y compris le maintien d'une rémunération et/ou le bénéfice d'une prestation adéquate et ce, conformément aux législations et/ou pratiques nationales (6).

En outre, cette disposition prévoit que la travailleuse a droit pendant le congé de maternité fixé à au moins 14 semaines par la directive (7), au maintien d'une rémunération et/ou au bénéfice d'une prestation adéquate. Une prestation est jugée adéquate lorsqu'elle assure des revenus au moins équivalents à ceux que recevrait la travailleuse concernée dans le cas d'une interruption de ses activités pour des raisons liées à son état de santé, dans la limite d'un plafond éventuel déterminé par les législations nationales (8).

---

(1) J.O.C.E. n° L 359 du 19 décembre 1986.

(2) Directive 76/207/CEE du 9 février 1976 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à l'emploi, à la formation et à la promotion professionnelle, et les conditions de travail, J.O.C.E. n° L 39 du 14 février 1976, p.40.

(3) La directive vise, outre les travailleurs indépendants eux-mêmes, leur conjoint non salarié ni associé qui participent, de manière habituelle et dans les conditions prévues par le droit national, à l'activité du travailleur indépendant en accomplissant soit les mêmes tâches, soit des tâches complémentaires (article 2, b).

(4) Article 6 de la directive.

(5) J.O.C.E. n° L 348 du 28 novembre 1992.

(6) Article 11, paragraphes 1 et 4, de la directive 92/85.

(7) Article 8 de la directive 92/85.

(8) Article 11, paragraphes 2 à 4, de la directive 92/85.

D. Directive 86/378 du Conseil du 24 juillet 1986 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale (1)

Cette directive vise à la mise en œuvre dans les régimes professionnels de sécurité sociale du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes. Par régimes professionnels de sécurité sociale, il faut entendre les régimes non régis par la directive 79/7 qui ont pour objet de fournir aux travailleurs, salariés ou indépendants, groupés dans le cadre d'une entreprise ou d'un groupement d'entreprises, d'une branche économique ou d'un secteur professionnel ou interprofessionnel, des prestations destinées à compléter les prestations des régimes légaux de sécurité sociale ou à s'y substituer, que l'affiliation à ces régimes soit obligatoire ou facultative.

E. Directive 96/97 du Conseil du 20 décembre 1996 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale (2)

Par son arrêt du 17 mai 1990 dans l'affaire 262/88, Barber contre Royal Exchange Assurance (3), la Cour de justice des Communautés européennes a reconnu que toutes les formes de pensions professionnelles constituent un élément de rémunération au sens de l'article 119 du Traité de Rome (4). Cet arrêt impliquait l'invalidité partielle de certaines dispositions de la directive 86/378, pour ce qui est des travailleurs salariés.

L'article 119 du Traité est d'applicabilité directe et susceptible d'être invoqué devant les juridictions nationales, et cela à l'encontre de tout employeur. Toutefois, pour des raisons de sécurité juridique, le Conseil de l'Union européenne a jugé qu'une modification de la directive 86/378 était nécessaire pour en adapter les dispositions affectées par la jurisprudence BARBER. La directive 96/97 réalise cette nécessité.

F. Directive 98/49 (CE) du Conseil du 29 juin 1998 relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (5)

Cette directive vise à sauvegarder les droits des affiliés à des régimes complémentaires de pension qui se déplacent d'un Etat membre à un autre et à contribuer ainsi à la suppression des obstacles à la libre circulation des travailleurs salariés et non

---

(1) J.O.C.E. n° L 225 du 12 août 1986.
(2) J.O.C.E. n° L 46 du 17 février 1997.
(3) Recueil de jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes 1990, p. I-1889.
(4) L'article 119 du Traité de Rome énonce les principes suivants :
"Chaque Etat membre assure au cours de la première étape, et maintient par la suite, l'application du principe de l'égalité des rémunérations entre les travailleurs masculins et les travailleurs féminins pour un même travail.
Par rémunération, il faut entendre, au sens du présent article, le salaire ou traitement ordinaire de base ou minimum, et tous autres avantages payés directement ou indirectement, en espèces ou en nature, par l'employeur au travailleur en raison de l'emploi de ce dernier l'égalité de rémunération, sans discrimination fondée sur le sexe, implique :
a) que la rémunération accordée pour un même travail payé à la tâche soit établie sur la base d'une même unité de mesure,
b) que la rémunération accordée pour un travail payé au temps soit la même pour un même poste de travail."
(5) J.O.C.E. n° L 209 du 25 juillet 1998.

salariés dans la Communauté. Les Etats membres doivent notamment prendre les mesures nécessaires afin que les droits à pension acquis par un affilié d'un régime complémentaire de pension pour lequel des cotisations ne sont plus versées parce qu'il a quitté un Etat membre pour un autre, soient maintenus à un niveau semblable à celui d'un affilié pour lequel les cotisations ne sont plus versées mais qui reste dans l'Etat membre.

Section 3. Recommandations (1)

A. Recommandation du Conseil du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale (2)

La Recommandation propose la définition au niveau communautaire d'objectifs communs permettant de faire converger les politiques de protection sociale des Etats membres, ces derniers mettant en œuvre les objectifs selon leurs modalités propres et dans le cadre de leur système spécifique (3).

B. Recommandation du Conseil du 24 juin 1992 portant sur les critères communs relatifs à des ressources et prestations suffisantes dans les systèmes de protection sociale (4)

Il est recommandé aux Etats membres "de reconnaître, dans le cadre d'un dispositif global et cohérent de lutte contre l'exclusion sociale, le droit fondamental de la personne à des ressources et prestations suffisantes pour vivre conformément à la dignité humaine, et d'adapter, en conséquence, en tant que de besoin, selon les principes et orientations (exposés dans la recommandation) leur système de protection sociale" (5). Les Etats membres devraient, selon les termes de la recommandation, "assurer cette garantie de ressources et de prestations dans le cadre des régimes de protection sociale" (6).

---

(1) La recommandation est un des actes que le Conseil de l'Union européenne peut adopter. Contrairement aux règlements, directives et décisions, les recommandations ne lient pas les Etats membres (article 249 du Traité de Rome), selon les termes du Traité de Rome (article 211), "En vue d'assurer le fonctionnement et le développement du marché commun, la Commission (...) formule des recommandations ou des avis sur les matières qui font l'objet du présent traité, si celui-ci le prévoit expressément ou si elle l'estime nécessaire".

(2) J.O.C.E. n° L 245 du 26 août 1992.

(3) Voir *Convergence des objectifs et politiques de protection sociale - Recommandation du Conseil du 27 juillet 1992*, in RBSS, 1994, n° 4, p.1115 à 1330.

(4) J.O.C.E. n° L 245 du 26 août 1992.

(5) Point I, A, de la Recommandation.

(6) Point I, D, de la Recommandation.

IV. Organisation des Nations-Unies

Un des buts de l'Organisation des Nations-Unies est de favoriser le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans discrimination. Tous les Etats membres de l'O.N.U. se sont engagés, en vue d'atteindre ce but, d'agir tant conjointement que séparément, en coopération avec l'Organisation. Dans cette optique, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels a été adopté par l'Assemblée générale de l'O.N.U. en date du 19 décembre 1966 et est entré en vigueur le 3 janvier 1976.

Au 3 mars 2003, 146 Etats avaient ratifié le Pacte ou y avaient adhéré. La Belgique l'a ratifié le 21 avril 1983 avec effet au 21 juillet 1983. Ce Pacte prévoit entre autres le droit à :

- des conditions de travail justes et favorables (comme les congés annuels);
- la sécurité sociale pour toute personne;
- la protection de la famille, de la mère, de l'enfant.

Chaque Etat partie à ce Pacte s'engage notamment à assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus par le Pacte.

Instruments internationaux – Bibliographie

- *Vos droits de sécurité sociale quand vous vous déplacez dans l'Union européenne*, Guide pratique, Luxembourg, 2002, Commission européenne, 230 p.

- *Les dispositions communautaires en matière de sécurité sociale. Vos droits lorsque vous vous déplacez à l'intérieur de l'Union européenne,* Luxembourg, 2002, Commission européenne, 51 p.

- *Compendium of Community provisions on Social security*, 1995, European Commission, 538 p.

- Recueil des dispositions communautaires sur la sécurité sociale, Bruxelles, Luxembourg, 1994, Commission européenne, 203 p.

- Commission européenne, *Judgments of the Court of Justice of the European Communities related to social security for migrant workers - A systematic survey*, Bruxelles 1995, 211 p.

- *Sécurité sociale pour les travailleurs détachés dans l'Union européenne, la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein*, Communes européennes, 1998, 29 p.

- Jorens, Y., *Wegwijs in het Europees sociaal zekerheidsrecht*, Bruges, Die Keure, 1992, 258 p.

- Jorens, Y., en Van Regenmortel, A., *Le détachement international*, Bruges, Die Keure, 1993, 385 p.

- Van Steenberge, J.et Jorens, Y., *Travailleur au-delà des frontières*, 112 questions sur le droit de la sécurité sociale européenne, Die Keure, 1995, 111 p.

- Ottevaere, A., *Le champ d'application territorial des instruments des travailleurs étrangers en Belgique*, RBSS, n° 1/1993, p.159-171

- De Froy, G., et Willot, G., *Le détachement des travailleurs étrangers en Belgique*, R.B.S.S., n° 1/1996, p.183-215. Aanwijzing van de toepasselijke socialezekerheidswetgeving in Verordening (Eeg) nr 1408/71. Enkele probleemgevallen door DE PAUW, B., R.D.S., n° 4, 1999

- *Voorlichtingsbrochure ten behoeve van Belgische grensarbeiders in Nederland*, Bruxelles, BENELUX, 2003, 40 p.

- *Voorlichtingsbrochure ten behoeve van Nederlandse grensarbeiders in België*, Bruxelles, BENELUX, 2003, 40 p.

- *Brochure d'information à l'usage des travailleurs frontaliers belges au Luxembourg et des travailleurs frontaliers luxembourgeois en Belgique*, Bruxelles, BENELUX, 2003, 29 p.

- MISSOC, *La protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne*, de l'Espace économique européen et en Suisse, Bruxelles, Commission européenne, 2005, 945 p.

- Catala, N., et Bonnet, R., *Droit social européen*, Paris, Editions Litec, 1991, 422 p.

- Van Raepenbusch, S., *La sécurité sociale des personnes qui circulent à l'intérieur de la Communauté économique européenne*, Bruxelles, Ed. Story-Scientia, 1991, 546 p.

- Degryse, C., *Dictionnaire de l'Union européenne - Politiques, Institutions, Programmes*, Bruxelles, Ed. De Boeck, 1995, 558 p.

- Pochet, P., et Van Hercke B., *Les enjeux sociaux de l'Union économique et monétaire*, Bruxelles, Observatoire européen, 1998, 181 p.

- Jorens, Y., et Geenen, S., *L'application du Règlement (CEE)*, n° 1408/71 en Belgique, Bruges, Die Keure, 1999, 428 p.

- M.I.S.S.C.E.E.C. Mutual Information system on Social Protection in the Central and Eastern European Countries, European Commission, 1999, Jyväckylä, 263 p.

- Pochet, P., Antoons, J., Barbier, C., Moro Lavado, E., et Turloot, L., *Union européenne et processus de convergence sociale, R.B.S.S., n° spécial 1998, 183 p.*

- Commission des Communautés européennes, Rapport de la Commission "La Protection sociale en Europe", 1995, Luxembourg, 158 p.

- Van Raepenbusch, S., *La sécurité sociale des travailleurs européens. Principes directeurs et grands arrêts de la Cour de Justice des Communautés européennes,* 2001, Ed. De Boeck.

- Missceo - Mutual informations System on Social Protection of the Council of Europe. Ed. Conseil de l'Europe, 2004, 689 p.

Annexe - Traités bilatéraux

Traités bilatéraux conclus avec des pays non membres de l'Espace économique européen (E.E.E.)

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'approbation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
1. ALGERIE					
- Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République démocratique et populaire algérienne + protocole	Bruxelles, 27/02/1968	03/07/1969	25/10/1969 et 21/10/1970	01/10/1969	- Assurance maladie-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies
- Arrangement administratif	, Bruxelles 16/02/1970	–	17/04/1970	16/02/1970 avec effet au 01/10/1969	- Chômage
2. **AUSTRALIE**					
- Convention de sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et l'Australie	Camberra 20/11/2002	22/05/2005	20/06/2005	01/07/2005	- Travailleurs salariés et indépendants - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité
- Arrangement administratif	Camberra 10/05/2005		08/07/2005	01/07/2005	- En ce qui concerne la législation applicable, la sécurité sociale s'applique dans son entièreté
3. **CANADA**					
- Convention de sécurité sociale entre la Belgique et le Canada	Bruxelles, 10/05/1984	06/08/1986	10/02/1987	01/01/1987	- Pensions de retraite et de survie - Assurance invalidité - Assurance maladie* - Assurance chômage* - Prestations familiales* - Vacances annuelles* - Accidents du travail* - Maladies professionnelles*
- Arrangement administratif	Ottawa, 06/11/1986	–	10/02/1987	01/01/1987	
4. **CHILI**					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République du Chili	Bruxelles, 09/09/1996	13/06/1999	23/11/1999	01/11/1999	- Pensions de retraite et de survie - Assurance invalidité - Sécurité sociale des travailleurs salariés* - Statut social des travailleurs indépendants*
- Arrangement administratif	Bruxelles 09/09/1996	–	23/11/1999	01/11/1999	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'approbation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
5. **CONGO**					
-Convention entre le Royaume de Belgique et la République démocratique du Congo concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande	Bruxelles, 03/05/1968	03/07/1968	08/09/1971	01/10/1971	- Assurance maladie-invalidité - Accidents du travail - Prestations de retraite et de survie - Maladies professionnelles - Vacances annuelles
6. **CROATIE**					
- Convention sur la S.S. entre la Royaume de Belgique et la République de Croatie	Bruxelles 31/10/2001	22/05/2005	08/07/2005	01/08/2005	Travailleurs salariés et indépendants - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Allocations familiales - Accidents du travail et maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Zagreb 19/04/2005			01/08/2005	
7. **ISRAEL**					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et l'Etat d'Israël	Bruxelles, 05/07/1971	02/04/1973	18/04/1973	01/05/1973	- Pensions de retraite et de survie - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangement administratif	Jérusalem 11/12/1978	–	12/04/1979	11/12/1978 avec effet au 01/05/1973	
8. **MAROC**					
- Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et le Royaume du Maroc	Rabat, 24/06/1968	20/07/1970	25/06/1971 Erratum : 22/09/1971	10/08/1971	- Assurance maladie (1) - invalidité - Pensions de retraite et de survie - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Allocations familiales - Chômage (1) (1) Application subordonnée à la conclusion d'un arrangement administratif
- Arrangements administratifs	Bruxelles, 14/09/1972	–	15/02/1973	14/09/1972 avec effet au 10/08/1971	
	Rabat, 27/12/1978	–	06/04/1979	01/02/1979 (art. 1 - 10/08/1971) (art. 3 - 01/01/1976)	
	Rabat, 27/12/1978	–	31/03/1979	01/02/1979	- Marins
	Casablanca 31/03/2000		09/06/2000	01/05/2000	
	Casablanca 07/10/2004	–	07/12/2004	01/01/2005	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'approbation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
9. **PHILIPPINES**					
- Convention de sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République des Philippines	Manille 07/12/2001	22/05/2005		01/08/2005	Travailleurs salariés et indépendants - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - En ce qui concerne la législation applicable, la sécurité sociale s'applique dans son entièreté
- Arrangement administratif	Manille 10/12/2001			01/08/2005	
10. **SAINT-MARIN**					
- Convention générale entre le Royaume de Belgique et la République de Saint-Marin	Bruxelles, 22/04/1955	04/07/1956	06/10/1956	01/10/1956	- Assurance maladie-invalidité - Pensions de vieillesse et de survie - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Bruxelles, 25/07/1957	–	04/01/1958	25/07/1957 avec effet 01/10/1956	
11. **TUNISIE**					
- Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République tunisienne + protocole	Tunis, 29/01/12975	04/08/1976	23/10/1976	01/11/1976	- Assurance maladie-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangements administratifs	Bruxelles, 23/02/1977	–	03/08/1977	23/02/1977 avec effet au 01/11/1976	
	Bruxelles, 02/10/1991	–	20/11/1991	01/01/1992	
	Bruxelles, 09/05/2001		30/06/2001	01/07/2001	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'approbation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
12. **TURQUIE**					
- Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Turquie	Bruxelles, 04/07/1966	26/02/1968	10/04/1968 08/06/1968	01/05/1968	- Assurance maladie-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Prestations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles
	Bruxelles, 13/12/1978	02/02/1981	19/06/1981	01/07/1981	
	Ankara, 30/06/1997	25/09/2000	25/07/2002	01/04/2002	
- Arrangement administratif	Bruxelles, 06/01/1969	–	28/03/1969	06/01/1969 avec effet au 01/05/1968	
	Ankara, 28/03/1978	–	30/08/1978	01/05/1975	
	Ankara, 18/03/1983	–	11/05/1984	18/11/1983 avec effet au 01/07/1981	
	Ankara, 30/06/1997	–	01/04/1998	01/08/1997	
13. **USA**					
- Convention de sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et les Etats-Unis d'Amérique + protocole final	Washington, 19/02/1982	03/05/1984	30/06/1984	01/07/1984	- Pensions de retraite et de survie - Assurance invalidité - Assurance maladie* - Assurance chômage* - Prestations familiales* - Vacances annuelles* - Maladies professionnelles* - Accidents du travail*
- Protocole additionnel	Bruxelles, 23/11/1982	03/05/1984	30/06/1984	01/07/1984	
- Arrangement administratif	Bruxelles, 23/11/1982	–	21/07/1984	01/07/1984	
14. **YOUGOSLAVIE**					
- Convention entre la Belgique et la Yougoslavie sur la sécurité sociale *(Cette convention reste applicable à la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine, la Serbie - Monténégro)*	Belgrade, 01/11/1954	04/07/1956	01/09/1956	01/10/1956	- Assurance maladie-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Bruxelles, 11/03/1968	27/02/1970	20/05/1970	01/06/1970	
	Bruxelles, 01/06/1970	–	24/11/1970	01/06/1970	
	Bruxelles, 09/05/1973	–	08/06/1977	09/05/1973 sauf art. 2 et 3 effet au 03/06/1970	

Liste des abréviations

Institutions :

ALE : Agences locales pour l'emploi
BCSS : Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (IPSS)
CAAMI : Caisse Auxiliaire d' Assurance Maladie - Invalidité
CAPAC : Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage
CAS : Caisses d'Assurances Sociales
CESS : Commission des Etudes Sociales et Statistiques
CGER : Caisse Générale d'Epargne et de Retraite
CIN : Collège intermutualiste national
CNAASTI : Caisse Nationale Auxiliaire d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
CPAS : Centre Public d'Aide Social
CSPM : Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins
FAT : Fonds des Accidents du Travail (IPSS)
FEDICT : Service public fédéral Technologie de l'Information et de la Communication (SPF)
FEF : Fonds d'Equilibre Financier
FEF-TI : Fonds d'Equilibre Financier - Travailleurs Indépendants
FESC : Fonds des Equipements et Services Collectifs
FFE : Fonds d'indemnisation des travailleurs licenciés en cas de Fermeture d'Entreprise
FMP : Fonds des Maladies Professionnelles (IPSS)
FNROM : Fonds National de Retraite des Ouvriers Mineurs
FNRSH : Fonds National de Reclassement Social pour les Handicapés
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie - Invalidité (IPSS)
INASTI : Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (IPSS)
IPSS : Institutions publiques de Sécurité sociale
MET : Ministère de l'Emploi et du Travail ; maintenant : SPF Emploi, Travail et Concertation sociale
ONAFTS : Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (IPSS)
ONEM : Office National de l'Emploi (IPSS)
ONP : Office National des Pensions
ONSS : Office National de Sécurité Sociale (IPSS)
ONSSAPL : Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales (IPSS)
ONVA : Office National des Vacances Annuelles (IPSS)
OSSOM : Office de Sécurité sociale d'Outre-Mer (IPSS)
SMALS-MVm (asbl) : asbl gérée par des institutions publiques de sécurité sociale, chargée d'aider ses membres en matière de TIC
SNCB : Société Nationale des Chemins de fer Belges
SPF : Service public fédéral

Termes :

CCI : Chômeurs complets indemnisés
CCT : Convention collective de travail
DIMONA : Déclaration immédiate à l'emploi
GFG : Gestion financière globale
LATG : Banque de données relative aux salaires et au temps de travail
NISS : Numéro d'identification de Sécurité sociale
OA : Organisme assureur
OP : Organisme de paiement
PEP : Première expérience professionnelle
PNP : Personnes non protégées
SAM (carte) Secure Access Method
SIS (carte) Système d'Identification sociale
SPA : Supplément préretraite agriculture
TIP : Titulaires indemnisables primaires
UML : Unified Modeling Language
VIPO : Veuves, invalides, pensionnés, orphelins
XML : Extensible Markup Language

Mots clés

abandon

accidents de la vie privée
- O.S.S.O.M.

accidents du travail 389, 509-524
- allocation forfaitaire 390
- accidents mortels 399
- cas douteux et refusés 407
- déclaration d'un accident 406
- degré d'incapacité de travail 403
- dommage réparé 396
- entérinement d'accords 409
- incapacité de travail permanente 398
- incapacité de travail temporaire 397
- loi d'ordre public 391
- O.S.S.O.M.
- personnes protégées 394
- prescription 411
- prévention 392
- prothèses 396
- remboursement des frais de voyage 401
- responsabilité et subrogation 401
- révision 398
- risques couverts 395
- secteur public 278, 423-432
- sur le chemin du travail 395
- sur le lieu de travail 395

accord
- dento-mutualiste 169
- médico-mutualiste 162-169

accords intérimaires 512

accords tarifaires
- médico-mutualistes

Activation de l'allocation sociale 328

Activation du comportement de recherche d'emploi 315, 333

administrations provinciales et locales

Agence locale pour l'emploi	
aide sociale financière	322-324, 328, 330
aide sociale	491-498
Allaitement	218
allocation d'attente	314
allocation de chauffage	246, 296
allocation de garantie de revenu	525
Allocation de travail	327
allocations aux handicapés	512
- allocation de remplacement de revenus	459
- allocation d'intégration	459
- limite de revenus	462
- organe consultatif	467
- pour aide aux personnes âgées	460
- suspensions et révisions	466
allocations familiales	
- allocataires	361
- allocation de naissance	342, 366, 381
- allocations d'orphelin	343, 349, 366, 380
- allocations familiales ordinaires	343, 375, 379
- attributaires	346, 351, 363, 365, 367, 374
- conventions bilatérales	365
- enfant bénéficiaire	354
- incapacité	347
- prime d'adoption	342
- suppléments d'âge	344, 380
- supplément pour enfant handicapé	345, 360
- supplément social	344, 379
allocations familiales garanties	
- demandeur	381
- enfant	383
Asbl	322
assujettissement à la sécurité sociale	3-29, 43, 54
Assurabilité	166

assurance continuée	72, 155, 183
assurance-maladie	
- dispensateurs de soins	169-171
assurance-maternité	211
- allocation	
- périodes	212
- secteur public	221-222
- travailleurs indépendants	220
assureurs-loi	
avantages sociaux pour médecins, dentistes et pharmaciens	170
Banque-Carrefour de la sécurité sociale	24, 105
Banque de données rémunérations et temps de travail (LATG)	
bateliers	
Bonus à l'emploi	330
Caisse Auxiliaire d'Assurance-Maladie-Invalidité (C.A.A.M.I.)	166
Caisse d'assurances sociales	67
Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins	
Caisses d'allocations familiales libres et spéciales	
carte d'identité sociale	
carte SIS	118, 149
catégories de personnel	
Charte de l'assuré social	
Charte sociale	530-531
- Conseil de l'Europe	
Chômage	509-524
- allocations	313
- allocations familiales majorées	314
- bénéficiaires	307
- conditions d'octroi	310
- période de référence	307

Code européen de sécurité sociale	531
Cohabitants	65, 157, 188, 190, 471-473
commissaire du gouvernement	
commission paritaire	
commissions des profils	
Communes	289-290, 469
compétitivité	
Congé éducation payé	336
congé postnatal	213
congé prénatal	212
Conseil de l'Europe	511-530
conseil d'entreprise	
Conseil national du travail	8, 315, 317
conseils d'agrément	
contractuels subventionnés	89
contrat d'entreprise	
contrat de société	
contrat de travail	5-8, 22-24, 54, 486
conventions bilatérales	505
Convention de premier emploi	324, 331-333
cotisation de solidarité	16, 22, 40, 254, 287
Cotisations	16, 18-19, 30-42, 152
- cotisations salariales	86-87, 289-290
- cotisation spéciale de sécurité sociale	39
- fonds de réserve	
- modération salariale	86-88, 31
- pourcentages	30-31

- réduction 33-38
- sur les voitures de sociétés 22, 40
- travailleurs indépendants 67

cour d'arbitrage 268

cour des Comptes
- légalité des pensions 288

cours du travail 77, 288

coût de la vie

CPAS 267, 328, 469-498

délai de prescription 77

demande
- pensions 251, 266, 270-271, 288

demandeur d'emploi 312

détachement de travailleurs

détenu

deuxième pilier 265

Directives 532-534
- Union européenne

disponibilité au travail 477

disponibilité sur le marché du travail 312

documents de cotisations 167

Droit à l'intégration sociale 469-498, 491-492
- conditions d'octroi 471-477
- éléments 478-481

domestiques

droit communautaire

droit dérivé

droits acquis, protection des - 519

droits sociaux fondamentaux des travailleurs, Charte communautaire des -	532
égalité de traitement des hommes et des femmes - directives	532-534 256
Emploi	88, 320-334
Employés coloniaux	98
Employé de maisons	330
entrepreneurs	
entreprises d'insertion	
entreprises pharmaceutiques	
évolution du bien-être général	
exonération des cotisations	26-27, 33, 35, 53, 55
faillite - assurance sociale en cas de -	455
faux contrats	
financement alternatif	38
Fonds de Fermeture des Entreprises (F.F.E.)	335
Fonds des Accidents du Travail (F.A.T.)	404
Fonds de Sécurité d'existence	
Fonds des Maladies Professionnelles (F.M.P.)	421
Fonds National de Retraite des Ouvriers Mineurs (F.N.R.O.M.)	
Fonds spécial de solidarité	165
fraction : voir pensions de retraite	272-273
fractionnement des vacances	
fraude sociale	27-29
funérailles - frais ou allocation pour frais funéraires	191, 195, 283

Garantie de revenus aux personnes âgées	160, 291
gestion globale	41-42, 350
- administrations provinciales et locales	94-95, 289-290
gestion paritaire	
gestion tripartite	
Grève	310
gros risques	174
Handicapés	284, 459
hôpital	
incapacité de travail	184, 199, 278
- degré	403
- examen de contrôle	197, 204
- permanente	398
- primaire	201
- temporaire	397
incapacité physique	278-279
indemnité de préavis	
indexation des prestations sociales	284
Indice pivot	135
Indice santé	135
inspection sociale	
Institut National d'Assurance-Maladie-Invalidité (I.N.A.M.I.)	143, 181
Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (I.N.A.S.T.I.)	387
instruments multilatéraux	510
Intégration sociale	322-324, 328, 330
Intercommunales	267
interruption de carrière	
- secteur privé	

- secteur public	274-276
Invalidité	508-522
- retenue de 3,5 % sur les indemnités	191
isolés	
- chômage	313
- pensions	237, 277-279
jour de carence	
journées assimilées	192, 234, 309, 438-443
jours de travail	15-18, 192, 307-309
liaison à l'évolution du bien-être général	
ligne de crédit	
litiges (concernant la perception des cotisations de sécurité sociale)	26-29
litiges en matière de sécurité sociale	
lock-out	310
loi communale, nouvelle -	269, 289
loi sur la protection de la rémunération	
maladies professionnelles	278, 414, 509-524
- demandes et déclarations	421
- personnes protégées	415
- prévention	418
- risques réparés	419
- secteur public	269, 430-431
- système de liste	416
- système hors liste	417
mandat	
Maribel social	33, 36, 90, 321, 325, 329
Marins	53-56, 516-528
Maximum à facturer (M.A.F.)	163-165
médicaments	
migration de la main-d'ouvre	271, 278

mineurs

minimum de moyens d'existence
- conditions d'octroi 277-279, 282
- dispense de cotisations
- montants

mise au travail sociale

modération salariale 31

moyens d'existence 471-477, 491-492

mutualité
- affiliation et inscription 166, 192
- responsabilité financière
- stage 167, 192

Nations unies 536

obligation de résidence 230, 292

obligations de l'employeur 168

occupation
- preuve de l' -
- et stimulation de l'emploi
- période d' -

Office de contrôle des mutualités (O.C.M.)

Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer (O.S.S.O.M.) 97

Office National de l'Emploi (O.N.Em.) 314-317, 322-324, 333-337

Office National des Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (O.N.A.F.T.S.) 369, 372, 383

Office National de Sécurité Sociale (O.N.S.S.) 329

Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales (O.N.S.S.A.P.L.) 79, 95

Office National des Pensions (O.N.P.) 303

organisation administrative 75, 141, 181, 199, 219, 251, 266, 375, 404, 421, 469

Organisation Internationale du Travail 528

organisations représentatives des travailleurs et des employeurs	337
organisme de paiement	288, 314
organismes de gestion et de paiement	
organismes de perception	
organismes d'intérêt public	267
parafiscalité	
pécule de vacances	248, 283, 441, 445, 448-449
pension anticipée	229, 256
pension de survie	240, 279
- activité professionnelle autorisée	286-287
- âge	281
- calcul	280-282
- conjoints divorcés	281-282
- cumul	286-287
- demande	288
- état civil	279-280
- mariages	280-281
- orphelin	282
- résidence	
- retenues	287
pension d'invalidité	278-279
pension des travailleurs indépendants	
pension de travailleur salarié	227
pension inconditionnelle	265
pension libre complémentaire	265
pension minimum	247, 260, 277-279, 281-282
pensions de retraite	229, 523
- à charge du trésor public	267-268
- activité professionnelle autorisée	260
- âge	256, 270
- calcul de la carrière	256, 272-277
- calcul de la pension	256, 271
- conjoints divorcés	244, 267, 280

- cumul 260, 284-285
- demande 266, 270-271, 288
- péréquation 284
- plafond 277
- retenues 287

pensions du secteur public 267-290

pensions extralégales
- assurance-vie individuelle
- épargne-pension
- prestations acquises et cessibilité

péréquation
- pensions de retraite et de survie 284

personnes à charge 156-157, 164, 285-287, 480-482

petits risques 174

plan Activa 326

politique de santé

pool des parastataux 290

population active

pourvoyeurs de main-d'ouvre

précompte immobilier

préparations magistrales 161

prépension
- à mi-temps 317
- conventionnelle (à temps plein) 315

prestation
- comité de gestion 181, 199
- Conseil Médical de l'Invalidité (C.M.I.) 181
- conseil technique inter-mutualiste 182
- conseil technique médical 182
- en capital, accidents du travail

prime d'adoption

principe d'unité

problème de surendettement	
procédure	
Programmes de transition professionnelle	322
Projet individualisé d'intégration sociale	469, 479-480
protection des données	
Recommandations	535
- Union européenne	
Récupération	482-484, 492-493
- de pensions	287
- montants indus	250
redistribution du travail dans le secteur public	36, 90, 274
réduction des charges sociales	37, 88-91
Réductions groupes-cibles	
- demandeurs d'emploi de longue durée	321
- jeunes	324-325
- premiers engagements	325
- réduction collective du temps de travail et semaine de 4 jours	325-326
- restructuration	326
- travailleurs âgés	325
réduction structurelle des cotisations patronales	33, 321
régime des travailleurs indépendants	63
régime des travailleurs salariés	
régime de travail	
Registre national	
Règlement C.E.E. 1408/71 et 574/72	516-517
rémunération	
- définition	19-23, 87
- revalorisation	
rémunération de base	19-20, 279, 402
rémunération mensuelle ou bimensuelle garantie	

rente de vieillesse et de veuve	
réparation forfaitaire	
répertoire des employeurs	
Replacement en cas de restructuration	331
responsabilité solidaire	
retenues	
- sur le double pécule de vacances	
- sur les pensions	253, 287-290
revalorisation	
- calcul de la pension	
revenu d'intégration	469, 478, 480-482, 484
risques professionnels	389
- entreprises assujetties	394
sanctions et exclusions	26, 314
secrétariat social	25-26, 325
service de médiation	
- pensions	
SINE	323
soins de santé	
- assurance différée (O.S.S.O.M)	
- Comité de l'assurance	145
- Commissions de conventions ou d'accords	147
- Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle	147
- Conseil général	144
- Conseil scientifique	146
- conseils techniques	147
- nomenclature des prestations de santé	158
- Service des indemnités	181
- Service des soins de santé	144
Stage d'attente	167, 192, 270, 309
statut social (des travailleurs indépendants)	63
subventions de l'Etat	32

supplément de pension	267-277
ticket modérateur	158-159, 161
tiers payant	158-159, 161
traités internationaux	518-539
transport international	511
travail au noir : voir fraude sociale	27-29
travailleur indépendant	63
- aidant	
- à titre complémentaire	
- définition	
travailleur régulier	189-190
travailleurs frontaliers	
travailleurs migrants	515-516
tribunaux du travail	77, 288, 470, 485, 494
Union européenne	514-532
vacances annuelles, secteur public	448
- durée	447-448
- pécule de vacances	283, 448
vacances annuelles, travailleurs salariés	
- durée	435
- pécule de vacances	441, 445, 448-449
vacances complémentaires	
- jeunes travailleurs	441-445
VIPO	
- attestations	
- régime préférentiel	159