Service public fédéral
Sécurité sociale

2012

Aperçu de la
Sécurité sociale en Belgique

.be

Cet ouvrage, publié par la Direction générale Appui stratégique, présente l'édition 2012 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 juillet 2012.
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, le financement et l'organisation administrative), une synthèse branche par branche du régime de la sécurité sociale belge.

L'ouvrage présente 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 qui préoccupe 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 Appui stratégique 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 :
SPF Sécurité sociale
Service Publications
Centre Administratif Botanique, Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 135, 1000 Bruxelles

Le texte de l'Aperçu peut se trouver sur le site du SPF. On y accède à l'adresse
http://www.socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/publicaties.htm

Table des matières

Partie I. Les différents systèmes de la sécurité sociale en Belgique 29

Titre I. Le régime des travailleurs salariés 30

I. Assujettissement 30

Section 1. Champ d'application 30

A. Généralités 30

B. Champs d'application personnel 31

C. Champ d'application territorial 31

D. Champ d'application matériel (extensions et limitations) 31

Section 2. La notion de rémunération 53

A. Introduction 53

B. Bases 54

C. Délimination 54

Section 3. Obligations de l'employeur 59

A. Immatriculation de l'Office national de sécurité sociale (ONSS) 59

B. Déclarations trimestrielles 60

C. Paiement des cotisations 61

D. Les secrétaires sociaux d'employeurs 62

E. Les sanctions 62

F. Les différentes voies de recouvrement des cotisations de sécurité sociale 64

Section 4. Mesures en vue de lutter contre la fraude sociale et le travail clandestin 67

A. Responsabilité solidaire 67

B. L'article 38, §3octies, de la loi du 29 juin 1981 « établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés » 70

C. L'article 22quater de la loi du 27 juin 1969 « l'absence de déclatation immédiate de l'emploi (Dimona) » 71

II. Le financement 72

Section 1. Les cotisations sur les rémunérations 72

Section 2. Les subventions de l'Etat 74

Section 3. Réduction des cotisations pour la promotion de l'emploi 75
A. La réduction structurelle des cotisations de sécurité sociale 75
B. Les réductions groupe-cible 74
C. Les réductions de cotisations spécifiques 77
Section 4. Le financement alternatif 81
Section 5. Autres recettes globalisées 82
A. La cotisation spéciale pour la sécurité sociale 82
B. La retenue sur le double pécule de vacances 82
C. Les transferts des réserves des accidents du travail, relatives aux petites incapacités 83
D. La cotisation sur les voitures de société 83
E. Cotisations diverses 84
Section 6. La Gestion globale 84
A. Les branches soumises à la gestion financière globale 85
B. Les moyens de la gestion financière globale 86
C. Répartition des ressources de « l'ONSS-Gestion globale » 86

III. L'organisation administrative 87
Section 1. Les organismes de perception 89
Section 2. Les organismes de gestion 90
Section 3. Les organismes de paiement 91
Section 4. Les institutions publiques de sécurité sociale 92
A. Gestion paritaire 92
B. 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 93
C. Le contrôle des institutions publiques de sécurité sociale 94
Section 5. Les inspections sociales 95
A. L'inspection sociale du S.P.F. – Sécurité sociale (ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement) 95
B. L'inspection de l'Office national de sécurité sociale 96
C. Collaboration entre les services d'inspection 96
Section 6. La Commission de Réforme du Droit pénal social 97

IV. Les régimes des marins de la marine marchande et des mineurs assimilés 98
Section 1. Le régime des marins de la marine marchande 98

A. Etat de la situation 98
B. Particularités du régime 99
Section 2. Le régime des ouvriers mineurs 100
A. Etat de la situation 100
B. Particularités du régime des ouvriers mineurs 101

V. Renseignements généraux, régimes des travailleurs salariés 102
A. Adresses utiles 102
B. Liste des publications disponibles 103
C. Traités et ouvrages de base 104
D. Ouvrages généraux sur la sécurité sociale 105

Titre II. Le régime des travailleurs indépendants 109

I. Champ d'application 109
Section 1. Personnes assujetties aux quatre secteurs 109
A. Travailleurs indépendants à titre principal 109
B. Aidants 110
C. Travailleurs indépendants à titre complémentaire 111
Section 2. Personnes assujetties au seul secteur des indemnités de l'assurance maladie-invalidité (voir ci-dessus, sous Section 1, B, 3 :''Mini-statut'') 112
Section 3. Personnes assujetties aux seuls secteurs des pensions et de l'assurance maladie-invalidité 113
Section 4. Personnes assujetties au seul secteur des pensions 113

II. Obligations 114
Section 1. Affiliation à une caisse d'assurances sociales 114
Section 2. Paiement des cotisations 115
A. Base des cotisations 115
B. Indexation 115
C. Montant des cotisations au 1er janvier 2011 116

III. Cas spéciaux 120
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) 120
Section 2. Dans le cadre du seul régime de pension 121

Section 3. Dans le cadre de l'assurance contre la maladie (soins de santé) seulement 121

IV. Organisation administrative 122
Section 1. L'institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) 122
Section 2. Les caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants 122
Section 3. La commission des dispenses de cotisations 122

V. Le contentieux 124

Titre III. Le régime applicable au personnel des pouvoirs publics et en particulier au personnel des administrations provinciales et locales 125

I. Situation générale 126
Section 1. Introduction 126
A. Le personnel des administrations provinciales et locales 126
B. L'ONSSAPL 126
Section 2. Le régime des travailleurs des administrations provinciales et locales 128
A. Administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSS APL 128
B. Le personel des administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSS APL 130

II. La gestion globale pour l'Office National de Sécurité des Administrations Provinciales et Locales 142

Titre IV. La sécurité sociale d'outre-mer 144

I. Régime de la loi du 16 juin 1960 145
II. Régime de la loi du 17 juillet 1963 147
Section 1. Régime général 147
A. Vieillesse et décès 147
B. Maladie et invalidité 148
C. Assurance différée soins de santé 148
Section 2. Les assurances complémentaires 148

A. Soins de santé 149
B. Accidents du travail 149
C. Accidents de la vie privée 149

III. Rapport entre l'ONSS et l'OSSOM en matière de stage 150

Titre V. Les services communs aux différents régimes 151

Section 1. La Banque Carrefour de la sécurité sociale comme moteur de l'e-government du secteur social 151
A. Introduction 151
B. La mission et la stratégie 152
C. Les principes de base du traitement des informations en tant que moyen de production stratégique 153
D. Les principales réalisations 156
E. Quelques grands projets en cours 183
F. Quelques défis importants 184
Section 2. Le contentieux en matière de sécurité sociale 192
A. L'organisation des juridictions du travail 193
B. La compétence des juridictions du travail 194
C. La prodécure 195
D. Le jugement de la demande 200
E. Les voies de recours 200
F. La Cour constitutionnelle 201
Section 3. La charte de l'assuré social 203
Section 4. L'indexation des prestations sociales 204
A. Introduction 204
B. Le moment de l'indexation 204
C. L'adaptation des montants 205
Section 5. Renseignements généraux 209
A. Adresses utiles 209
B. Réglementation 209

Partie II. Les différentes branches de la sécurité sociale 211

Titre I. L'assurance obligatoire soins de santé 212

I. L'organisation administrative et le financement 212
Introduction 212
Section 1. L'organisation administrative 213
A. La répartition générale des compétences dans les soins de santé au niveau institutionnel 213
B. La structure administrative 214
Section 2. Le financement et le budget 221
A. Le financement 221
B. La responsabilité financière des organismes assureurs 222
C. Le budget 222

II. Le régime général 225
Section 1. Les bénéficiaires 226
A. Les titulaires 226
B. Les personnes à charge 227
Section 2. Les prestations 229
A. Répartition des prestations 229
B. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations 230
C. Le maximum à facturer 241
D. Le fonds spécial de solidarité 243
Section 3. Les conditions d'octroi des prestations 244
A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations 244
B. Conditions d'octroi des prestations 247
Section 4. Rapports avec les prestataires de soins, les services et les établissements 248
A. Rapports avec les médecins et les dentistes 248
B. Rapports avec les autres prestataires de soins, services et établissements 249

III. Le régime des travailleurs indépendants 251
Section 1. Les bénéficiaires 251
A. Les titulaires 251
B. Les personnes à charge 252
Section 2. Les prestations 252
A. Les prestations 252

B. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations 253
C. Le maximum à facturer (MàF) 253
D. Le fonds spécial de solidarité 255
Section 3. Les conditions d'octroi des prestations 255
A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations 255
B. Conditions d'octroi des prestations 256
Section 4. Les rapports avec les prestataires, les services et les établissements de soins 256

IV. Renseignements généraux 257
A. Adresses utiles 257
B. Réglementation 259
C. Publications 259

Titre II. Les prestations de l'assurance indemnités 260

I. Le régime des travailleurs salariés 260
Section 1. L'organisation administrative et le financement 260
A. L'organisation administrative 260
B. Le financement 262
Section 2. Les bénéficiaires 262
Section 3. Prestations 263
A. Indemnités d'incapacité de travail 263
B. Allocations pour frais funéraires 273
Section 4. Conditions d'octroi et de maintien de droit aux indemnités 273
A. Indemnités d'incapacité de travail 273
B. Allocations pour frais funéraires 276
Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail 277
A. L'obligation de déclaration 277
B. Feuille de renseignements et attestation 278
C. La décision médicale 279
D. Le contrôle 280
E. Fin de l'incapacité de travail 280
F. Etat d'invalidité 281

II. Le régime des travailleurs indépendants 282
Section 1. L'organisation administrative 282

A. Le Comité de gestion du Service des indemnités 282
B. La section spéciale du Conseil technique intermutualiste 282
Section 2. Les bénéficiaires 283
Section 3. Les prestations 284
A. Notions d'incapacité de travail 284
B. Présomptions d'incapacité de travail 284
C. Incapacité primaire 285
D. L'invalidité 286
Section 4. Conditions d'octroi et de maintien 286
A. L'affiliation 286
B. Le stage 287
C. Les cotisations 287
D. Refus des indemnités 287
E. Réduction des indemnités 287
Section 5. Détermination de l'état d'incapacité de travail 288
A. L'obligation de déclaration 288
B. La décision médicale 288
C. Feuille de renseignements 288
D. Le contrôle 289
E. Fin de l'incapacité de travail 289
F. Etat d'invalidité 289

III. Le régime des fonctionnaires 290
Section 1. Les bénéficiaires 290
Section 2. Les prestations 290
A. Congés pour maladie 290
B. La disponibilité pour maladie 290
C. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique 291
Section 3. Prestations réduites pour raisons médicales 291
A. Principes 291
B. Prestations réduites « normales » 291
C. Prestations réduites « chroniques » 292
Section 4. Procédure d'octroi des prestations 293
A. Congés pour maladie et disponibilité pour maladie 293
B. Mise à la retraite pour motif de santé ou inaptitude physique 293

IV. Renseignements généraux 294
A. Adresses utiles 294

B. Réglementation 296
C. Publications 296

Titre III. Les prestations de l'assurance maternité 297

I. Le régime des travailleurs salariés 297
Section 1. L'organisation administrative et le financement 297
Section 2. Les bénéficiaires 298
Section 3. Les prestations 298
A. Principe 298
B. Les périodes de protection de la maternité 298
C. L'indemnisation des périodes de protection de la maternité 301
D. Conversion du congé de maternité 303
E. Congé de paternité 304
F. Congé d'adoption 305
G. Pauses d'allaitement 307
Section 4. Les conditions d'octroi des prestations 307

II. Le régime des travailleurs indépendants 308
Section 1. L'organisation administrative et le financement 308
Section 2. Les bénéficiaires 308
Section 3. Les prestations 308
A. L'indemnité de maternité 308
B. L'aide à la maternité 310
C. L'allocation d'adoption 311
Section 4. Les conditions d'octroi des prestations 311

III. Le régime des fonctionnaires 312

Titre IV. Les pensions 315

I. Introduction 315

II. Pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés 320
Section 1. Développements récents 320
Section 2. Champ d'application 321
A. Principe 321

B. Assimilations 321
C. Exclusions 322
D. Transfert du montant de la pension en faveur de fonctionnaires de l'Union européenne et d'institutions assimilées 322
Section 3. Pensions de retraite 322
A. Conditions d'octroi et de paiement 322
B. Calcul 327
Section 4. Pensions de survie 335
A. Conditions d'octroi et de paiement 335
B. Calcul 337
C. Pensions de survie temporaire 338
Section 5. Conjoints divorcés ou séparés de corps ou de fait 339
A. Conjoints divorcés 339
B. Conjoints séparés de corps ou de fait 341
Section 6. Droit minimum par année de carrière 342
Section 7. Pension minimale 343
Section 8. Autres prestations 344
A. Pécule de vacances et pécule complémentaire 344
B. Allocation de chauffage 344
Section 9. Pension des travailleurs salariés ayant été occupés à l'étranger 345
Section 10. Revalorisation des pensions 346
A. Liaison à l'augmentation du coût de la vie 346
B. Liaison à l'évolution du bien-être général 346
Section 11. Répétition de l'indu 346
Section 12. Financement 346
Section 13. Organisation administrative 347
A. Introduction d'une demande: quand et où? 347
B. Date de prise de cours de la pension 349
C. Attribution 349
D. Paiement de la pension et retenues 350

III. Pensions de retraite et de survie des travailleurs indépendants 352
Section 1. Bénéficiaires 352
Section 2. Prestations 352
Section 3. La pension de retraite 353
A. La prise de cours 353

B. Le calcul de la pension 354
C. Pension minimale au 1er juillet 2010 358
D. Incidence des ressources 359
E. Les règles de cumul 359
Section 4. Les pensions de survie 360
A. Règles générales 360
B. Mode de calcul de la pension de survie 362
Section 5. La pension de conjoint divorcé 363
A. Conditions d'octroi 363
B. Calcul 363
C. Montant forfaitaire de base 363
Section 6. L'allocation spéciale 363
Section 7. Le supplément de pension pour les personnes qui ont élevé un enfant 364
Section 8. La pension inconditionnelle 364
Section 9. La pension libre complémentaire 365
Section 10. Répétition de l'indu 366
Section 11. Financement 366
Section 12. Organisation administrative – liquidation - contentieux 366

IV. Pensions de retraite et de survie des travailleurs du secteur public 367
Section 1. Champ d'application 367
A. Pensions de retraite à charge du Trésor public 368
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 369
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 369
Section 2. Prestations 370
A. Pensions de retraite 370
B. Pensions de survie 383
C. Autres avantages 387
Section 3. Adaptation des pensions 388
A. Indexation 388
B. Péréquation 389
Section 4. Règles de cumul 389
A. Pensions de retraite 389

B. Pensions de survie 391
Section 5. Retenues sur les pensions 393
Section 6. Récupérations 394
Section 7. Contrôle, gestion, paiement et contentieux 394
Section 8. Financement 395
A. Agents de l'Etat et des Ministères communautaires et régionaux 395
B. Agents des pouvoirs locaux – des organismes d'intérêt public – de la police intégrée 396
C. Agents des autres pouvoirs publics 398

V. La garantie de revenues aux personnes âgées 399
Section 1. Conditions générales d'octroi 399
A. Age 399
B. Nationalité 399
C. Résidence 400
Section 2. Montants de la garantie de revenus 400
A. La notion de partage de résidence 400
B. Montant 401
Section 3. Incidence des ressources et des pensions 401
A. Une immunisation totale est applicable 401
B. Une immunisation partielle est applicable 402
C. Calcul des ressources 402
D. Déduction des pensions 404
E. Immunisation générale lors de la déduction des ressources 404
Section 4. Demande – décision administrative – contestations 404
Section 5. Modalités de paiement 405
Section 6. Allocation de chauffage 406
Section 7. Dispositions transitoires 406

VI. Les pensions extralégales 407
Section 1. L'assurance complémentaire des travailleurs salariés 408
A. Conditions générales d'attribution 408
B. Règles de calcul 410
C. Prestations acquises et portabilité des réserves acquises 411
D. Organisation – contrôle 412
Section 2. Assurance complémentaire organisée par l'A.R. du 14 novembre 2003 412

Section 3. La pension complémentaire des travailleurs indépendants 413

VII. Renseignements généraux 415
Section 1. Adresses utiles 415
A. Pensions des travailleurs salariés et garantie de revenus aux personnes âgées 415
B. Pensions des travailleurs indépendants 415
C. Pension des travailleurs du secteur public 416
D. Pensions extralégales 416
Section 2. Réglementation et coordinations de textes légaux 416
A. Pensions de travailleurs salariés 416
B. Pensions de travailleurs indépendants 417
C. Pension des travailleurs du secteur public 417
D. Garantie de revenus aux personnes âgées 417
E. Pensions extralégales de travailleurs salariés 417
F. Pension libre complémentaire des indépendants 417
Section 3. Publications 418
A. Pensions de travailleurs salariés et revenu garanti aux personnes âgées 418
B. Pensions de travailleurs indépendants 418
C. Pension de travailleurs du secteur public 418

Titre V. Chômage 419

I. Réglementation en matière de chômage 419
Section 1. Champ d'application 419
Section 2. Bénéficiaires 419
Section 3. Journées de travail et journées assimilées 423
Section 4. Conditions d'octroi 424
A. Etat privé de rémunération 424
B. Etre en chômage par suite de circonstances indépendantes de sa volonté 424
C. Avoir subi du chômage dans un emploi à temps plein 424
D. N'effectuer pendant la période de chômage 425
E. Etre apte au travail au sens de la législation en matière d'assurance maladie-invalidité 425
F. Etre disponible sur le marché de l'emploi 426
G. Etre en possession d'une carte de contrôle 426
H. Résider effectivement en Belgique 426

I. A dater de l'âge normal de la pension, il n'a plus droit à l'allocation de chômage 427
Section 5. Allocations 427
A. Allocations de chômage 427
B. Allocation d'attente 428
C. Allocations familiales 428
Section 6. Paiement des allocations 428
Section 7. Exclusion et sanctions 429
Section 8. La régime de chômage avec complément d'entreprise 429
Section 9. La prépension à mi-temps 432

II. Mise au travail et promotion de l'emploi 433
Section 1. Réduction des cotisations de sécurité sociale 433
A. Harmonisation des régimes de réductions de cotisations de sécurité sociale 433
B. Le plan ACTIVA 444
C. Maribel social 447
D. Engagement d'employé de maison 448
E. Le bonus à l'emploi 448
F. Encourager le remplacement en cas de restructuration 451
Section 2. Formation et intégration des demandeurs d'emploi 452
A. Régime des premiers emplois ("Rosetta") 452
B. Activation du comportement de recherche d'emploi 454
C. Le complément de reprise du travail pour les chômeurs de 50 ans et plus 456
D. Activa start 457
E. Le bonus de démarrage et le bonus de stage 458

III. Financement 459
Section 1. Fonds de Fermetures d'Entreprises – financement du chômage temporaire 459
Section 2. Financement du congé-éducation payé 460
Section 3. Financement des conventions de premier emploi 460

IV. Organisation administrative 461

Titre VI. Les prestations familiales 463

I. Le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés 464
Section 1. Les assujettis 464
A. Champ d'application 464
B. Obligations incombant aux employeurs assujettis 465
Section 2. Les prestations offertes 467
A. Description 467
B. Conditions d'octroi 474
C. Le calcul et le paiement des allocations 497
D. Ouverture, durée et fin du droit 599
E. Le mécanisme des dérogations 500
Section 3. Les règles de cumul 504
A. Ordre de dévolution des droits 504
B. Cumul avec d'autres prestations familiales belges 505
C. Cumul avec des prestations étrangères 506
Section 4. La prescription 506
Section 5. L'organisation administrative 507
A. Le financement 507
B. L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) 507
C. Les caisses spéciales de compensation 508
D. Les caisses de compensation libres 508
E. La caisse compétente 508
F. Les contestations 512

II. Le régime des allocations familiales pour travailleurs indépendants 513
Section 1. Principes 513
A. Les attributaires 513
B. Paiement des prestations 514
Section 2. Prestations 514
Section 3. Organisation administrative 515

III. Les allocations familiales pour le personnel du secteur public 516
Section 1. Champ d'application 516
Section 2. Les prestations offertes 516

A. Barème 516
B. Conditions d'octroi 517
C. Exclusions 517
D. Le paiement des allocations familiales 518
Section 3. Le personnel des administrations provinciales et locales 518

IV. Les prestations familiales garanties 519
Section 1. Champ d'application 519
Section 2. Les prestations offertes 519
A. Description 519
B. Condition d'octroi 522
C. La demande, le paiement, les avances 526
Section 3. La prescription 529
Section 4. Le financement 529
Section 5. Sanctions et contestations 529

V. Renseignements généraux 531
A. Adresses utiles 531
B. Publications 532

Titre VII. Le risque professionnel 533

I. La répartition des accidents du travail dans le secteur privé 533
Section 1. Evolution et caractéristiques 533
A. Risque professionnel 534
B. Réparation forfaitaire 534
C. Loi d'orde public 535
D. Assurance privée et controle de l'Etat 536
E. Réparation et prévention 536
F. Capitalisation et solidarité 537
G. Unique structure internationale d'une branche de sécurité sociale 538
Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties 538
A. Les personnes protégées 538
B. Les entreprises assujetties 539
Section 3. Les risques couverts 540
A. Accidents sur les lieux du travail 540

B. Accidents sur le chemin du travail 540
C. Présomption et preuve 541
Section 4. Les dommages réparés 542
A. Soins médicaux 542
B. Incapacité temporaire de travail 542
C. Incapacité permanente 543
D. Accident mortel 545
E. Frais de déplacement et de nuitée 546
F. Autres allocations 546
Section 5. Les règles d'indemnisation 548
A. Salaire de base 548
B. Taux d'incapacité 549
Section 6. L'organisation administrative 550
A. Assureurs 550
B. Fonds des accidents du travail (F.A.T.) 550
Section 7. Le financement 552
A. Assureurs-loi 552
B. Fonds des accidents du travail 552
Section 8. Procédure 553
A. Déclaration d'accident 553
B. Accidents douteux et refusés 554
C. Paiement des prestations 555
D. Entérinement des accords 556
E. Conciliation médicale 557
F. Cumul d'une réparation de droit commun et d'une réparation pour accident du travail 557
G. Prescription 558
H. Contestation et recours 558
Section 9. Renseignements généraux 559
A. Adresses utiles 559
B. Publications 560
C. Bibliographie 560

II. Les maladies professionnelles dans le secteur privé 561
Section 1. Evolution historique et caractéristiques 561
A. Evolution historique 561
B. Caractéristiques 562

Section 2. Les personnes protégées et les entreprises assujetties 562
A. Personnes protégées 562
B. Les entreprises assujetties 564
Section 3. Le risque couvert 564
A. Système de liste 564
B. Système hors liste 565
C. Présomptions et preuves 565
D. Prévention 566
Section 4. Les dommages réparés 567
Section 5. Le Fonds amiante 569
Section 6. Le financement 569
Section 7. L'organisation administrative 569
A. Fonds des maladies professionnelles 569
B. Demandes et déclarations 570
C. Notification administrative et recours 570
Section 8. Renseignements généraux 571
A. Adresses utiles 571
B. Publications 571
C. Bibliographie 571

III. Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public 572
Section 1. Assujettissement 572
A. Champ d'application 572
B. Obligation des personnalités juridiques assujetties 573
C. Notion d'accidents du travail et d'accidents sur le chemin du travail 574
Section 2. Les prestations offertes 574
A. Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie 574
B. Remboursement des frais de déplacement et de nuitée 574
C. Incapacité temporaire 575
D. Incapacité permanente 575
Section 3. Situation particulière de l'accident mortel de travail 576
A. Indemnité pour frais funéraires 576
B. La rente 576
C. Allocation de décès 577
Section 4. Paiement en capital 577

Section 5. Intérêts 577
Section 6. Procédure administrative 577
A. La déclaration d'accident 578
B. L'examen médical 578
C. L'examen administratif 578
D. La décision administrative 579
Section 7. Procédure judiciaire 580
Section 8. Procédure de révision 580
A. Procédure administrative 580
B. Effets 581
Section 9. Procédure en aggravation 581
A. Principe 581
B. Procédure administrative 581
C. Effets 582
Section 10. Prescription 582
Section 11. Responsabilité et subrogation 582
Section 12. Maladies professionnelles 582
Section 13. Renseignements généraux 584

Titre VIII. Vacances annuelles 585

I. Champ d'application 585
Section 1. Travailleurs salariés 585
Section 2. Travailleurs du secteur public 586
Section 3. Personnel des administrations provinciales et locales 586

II. Prestations des travailleurs salariés 587
Section 1. Dispositions communes aux ouvriers et employés 587
A. Différents types de vacances 587
B. Date des vacances – Etalement des vacances 588
C. Non-imputation de certains jours 589
D. Prescription 589
E. Saisie et cession du pécule de vacances 590
F. Vacances jeunes 590
G. Vacances seniors 591
Section 2. Ouvriers, apprentis ouvriers et artistes non indépendants 591
A. Durée des vacances ordinaires 591

B. Pécule de vacances 597
C. Les vacances supplémentaires 598
Section 3. Employés et apprentis employés 600
A. Durée des vacances ordinaires 600
B. Pécule de vacances 604
C. Pécule supplémentaire 606

III. Prestations des fonctionnaires 607
Section 1. Personnel des administrations fédérales 607
A. Durée des vacances 607
B. Pécule de vacances 608
Section 2. Personnel des administrations provinciales et locales 609
A. Administrations provinciales 609
B. Administrations locales 610

IV. Financement 613

V. Organisation administrative 614

VI. Contrôle et sanction 615
Section 1. Contrôle 615
Section 2. Sanctions 615

VII. Renseignements généraux 616
Section 1. Adresses utiles 616
Section 2. Législation 616
Section 3. Publications de l'ONVA 617

Titre IX. Assurance sociale en cas de faillite 618

Titre X. Aide en faveur des travailleurs indépendants en cas de maladie grave de l'enfant ou en cas de soins paliatifs à donner à l'enfant ou au partenaire du travailleur indépendant 620

I. Maladie grave de l'enfant du travailleur indépendant 620

II. Soins palliatifs donnés à un enfant ou au partenaire du travailleur indépendant 621

Partie III. Aide sociale non liée à une branche de la sécurité sociale 623

Titre I. Allocations aux personnes handicapées 624

I. Prestations 624
Section 1. Bénéficiaires 624
Section 2. Conditions d'octroi communes 626
A. Condition de résidence 626
B. Condition de nationalité 626
Section 3. Montants et catégories 627
Section 4. L'enquête sur les revenus 629
A. L'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration 629
B. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées 630
Section 5. Avances 632

II. L'organisation administrative 633
Section 1. La demande 633
Section 2. La décision 633
Section 3. Paiement 634
Section 4. Suspensions 634
Section 5. Révisions et nouvelles demandes 635
Section 6. Recouvrement et prescription 635
Section 7. Organes d'avis 635
Section 8. Financement 636

III. Renseignements généraux 637
Section 1. Adresse utile 637
Section 2. Législation et réglementation 637
Section 3. Publications 637

Titre II. Le droit à l'intégration sociale 638

I. Introduction, nature du droit, organisation administrative 638

II. Conditions d'octroi 640
Section 1. La condition de nationalité 640
Section 2. La condition d'âge 640
Section 3. La condition de résidence en Belgique 640
Section 4. La condition d'insuffisance de ressources 641
A. Prise en compte des ressources d'autres personnes 641
B. Calcul des ressources prises en considération 642
C. Les ressources non prises en considération 645
Section 5. La condition de disposition au travail 647
Section 6. Des droits à d'autres prestations 648

III. Eléments du droit à l'intégration sociale 649
Section 1. Un emploi 649
Section 2. Un projet individualisé d'intégration sociale 650
Section 3. Un revenu d'intégration 651
A. Catégorie 1 : cohabitants 652
B. Catégorie 2 : isolés 652
C. Catégorie 3 : personnes avec charge de famille 652

IV. Recouvrement 653
Section 1. Récupération auprès de l'intéressé 653
Section 2. Récupération à charge des débiteurs d'aliments 653
Section 3. Récupération auprès des tiers responsables 655

V. Procédure et voies de recours 656

VI. Subventions 657

VII. Renseignements généraux 659
A. Adresses utiles 659
B. Réglementation 659
C. Publications 660

Titre III. Aide sociale 661

I. Caractéristiques générales de l'aide sociale 661
Section 1. L'aide sociale et les lois de réformes institutionnelles 661
Section 2. Définition de l'aide sociale et types d'aides spécifiques 662
Section 3. Recouvrement 663

II. Procédure et voies de recours 665

III. Subventions 666

IV. Renseignements généraux 668
A. Adresses utiles 668
B. Réglementation 668
C. Publications 669

Partie IV. La protection sociale au niveau international 671

Introduction 672

Titre I. Instruments de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale 673

I. Conventions bilatérales 675
Section 1. Principes 675
A. Egalité de traitement 675
B. Législation applicable 676
C. Protection des droits acquis 676
D. Exportation de prestations 677
Section 2. Dispositions spéciales en matière de prestations 678
A. Assurance-maladie 678
B. Invalidité 679
C. Vieillesse 679
D. Allocations familiales 679
E. Accidents du travail et maladies professionnelles 679
F. Chômage 680

II. Instruments multilatéraux 681
Section 1. Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans 681
Section 2. Convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux 683
Section 3. Conseil de l'Europe 683
A. Accords intérimaires 684
B. Convention européenne de sécurité sociale et accord complémentaire 684
C. Convention européenne d'assistance sociale et médicale 686
Section 4. Union européenne 686
A. Les sources du droit de l'Union concernant la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale 686
B. Les Règlements (C.E.E.) n° 883/2004 et 987/2009 688

Titre II. Instruments normatifs 697

I. Organisation internationale du travail 698

II. Conseil de l'Europe 701
Section 1. Charte sociale européenne et ses protocoles – Charte sociale européenne révisée 701
Section 2. Code européen de sécurité sociale 702
Section 3. Code européen de sécurité sociale (révisé) 703

III. Union européenne 704
Section 1. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs 704
Section 2. Directives 704
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 704
B. Directive 2010/41/UE concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, et abrogeant la Directive 86/613/CCE du Conseil 705
C. Directive 92/85/CEE 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 705

D. Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (refonte) 706
E. 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 706
Section 3. Recommandations 707
A. Recommandation du Conseil du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale 707
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 707

IV. Organisation des Nations-Unies 708

V. Instruments internationaux – Bibliographie 710

VI. Annexe – Traités bilatéraux 712

Liste des abréviations 721

I.
II.
III.
IV.

Partie I.

Les différents systèmes de la 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. Champs 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[2]. 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[3].

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

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[4].

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[5]. 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[6]. Rien n'empêche dès lors que le travailleur accomplisse son travail librement et en toute indépendance[7]. 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.

4 Cass., 2 octobre 1968, Arr. Cass., 1969, 132.
5 Cass., 18 mai 1981, Arr. Cass., 1980-81, 1080.
6 Cass., 13 juin 1968, Arr. Cass., 1968, 1239.
7 Cass., 25 février 1965, Pas., 1965, 652.

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.

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[8].

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.

8 Cass., 25 septembre 1947, R.C.J.B., 1948, 201.

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[9].
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[10].
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.
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.

9 Cour du Travail Liège, 4 mars 1982, J.T.T., 1983, 9.
10 Cour du Travail Anvers, 18 avril 1982, J.T.T., 1988, Soc. Kron., 1992, 37.

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 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[11].	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[12].	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[13].	Toutes les branches
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[14].	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[15].	Toutes les branches

11 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.
12 Article 3, 3° du même arrêté.
13 Article 3, 4° du même arrêté.
14 Article 3, 5° du même arrêté.
15 Article 3, 5°bis du même arrêté.

6. Tous les chauffeurs de taxi et les 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[16].	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[17].	Toutes les branches
8. Les artistes[18]. Pour les artistes « petites indemnités », pas d'assujettissement (cf. point 3, j).	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 qui fournissent des prestations de travail, sous réserve de la mesure de dispense pour étudiants salariés (cf. point 3, c)[19].	Toutes les branches sauf s'ils remplissent les conditions de l'article 17bis de l'arrêté royal du 28 novembre 1969
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[20]. Les médecins généralistes en formation bénéficient de la même protection sociale et ce sont les centres de coordination qui tiennent lieu d'employeur.	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)[21].

16 Article 3, 5°ter du même arrêté.
17 Article 3, 6° du même arrêté.
18 Article 1bis de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
19 Article 3, 8° 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.
20 Article 15bis du même arrêté.
21 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 ».

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[22].	Toutes les branches

LES ASSUJETTIS	ASSUJETTISSEMENT A :
II. Personne 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[23].	Toutes les branches, sauf les V.A.
2. Les cyclistes professionnels[24].	Toutes les branches, sauf les V.A.
3. a) Le personnel privé 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[25].	a) A.M.I., (soins de santé et indemnités) 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).

22 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.
23 Article 6 du même arrêté.
24 Article 6bis du même arrêté.
25 Article 7, §1er, du même arrêté.

b) Le personnel visé au point 3. a) rémunéré directement par le pouvoir organisateur[26].	b) Toutes les branches
c) Tous les membres du personnel nommés à titre définitif ou y assimilés qui, par ou en vertu d'un décret, sont transférés d'une école supérieure à une université avec maintien de leur statut juridique, en ce compris toutes les modifications futures[27].	c) AMI (soins de santé) sauf pour les membres du personnel qui sont repris par une université en application du statut juridique de l'université.
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[28].	a) A.M.I. (soins de santé), accidents du travail et maladies professionnelles, 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[29].	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[30].	a) A.M.I., (soins de santé et indemnités) pensions, chômage
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[31].	b) A.M.I. (soins de santé)

26 Idem.
27 Article 7, §2, du même arrêté.
28 Article 7, §3, du même arrêté.
29 Idem a contrario.
30 Article 8, alinéa 1, du même arrêté.
31 Article 8, alinéa 2, du même arrêté.

6. Les travailleurs occasionnels occupés par un employeur relevant de la Commission paritaire pour les entreprises horticoles, à l'exception des travailleurs manuels occupés au travail de la culture du chicon : le travailleur manuel occupé durant un maximum de 65 jours par année civile à moins que l'emploi ne consiste en la plantation et l'entretien de parcs et jardins[32]. Les travailleurs manuels occupés à la culture du chicon ou du champignon, pendant un maximum de 100 jours par année civile. Les travailleurs manuels occupés à la culture du champignon, pendant un maximum de 156 jours par année civile. N.B. Cette possibilité s'applique également aux travailleurs manuels qui ressortissent à la Commission paritaire pour le travail intérimaire[33].	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[34]. N.B. Cette possibilité s'applique également aux travailleurs manuels qui resortissent à la Commission paritaire pour le travail intérimaire[35].	Toutes les branches, sauf les V.A
8. Les travailleurs domestiques internes[36].	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[37].	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¨.

32 Article 8bis, alinéa 1 et 2, 1°, du même arrêté.
33 Article 8bis, alinéa 2, 3°, du même arrêté.
34 Article 8bis, alinéa 3, du même arrêté.
35 Article 8bis, alinéa 2, 3°, du même arrêté.
36 Article 5 du même arrêté.
37 Article 4 du même arrêté.

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[38].	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[39].	Toutes les branches, sauf les V.A. 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[40].

LES ASSUJETTIS	ASSUJETTISSEMENT 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)[41] ;	A.M.I. (soins de santé)
b) les agents contractuels[42] ;	A.M.I., pensions, chômage
c) les stagiaires de l'Etat, des Communautés et des Régions (sauf préavis pour cause d'inaptitude)[43].	A.M.I. (soins de santé)

38 Article 5bis du même arrêté.
39 Article 8ter du même arrêté.
40 Article 7, § 1er, alinéa 3, (q) de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.
41 Article 9, § 1er, alinéa 2, du même arrêté.
42 Article 9, § 1er, alinéa 1, du même arrêté.
43 Article 9, §1, alinéa 4, du même arrêté.

d) les personnes titulaires d'un mandat dans une fonction de management ou désignées dans une fonction d'encadrement[44].	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[45] ;	A.M.I. (soins de santé)
b) les agents contractuels[46].	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)[47] ;	Toutes les branches
b) les personnes employées sur base d'un mandat dans une fonction de management dans une institution publique de sécurité sociale ;	A.M.I. (soins de santé) + pensions
c) le personnel sous statut qui se crée des titres soit à la pension, prévue par 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 autre que le régime de pension des travailleurs salariés[48] ;	A.M.I., allocations familiales si engagement à partir du 01/01/1999 (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.).
d) le personnel contractuel des organismes d'intérêt public[49] ;	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

44 Article 9, §1, alinéa 3, du même arrêté.
45 Article 10, §1, alinéa 2, du même arrêté.
46 Article 10, §2, du même arrêté.
47 Article 11, §1, du même arrêté.
48 Article 11, §2, alinéa 1, du même arrêté.
49 Article 11, §2, §3, du même arrêté.

e) le personnel contractuel des entreprises publiques autonomes[50] ;	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[51] ;	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.), pensions, chômage.
g) le personnel contractuel du Vlaamse Vervoersmaatschappij et de la Société wallonne de Transport[52] ;	Toutes les branches
h) le personnel statutaire de la S.N.C.B., qui peut prétendre à l'intervention de ses œuvres sociales[53].	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[54] ;	A.M.I., pensions, chômage
b) le personnel enseignant et le personnel administratif de l'enseignement non universitaire[55] ;	A.M.I., pensions, chômage
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[56] ;	A.M.I. (soins de santé)

50 Article 11, §3, du même arrêté. Sont visées les entreprises suivantes : La Poste, Belgacom, Belgocontrol, la S.N.C.B. et BIAC (Brussels International Airport Company).
51 Article 11, §2, 2e alinéa, du même arrêté.
52 Article 11, §3, du même arrêté.
53 Article 11, §2, 3e alinéa, du même arrêté.
54 Article 12, §1, alinéa 1, du même arrêté.
55 Idem.
56 Article 12, §1, alinéa 1, du même arrêté.

d) le personnel académique autonome nommé à titre définitif et pour le personnel administratif et technique nommé à titre définitif de l'Universitair Instelling Antwerpen (U.I.A.), du Limburgs Universitair Centrum (L.U.C.), l'Universiteit Gent et l'Universitair Centrum Antwerpen[57] ;	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)[58].	A.M.I. (soins de santé)
5. Les wateringen et polders: les receveurs-greffiers, les gardes et les éclusiers[59].	Toutes branches
6. Certains bénéficiaires d'une bourse[60] : a) de l'institut pour l'encouragement des recherches scientifiques dans l'industrie et l'agriculture ;	Toutes branches
b) du Fonds national de la recherche scientifique (y compris les aspirants) ;	Toutes branches
c) du collège interuniversitaire d'études doctorales dans les sciences du management ;	Toutes branches
d) d'un mandat de recherche octroyé par l'Institut flamand pour la promotion de la recherche scientifique-technologique dans l'industrie ;	Toutes 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. 15 de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 ou par une institution universitaire d'une Communauté. Ces institutions sont considérées comme étant leur employeur.	Toutes 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[61]. Ces institutions sont considérées comme étant leur employeur.	A.M.I., allocations familiales, les V.A.

57 Idem.
58 Article 13 du même arrêté.
59 Article 14 du même arrêté.
60 Article 15, §1, du même arrêté.
61 Article 15, § 2, du même arrêté.

8. a) Les bourgmestres et échevins[62], ainsi que les présidents de C.P.A.S.[63], 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[64] ;	A.M.I., chômage et AF
b) Les bourgmestres et échevins[65], ainsi que les présidents de C.P.A.S.[66], n'exerçant pas une activité salariée ni une activité à titre indépendant.	A.M.I., chômage et AF

62 Article 19, § 4, alinéa 1er, a contrario, de la Nouvelle loi communale du 24 juin 1988.
63 Article 37quater, alinéa 1er, a contrario, de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés.
64 Les bourgmestres, échevins et présidents de C.P.A.S. qui exercent une activité d'indépendant sont assujettis au statut social de travailleurs indépendants.
65 Article 19, § 4, alinéa 2 de la Nouvelle loi communale précitée.
66 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[67]. Autrefois, une loi distincte réglait également la sécurité sociale des ouvriers mineurs[68]. Il est à remarquer que, depuis le 1er janvier 2003, le régime des ouvriers mineurs est complètement intégré au régime général[69].
Cela étant, sont exclus du champ d'application matériel de la loi :

a) Le travail occasionnel[70]
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)[71]
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[72]
En principe, l'étudiant est assujetti à la sécurité sociale des travailleurs.
L'étudiant échappe cependant à l'assujettissement s'il travaille
- 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 ;
- durant un nombre maximum de 50 jours calendriers (= contingent), au choix durant une année calendrier complète ;

67 L'arrêté-loi du 7 février 1945 concernant la sécurité sociale des marins de la marine marchande.
68 L'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.
69 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.
70 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.
71 Article 16bis du même arrêté.
72 Article 17bis du même arrêté.

- en dehors des périodes de présence obligatoire aux cours ou aux autres activités. Par « périodes de présence obligatoire dans les établissements scolaires », il faut entendre les périodes pendant lesquelles l'étudiant en question est censé suivre les cours ou participer aux activités de l'établissement d'enseignement dans lequel il est inscrit.

De façon générale, il s'agit des étudiants qui :

- suivent un enseignement de jour à temps plein. Les personnes qui suivent des cours à temps partiel ou des cours du soir ne peuvent donc pas conclure un contrat d'étudiant ;
- et qui n'ont pas travaillé durant une certaine période de façon ininterrompue auprès d'un même employeur. Depuis le 1er janvier 2012, cette période est de 12 mois (auparavant, elle était de 6 mois). Si cette période est écoulée, que ce soit ou non au cours d'une même année civile, l'étudiant ne pourra plus jamais conclure de contrat d'occupation d'étudiant avec cet employeur. Par période de 12 mois ininterrompue, il faut comprendre un contrat d'un an ou des contrats successifs couvrant un an. Rien n'empêche toutefois un employeur d'occuper le même étudiant durant plusieurs années d'affilée pourvu que les différents contrats soient interrompus de façon réelle.

Sur base d'un contrat d'occupation d'étudiant signé, l'employeur doit renseigner le nombre de jours au cours desquels il va occuper l'étudiant (=jours planifiés) via.

Le décompte des 50 jours est établi par année civile, ce qui signifie que le compteur est remis à 50 jours restants au début de chaque année calendrier. Sur base des jours planifiés en Dimona, le nombre de jours restants est adapté.

Les jours non prestés mais rémunérés (comme les jours fériés, les jours de compensation, les jours de maladie) qui tombent dans la période contractuelle sont également pris en compte pour le calcul du contingent. Le jour férié qui tombe après le contrat de travail n'est donc pas pris en compte pour le contingent. A noter que c'est la cotisation de solidarité qui est également due sur la rémunération payée pour ce jour férié.

Bien que l'étudiant salarié ne soit pas assujetti à la sécurité sociale, une cotisation de solidarité unique est due. Elle s'élève à 13% de la rémunération brute de l'étudiant salarié dont 2,71% à charge de l'étudiant et 5,42% à celle de l'employeur. A côté de cette cotisation de solidarité, l'employeur sera aussi redevable d'une cotisation spéciale de 0.01% au bénéfice du Fonds amiante.

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.

La cotisation de solidarité est d'application uniquement pour les 50 premiers jours déclarés en Dimona. Lorsque le contingent est dépassé, la cotisation de solidarité ne

sera plus appliquée à partir du 51° jour. A partir de ce moment, l'étudiant est assujetti et l'employeur et lui-même sont redevables des cotisations de sécurité sociale ordinaires. C'est donc le nombre de jours réservés lors de l'établissement de la Dimona (ou le moment où le contingent est adapté sur base de la déclaration trimestrielle introduite) qui est pris en compte pour le calcul du contingent et non la date d'occupation effective de l'étudiant.

Toutefois, lorsque le contingent est dépassé ensuite d'une occupation auprès d'un même employeur et que l'employeur a déclaré l'étudiant en pour plus de 50 jours sous cotisation de solidarité, les cotisations ordinaires sont dues sur toute la période d'occupation à partir du jour 1. Si, par contre, l'employeur a correctement complété sa déclaration, c'est-à-dire qu'il a renseigné les jours qui dépassent le contingent sous cotisations ordinaires, et uniquement les 50 premiers jours sous cotisation de solidarité, les cotisations ordinaires seront également dues à partir du jour 51 et non pour toute la période d'occupation.

Grâce à l'application « Student@work50days », l'étudiant peut consulter le nombre de jours qu'il peut encore prester sous la cotisation de solidarité www.studentatwork.be). L'étudiant peut aussi imprimer ou envoyer électroniquement une attestation établissant ce nombre de jours restants. Cette attestation reprend un code d'accès qui permet à l'employeur de consulter le contingent de l'étudiant via disponible dans l'environnement sécurisé du site portail de la sécurité sociale. Le code reste valable 3 mois en ce compris le mois au cours duquel l'attestation est délivrée.

Combinaison travail étudiant avec d'autres occupations:

- dans le ou lors de : une occupation de maximum 50 jours comme étudiant peut être cumulée avec une occupation de maximum 25 jours dans le secteur socio-culturel, à la condition que les deux occupations soient clairement distinctes. Les jours prestés dans le secteur socio-culturel ne viendront pas en diminution du contingent étudiant ;
- comme : pour autant que les conditions relatives aux deux mesures soient remplies, la cotisation de solidarité sera calculée sur le montant journalier forfaitaire et non sur la rémunération réelle. Le nombre de jours prestés en tant qu'occasionnel sera toutefois déduit des jours restant du contingent étudiants. Ces jours seront également déduits du nombre de jours annuels maximum que le travailleur occasionnel dans l'agriculture et l'horticulture peut exercer ;

comme: les jours prestés comme étudiant occasionnel dans l'horeca seront pris en compte dans le calcul du contingent étudiant. La cotisation de solidarité sera calculée sur la rémunération réelle ou sur les montants forfaitaires journaliers selon le choix effectué par l'employeur pour ses travailleurs.

d) Les domestiques qui ne sont pas logés chez leur employeur[73]

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 par semaine.

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[74]

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 préaux 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 ;
      - 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.

73 Article 18 du même arrêté.
74 Article 17ter du même arrêté.

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[75]
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 (SPF) 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 (ONSSAPL), 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.
4° Les organisations de formation socioculturelle et/ou d'initiation sportive reconnues par un Ministère de l'Education ou un Ministère des Communautés

75 Article 17 du même arrêté.

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[76]:

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.

76 Article 1er, §3, de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs.

h) Les pompiers volontaires[77]

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 deuxième trimestre de 2012, le montant limite s'élève à 1016,70 EUR brut par trimestre.

i) Les volontaires

Le 1er août 2006 est entrée en vigueur la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires (M.B., 29 août 2005) (ci-après « la loi »), qui régit certains aspects concernant les personnes exerçant une activité bénévole au sein des organisations qui les emploient. Notons dès à présent que la loi utilise le vocable de volontariat.

Les « volontaires » visés par la loi et les organisations qui font appel à eux ne sont pas assujettis à l'ONSS Cela implique, entre autres, que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

- les activités du volontaire sont exercées pour une association de fait ou une personne morale de droit public ou privé, sans but lucratif dans l'intérêt d'autrui ou de la collectivité ;
- les activités ne sont pas exercées par le volontaire pour la même organisation dans le cadre d'un contrat de travail, d'un contrat de services ou d'une désignation statutaire ;
- en principe les activités du volontariat ne sont pas rétribuées. Des indemnités peuvent toutefois être allouées, sans que l'intéressé ne soit soumis au régime général de la sécurité social des travailleurs salariés. Le système mis en place par l'article 10 prévoit d'une part l'indemnisation des frais réellement exposés par le volontaire et ce sans limite, et d'autre part des indemnités forfaitaires avec des plafonds cumulés journellement, trimestriellement et annuellement. L'indemnité que le volontaire perçoit pour son activité ne peut pas dépasser 24,79 EUR par jour et 991,57 EUR par an. Ces montants sont adaptés à l'indice des prix, à savoir respectivement 31,44 EUR et 1.257,51 EUR pour 2012.

Si un des montants forfaitaires de 30,82 EUR par jour ou de 1.232,92 EUR par an est dépassé au cours d'une année civile, ce dépassement entraîne l'application des règles générales d'assujettissement pour la totalité des prestations de cette année civile.

Un volontaire ne peut pas cumuler les susdites indemnités forfaitaires avec une indemnité de frais réels c'est-à-dire une indemnité payée pour couvrir des frais complètement justifiés. Les indemnités forfaitaires peuvent par contre être combinées avec une indemnité de déplacement réelle.

Si le volontaire se déplace au moyen de son propre véhicule (auto, moto ou cyclomoteur),

77 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.

l'organisation peut lui payer une indemnité kilométrique équivalente à celle prévue pour les fonctionnaires fédéraux. Pour la période qui s'étend du 1er juillet 2011 au 30 juin 2012, le forfait s'élève à 0,3352 EUR par kilomètre.
Si le volontaire se déplace à l'aide de sa propre bicyclette, l'indemnité de déplacement s'élève à 0,21 EUR par kilomètre, ce qui correspond au montant de l'indemnité de bicyclette valable pour les fonctionnaires fédéraux.
L'indemnité totale pour déplacements effectués avec les transports publics, la propre bicyclette ou le propre véhicule ne peut dépasser, par an et par volontaire, un montant égal à 2000 fois l'indemnité kilométrique pour usage de son propre véhicule.
L'article 3, 1° exclut du champ d'application matériel l'activité organisée dans le cadre familial ou privé de celui qui exerce l'activité.
Outre à régir le statut des personnes volontaires en Belgique, la loi s'applique également aux personnes exerçant une activité de volontariat à l'étranger, mais organisée à partir de la Belgique. Le volontaire doit toutefois conserver sa résidence principale en Belgique, et sans préjudice des dispositions applicables dans le pays où le volontariat est exercé.

j) Les artistes « petites indemnités »
Il s'agit des artistes dont :
- la rémunération ne dépasse pas 118,08 EUR par jour ou 2.361,52 EUR par année ;
- la durée du temps de travail ne dépasse pas 30 jours, avec un maximum de 7 jours chez le même donneur d'ordre.

Le travail n'est pas effectué chez le même donneur d'ordre que son contrat de travail sauf à prouver que l'activité est différente.
Les artistes « petites indemnités » ne sont donc pas assujettis au régime de sécurité sociale pour autant qu'ils répondent aux conditions de l'article 17sexies de l'arrêté royal du 28 novembre 1969.

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.
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[78 79].
D'autre part, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, élargir ou limiter la notion de rémunération[80]. Cette possibilité a déjà été utilisée à plusieurs reprises (voir plus loin au point C.2).

C. Délimination

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[81] :
- avantages 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.

78 Art. 2 de la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs.
79 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.
80 Art. 19 et 19bis de l'AR 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.
81 Van Steenberge, J.et Yorens, Y., Het loonbegrip, Brugge, die Keure, 1995.

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

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[82 83].

En raison de son engagement :
Cette condition doit être interprétée de façon très large. Par rémunération, il faut non seulement entendre les avantages dus 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 :

82 Lenaerts, H., Conclusions Cass., 20 avril 1977, R.W., 1977-1978, 1871.
83 Cass., 26 novembre 1979, J.T.T., 1980, 8, avec remarque Van Langendonck, J.

- 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[84] ;
- 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[85].

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, 19bis, 19 ter et 19 quater 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

84 Cass., 11 septembre 1995, Arr. Cass., 1995, 767.
85 Cass., 9 octobre 1989, Arr. Cass., 1989-1990, 183.

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 mettraient 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 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.
- 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 cadeaux en nature, en espèces ou sous forme de chèques-cadeaux remis à un travailleur à l'occasion de son mariage ou de l'accomplissement de la déclaration de cohabitation légale pour autant que le montant octroyé ne dépasse pas 200 EUR par travailleur.

Les chèques-cadeaux repris ci-dessus 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. Depuis le 1er octobre 2011 toutefois, les titres-repas ou le relèvement de la part patronale des titres-repas (pour autant que les conditions précitées soient respectées) peuvent être octroyés en remplacement des .
- 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 34,71 EUR par jour (depuis octobre 2008).
- 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.

  Le remboursement des primes syndicales dont le montant est fixé à 135 euros.

  L'article 19 ter introduit par l'arrêté royal du 30 juin 2006 prévoit la possibilité pour l'employeur d'accorder des Chèques Culture et Sport qui sont aussi soustraits à la notion de rémunération pour autant que les conditions de son alinéa 2 soient respectées. Une des ces conditions est que le chèque puisse être échangé auprès de structures qui sont reconnues, agréées ou subventionnées par l'autorité compétente ou auprès d'associations sportives pour lesquelles il existe une fédération, reconnue

ou subventionnée pour les Communautés ou appartenant à une des fédérations nationales de hockey, boxe, football et de golf.
Depuis le 18 avril 2009, les Eco-chèques qui ont pour objectif de permettre l'acquisition de produits et de services dits écologiques sont aussi soustraits à la notion de rémunération si sont respectées les différentes conditions établies à l'alinéa 2 de l'article 19 quater 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 produits et services visés sont repris dans l'annexe de la CCT n° 98 rendue obligatoire par l'arrêté royal du 28 juin 2009.
Le montant total des Eco-chèques octroyés par l'employeur ne peut dépasser 125 euros par travailleur pour l'année 2009 et 250 euros par travailleur pour les années ultérieures. A partir de l'année 2011, le Roi peut adapter le montant de 250 euros sur base d'un avis unanime du Conseil National du Travail.

Section 3. Obligations de l'employeur

A. Immatriculation de 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'ONSS au plus tard le dernier jour du mois qui suit le trimestre en vue de la radiation de son immatriculation.

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'ONSS 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 quatorze 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 incombe (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 travailleurs 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'ONSS, sous la responsabilité de l'employeur.

L'employeur paye les cotisations trimestriellement. Celles-ci doivent parvenir à l'ONSS 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

Un employeur qui, au cours d'un trimestre déterminé, a déclaré des cotisations dont le montant dépasse 6.197,34 euros est tenu de verser, pour le trimestre suivant, au plus tard le 5 du mois qui suit chacun des mois de ce dernier trimestre, une provision. Pour le premier, deuxième et troisième trimestre d'une année civile, la première, la deuxième et la troisième provision à verser égale respectivement, 30, 30 et 25 p.c. du montant des cotisations dues pour le trimestre correspondant de l'année civile précédente. Pour le quatrième trimestre d'une année civile, la première, la deuxième et la troisième provision à verser égale respectivement, 30, 35 et 15 p.c. du montant des cotisations dues pour le trimestre correspondant de l'année civile précédente. Au cas où l'employeur concerné n'était pas redevable de cotisations pour le trimestre correspondant de l'année civile précédente, il doit payer dans les délais précités, à titre de provision sur les cotisations du trimestre, une somme de 421,42 euros par mois par travailleur occupé. Cette somme de 421,42 euros n'est cependant pas due par l'employeur ressortissant à la Commission paritaire de la construction pour les travailleurs pour lesquels les informations visées à l'article 5, de l'arrêté royal du 5 novembre 2002 instaurant une déclaration immédiate de l'emploi, en application de l'article 38 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, doivent être communiquées. Lorsque le montant des pourcentages calculés par rapport aux cotisations dues pour le trimestre correspondant de l'année civile précédente excède le montant desdits pourcentages appliqués aux cotisations probables du trimestre en cours, l'employeur est autorisé à réduire la provision à ce dernier montant sans préjudice de l'application des indemnités forfaitaires 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 secrétaires 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 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 ou, grouper soit au moins trois cents employeurs affiliés, soit au moins cent employeurs affiliés occupant ensemble au moins cinq mille travailleurs.

L'agrément peut être retiré par le ministre des Affaires sociales.

E. Les sanctions

1. Les sanctions civiles

1.1. Sanction pour défaut de paiement dans les délais

Lorsque les cotisations ou les provisions de cotisations ne sont pas payées dans les délais (voir supra point C - Paiement des cotisations), en principe, une majoration de cotisations et un intérêt de retard sont est appliqués à titre de sanction.

Cette majoration s'élève à 10% du montant non payé pour le défaut de paiement des cotisations dans les délais. L'intérêt de retard s'élève à 7%.

Lorsque ce sont les provisions qui ne sont pas payées dans les délais, cette majoration consiste en 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.

1.2. Sanction pour non-remise de déclaration dans les délais

Plusieurs types d'indemnités forfaitaires sont possible en cas d'absence de déclaration, de déclaration incomplète ou inexacte auprès de l'ONSS.

Premièrement, en l'absence de déclaration ou en cas de déclaration incomplète ou inexacte, l'établissement ou la rectification d'office des déclarations ensuite d'une intervention des services d'Inspection sociale ou des services de l'O.N.S.S., donnera lieu au paiement par l'employeur d'une indemnité forfaitaire de 50,00 EUR, augmentée d'une indemnité de 4,00 EUR par ligne d'occupation manquante ou pour laquelle la rémunération à prendre en compte est modifiée.

Quand l'employeur ne transmet pas de déclaration ou transmet habituellement une déclaration incomplète ou inexacte, il est redevable d'une indemnité forfaitaire de 495,79 EUR, augmentée de 247,89 EUR par tranche de 24.789,35 EUR de cotisations dues au-delà de 49.578,70 EUR.

Une indemnité forfaitaire est également due par l'employeur en cas d'absence de déclaration ou de déclaration incomplète ou inexacte d'un ou de plusieurs véhicules soumis à la cotisation de solidarité.

1.3. Exonération des sanctions

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, pour autant, toutefois, que l'employeur ne se trouve pas dans une des huit situations visées à l'article 38, §3octies, alinéa 1er, de la loi du 29 juin 1981 '' établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés ''[86] (voir infra Section 4).

2. Les sanctions pénales [87]

Outre les sanctions civiles existantes, le juge peut aussi appliquer des sanctions pénales.

Le délai de prescription de l'action publique est de 5 ans jusqu'au 31 décembre 2008 et de 3 ans à partir du 1er janvier 2009. Ce délai court à compter du fait qui a donné naissance à l'action.

Par dérogation à la règle générale, le délai de prescription n'est pas de 3 ans mais de 7 ans pour: les actions consécutives aux régularisations d'office effectuées par l'O.N.S.S. lorsque des manoeuvres frauduleuses ou des déclarations fausses ou sciemment incomplètes ont été constatées dans le chef de l'employeur.

86 L'article 38, §3octies, de la loi du 29 juin 1981 est entré en vigueur « à partir des cotisations de sécurité sociale dues pour le troisième trimestre 2005 », en vertu de l'article 21 de la loi-programme du 11 juillet 2005.

87 Voir article 218 du Code Pénal Social.

Pour les créances qui ne sont pas encore prescrites au 1er janvier 2009 en vertu du délai de prescription de cinq ans, mais sont en revanche prescrites en vertu du nouveau délai de prescription de trois ans, la prescription est fixée au 1er janvier 2009.
L'action publique peut être éteinte par une transaction pénale ou par voie d'amende administrative si cette transaction ou cette amende administrative prévoit le paiement des cotisations, majorations et intérêts de retard à l'Office, et au triple des cotisations en cas de fraude.

F. Les différentes voies de recouvrement des cotisations de sécurité sociale

1. Première voie : le recouvrement judiciaire

1.1. 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 trois ans[88]. Depuis la loi du 25 janvier 1999, une lettre recommandée suffit à interrompre la prescription.

1.2. 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.

2. Deuxième voie : le recours à 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.

88 Loi-programme du 22 déc. 2009, art. 74 (M.B.29 déc. 2008), en vigueur depuis le 1er janvier 2009.

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.

3. Troisième voie : le recours amiable

La loi du 3 juillet 2005 portant des dispositions diverses relatives à la concertation sociale a instauré la possibilité, pour l'ONSS, d'octroyer amiablement des termes et délais à ses débiteurs, pour autant qu'une procédure en justice ne soit pas pendante ou qu'une contrainte n'ait pas été délivrée.
Cette disposition est définie comme constitutive d'une troisième voie de recouvrement - le recouvrement amiable - à côté du recouvrement par la voie judiciaire (première voie), par la voie de contrainte (deuxième voie) et via la responsabilité solidaire du cessionnaire à l'égard du cédant en cas de cession de fonds de commerce ou la responsabilité personnelle du notaire (quatrième voie).

Ce système est entré en vigueur le 1er janvier 2007 (cf. article 2 de l'arrêté royal du 13 juillet 2007). Cet arrêté royal du 13 juillet 2007 a en outre inséré une section 4 dans le Chapitre III 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 qui définit les conditions et modalités d'un tel accord amiable. Ainsi, l'Office peut octroyer amiablement des termes et délais aux employeurs débiteurs qui, rencontrant des difficultés passagères, répondent notamment aux conditions suivantes :

- ne pas faire l'objet de poursuites judiciaires de la part de l'Office, sauf dans l'hypothèse où les procédures judiciaires en question porterait sur des dettes faisant l'objet d'une contestation de principe reconnue comme telle ;
- la demande de termes et délais doit porter sur toute la dette échue à la date à laquelle la demande est introduite ;
- le plan de paiement peut couvrir 18 mois au maximum ;
- tous les trimestres ou dettes devant venir à échéance au cours de la période de 18 mois peuvent faire l'objet d'un sous-plan qui couvre 12 mois au maximum et qui ne peut jamais dépasser le délai de 18 mois qui prend cours à partir du premier plan ;
- en procédant au calcul des mensualités, il est tenu compte des majorations à porter en compte et des intérêts à échoir ;
- les échéances pour ces mensualités sont fixes, tout comme les montants de celles-ci ;
- si plusieurs sous-plans ont été accordés, les différentes mensualités sont cumulées en un seul montant mensuel.

4. Quatrième voie : la meilleure perception des cotisations sociales

La 4ème voie n'est pas à proprement parler une voie de recouvrement des cotisations, mais un ensemble de mesures visant à améliorer la perception de ces cotisations.

4.1. Cession de fonds

L'article 41quinquies de la loi du 27 juin 1969 (insérée par la loi du 3 juillet 2005 portant des dispositions diverses relatives à la concertation sociale), entré en vigueur le 23 février 2007 (cf. fixée par l'A.R. du 27 septembre 2006, art.1), instaure en matière de cession de fonds de commerce en propriété ou en usufruit, d'un ensemble de biens, composés entre autres d'éléments qui permettent de retenir la clientèle, affectés à l'exercice d'une profession libérale, charge ou office, ou d'une exploitation industrielle, commerciale ou agricole ainsi que la constitution d'un usufruit sur les mêmes biens, deux mesures protectrices des droits de l'organisme percepteur des cotisations. Ces mesures font partie intégrante de la quatrième voie de recouvrement :

- la première consiste à ne rendre opposable une cession d'un fonds de commerce à l'organisme percepteur de cotisations de sécurité sociale qu'à l'expiration du mois qui suit celui au cours duquel une copie certifiée conforme ou une copie certifiée complète, exacte et véritable par toutes les parties contractantes de l'acte translatif ou constitutif a été notifiée à cet organisme ;
- et la seconde est l'installation d'une responsabilité solidaire dans le chef du cessionnaire du fonds de commerce pour le paiement des cotisations, majorations et intérêts de retard dus par le cédant à l'expiration du délai précité, à concurrence du montant déjà payé ou attribué par lui ou d'un montant correspondant à la valeur nominale des actions ou parts attribuées en contrepartie de la cession, avant l'expiration dudit délai.

Tant que la notification n'a pas été faite, la cession n'est pas opposable à l'organisme percepteur des cotisations, c'est-à-dire qu'il peut requérir, sur les biens cédés, toutes les mesures de garantie ou d'exécution qu'il juge nécessaires à la conservation ou à l'exercice de ses droits. Les poursuites seront engagées et les mesures conservatoires requises sur les biens cédés, nonobstant la cession. Lorsque la notification est opérée, l'opposabilité de la cession est différée puisqu'elle ne sera opposable à l'Office qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de la notification.

La date de notification de la cession du fonds de commerce revêt donc une importance primordiale dans ce dispositif.

Les deux mesures protectrices des droits de l'organisme percepteur des cotisations ne sont pas applicables si le cédant joint à l'acte de cession un certificat établi exclusivement à cette fin par les organismes percepteurs de cotisations de sécurité sociale dans les trente jours qui précèdent la notification de la convention. La délivrance de ce certificat est subordonnée à l'introduction par le cédant d'une demande en double exemplaire auprès de l'organisme percepteur des cotisations de sécurité sociale. Le certificat sera refusé par l'organisme percepteur des cotisations de sécurité sociale, si, à la date de la demande, il a été établi à charge du cédant une dette qui constitue une dette liquide et certaine vis-à-vis de l'organisme ou si la demande est introduite après l'annonce ou au cours d'un contrôle par un inspecteur social. Le certificat est soit délivré soit refusé dans un délai de trente jours à partir de l'introduction de la demande du cédant.

4.2. Responsabilité personnelle des notaires

Sous peine de sa responsabilité personnelle pour les dettes sociales du défunt, ses héritiers ou légataires ou bénéficiaires d'une institution contractuelle, le notaire doit aviser les institutions de perception de sécurité sociale de chaque acte ou certificat d'hérédité. Ensuite l'institution de perception de sécurité sociale notifie le notaire d'éventuelles créances. Le cas échéant le notaire fait ensuite mention du paiement intervenu ou à intervenir au pied de l'acte ou certificat d'hérédité.

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

A. Responsabilité solidaire

1. Situation antérieure au 1er janvier 2008

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.

Tout ce dispositif légal était déposé dans l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs jusqu'à sa refonte totale par la loi-programme du 27 avril 2007 (articles 55 et 56) et 21 décembre 2007 et par l'arrêté royal du 27 décembre 2007.

2. Depuis le 1er janvier 2008

Suite à l'arrêt rendu par la Cour de justice des Communautés européennes le 9 novembre 2006 (affaire C-433/04, Commission des CE contre le Royaume de Belgique), l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 a été remplacé par la loi-programme du 27 avril 2007 (articles 55 et 56) et 21 décembre 2007 et par l'arrêté royal du 27 décembre 2007). Dans cet arrêt, la Cour de Justice s'est prononcée sur la compatibilité du pendant fiscal de l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 (l'article 403 du CIR'92) au regard des libertés fondamentales communautaires de libre prestation de services (articles 49 et 50 du traité CE) et la Cour a décidé que la Belgique manquait aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 49 CE et 50 CE dans la mesure où sa réglementation (fiscale) : « *oblige les commettants et les entrepreneurs qui font appel à des cocontractants étrangers non enregistrés auprès des autorités dudit État membre à retenir 15 % de la somme due pour les travaux effectués et impose aux mêmes commettants et entrepreneurs une responsabilité solidaire pour les dettes fiscales de tels cocontractants. En effet, l'obligation de retenue et la responsabilité solidaire, même si elles s'appliquent indistinctement en cas de recours à un prestataire non enregistré, que celui-ci soit établi dans l'État membre en cause ou dans un autre État membre, constituent une restriction à la libre prestation des services, dès lors qu'elles sont susceptibles de dissuader les prestataires non enregistrés et non établis dans ledit État membre d'accéder au marché de cet État membre afin d'y fournir des services ou de dissuader les commettants et les entrepreneurs de recourir aux services desdits prestataires. La nécessité de combattre la fraude fiscale ne saurait suffire à justifier l'application de l'obligation de retenue et de la responsabilité solidaire, de manière générale et préventive, à tous les prestataires de services non établis et non enregistrés dans l'État membre en cause, tandis qu'une partie d'entre eux n'est en principe pas redevable des impôts, des précomptes et des taxes dont ces mesures entendent garantir le recouvrement et qu'il existe des moyens moins restrictifs pour garantir le recouvrement des impôts, des précomptes et des taxes dont de tels prestataires peuvent être redevables dans certaines hypothèses* » (reproduction sommaire de l'arrêt).

Par conséquent, l'obligation de retenue et la responsabilité solidaire constituent dès lors une restriction à la libre prestation des services (considérant n° 32 de l'arrêt). L'arrêt de la Cour européenne de Justice entraîne donc que la retenue et la responsabilité solidaire ne peuvent plus avoir de caractère automatique, préventif et général.

Le nouveau mécanisme mis en place par la loi-programme du 27 avril 2007 trouve sa pierre angulaire dans l'obligation pour le commettant ou l'entrepreneur d'effectuer une retenue uniquement en cas d'existence de dettes sociales et/ou fiscales dans le chef de l'entrepreneur ou du sous-traitant cocontractant, la retenue étant limitée au montant de la dette avec un maximum de 50 p.c. du montant dont le commettant ou l'entrepreneur est redevable.

La responsabilité en chaîne a également disparu en vue d'adapter l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 aux conclusions de l'arrêt du 9 novembre 2006 de la Cour de Justice des Communautés européennes. La responsabilité solidaire est seulement maintenue dans le chef du cocontractant de l'entrepreneur ou du sous-traitant lorsque les retenues n'ont pas été effectuées correctement.

Les dettes concernées par la responsabilité solidaire sont les dettes à l'Office national de sécurité sociale, soit les dettes en cotisations et accessoires, mais aussi et c'est une nouveauté, les dettes en qualité de solidairement responsable. De même, les dettes au régime de timbres entrent en considération.

La responsabilité solidaire prévue dans la nouvelle mesure reçoit la même application que celle retenue dans les versions de 1978 et 1998, soit une responsabilité relative à l'ensemble des dettes sociales du cocontractant, tant pour la période antérieure à la conclusion de la convention que pour la période d'exécution de la convention, étant entendu que l'appréciation de l'existence ou non de l'obligation de retenue s'apprécie au moment du paiement de chaque facture à l'aide de la banque de données mise à disposition par l'Office national de sécurité sociale. Celle-ci indiquant simplement si oui ou non le cocontractant en question est soumis à obligation de retenues. Pour rappel, le fait d'opérer correctement les retenues sur facture exonère totalement le commettant ou l'entrepreneur de toute responsabilité solidaire.

L'enregistrement comme entrepreneur sur base volontaire est maintenu et la procédure d'enregistrement et de radiation est optimisée.

Finalement, pour être complet, il faut signaler que les créances de l'Office national de sécurité sociale à charge des employeurs assujettis à la présente loi et des personnes visées à l'article 30bis, se prescrivent par trois ans à partir de la date d'exigibilité des créances visées. Par dérogation à ce qui précède, le délai de prescription est porté à sept ans, si les créances de l'Office précité font suite à des régularisations d'office à la suite de la constatation, dans le chef de l'employeur, de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes[89].

La loi-programme (I) du 29 mars 2012 étend la responsabilité solidaire pour les dettes sociales et fiscales et introduit une responsabilité solidaire pour les dettes salariales.

La deuxième section du Titre 7 – « Lutte contre la fraude » de la loi-programme (I) du 29 mars 2012 (le « Loi-programme ») étend la responsabilité solidaire pour les dettes sociales en modifiant l'article 30bis de la loi du 27 juin 1969 et en insérant un nouvel article 30ter dans cette même loi. L'objectif est d'étendre ce système de responsabilité solidaire à d'autres secteurs sensibles en matière de fraude. L'exposé des motifs évoque notamment le secteur de la viande, l'horeca, les services de gardiennage, les Titres-service, le secteur de la surveillance, ...

89 Modification insérée par la loi-programme du 22 décembre 2008.

L'obligation de retenue est l'obligation pour le donneur d'ordre ou pour l'entrepreneur de retenir et de verser 35% du montant dont il est redevable à l'ONSS lorsqu'il constate dans une base de données disponible en ce sens que le sous-traitant a des dettes sociales. La Loi-programme octroie au Roi le pouvoir d'étendre le champ d'application de ce mécanisme à d'autres secteurs à risques, après avis des commissions paritaires compétentes.

La quatrième section du Titre 7 – « Lutte contre la fraude » de la Loi-programme introduit un mécanisme de responsabilité solidaire salariale (responsabilité en cascade). Ce mécanisme s'inscrit dans la loi du 12 avril 1965 concernant la protection de la rémunération des travailleurs. Les donneurs d'ordre, les entrepreneurs et les sous-traitants sont dorénavant solidairement tenus du paiement de la rémunération des travailleurs lorsque leurs entrepreneurs ou les sous-traitants succédant à ceux-ci manquent gravement à leur obligation de payer dans les délais, à leurs travailleurs, la rémunération à laquelle ceux-ci ont droit. Les secteurs auxquels ce mécanisme s'appliquera devront encore être déterminés par arrêté royal.

Le responsable solidaire qui paie la rémunération d'un travailleur d'un de ses entrepreneurs ou des sous-traitants qui leur succèdent, paie les cotisations de sécurité sociale y afférentes. Le Roi déterminera les modalités selon lesquelles ces cotisations devront être calculées, déclarées et payées.

B. L'article 38, §3octies, de la loi du 29 juin 1981 « établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés »

Depuis le troisième trimestre 2005, l'octroi d'une dispense totale ou partielle des cotisations sociales (ou du versement des cotisations sociales), d'une réduction de cotisations ou d'un régime forfaitaire de cotisations est conditionné à l'obligation, par l'employeur, de ne pas se trouver dans une des huit situations suivantes :

- l'ONSS a dû établir ou rectifier lui-même la déclaration trimestrielle de sécurité sociale (DmfA) ;
- la déclaration immédiate à l'emploi (Dimona) n'a pas été remplie ;
- occupation de travailleurs non ressortissants de l'Espace économique européen (EEE) sans titre de séjour valable ou sans autorisation de travail ;
- commettre l'infraction de traite des êtres humains ;
- occupation d'un travailleur pour lequel aucune cotisation n'a été payée ;
- être l'objet d'une interdiction judiciaire d'exercer une profession directement ou par personne interposée ;
- s'il s'agit d'une personne morale, compter parmi ses responsables, une personne ayant fait l'objet d'une telle interdiction judiciaire ;
- s'il s'agit d'une personne morale, compter parmi ses responsables une personne ayant été impliquée dans au moins deux faillites, liquidations ou opérations similaires.

Si l'employeur se trouve dans une des conditions précitées, il perd le bénéfice de l'avantage qu'il s'est vu octroyer pendant un certain nombre de trimestres.

L'A.R. d'exécution de l'article 38, §3octies est actuellement en cours de discussion.

C. L'article 22quater de la loi du 27 juin 1969 « l'absence de déclatation immédiate de l'emploi (Dimona) »

Ce nouveau dispositif vise à calculer de manière forfaitaire les cotisations dues par les employeurs ayant eu recours à du personnel pour lequel la déclaration immédiate de l'emploi (Dimona) n'a pas été effectuée (travail au noir). L'article 22quater vise donc à instaurer un mode particulier de réparation ou de restitution de nature civile, destiné, dans l'intérêt du financement de la sécurité sociale, à mettre fin à une situation contraire à la loi en obligeant l'employeur à payer une cotisation de solidarité calculée sur une base forfaitaire égale au triple des cotisations de base sur le revenu minimum mensuel moyen garanti et avec un minimum de 2.500 EUR indexé, présumant ainsi que le travailleur pour lequel la déclaration immédiate de l'emploi n'a pas été faite a été employé plus d'une journée. Si l'employeur déclare le travailleur pour plus d'une journée durant ledit trimestre, les cotisations dues pour l'occupation réelle du travailleur viendront en diminution de la cotisation de solidarité de 2.500 EUR, indexée. Il se peut même que l'employeur déclare le travailleur pour une période correspondant à l'entièreté du trimestre avec une rémunération faisant que les cotisations dues seront supérieures au montant de la cotisation de solidarité de sorte que cette dernière ne sera pas due. Une exception cependant à l'application de la cotisation de solidarité de 2.500 EUR, indexée : lorsque les services d'inspection auront constaté le fait que le travailleur contrôlé était dans l'incapacité matérielle d'effectuer des prestations à temps plein.

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 perceptions 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'Office national de la Sécurité sociale (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.

Les cotisations sociales pour le premier trimestre 2012						
Régimes	**Ouvriers**			**Employés**		
	En % de la rémunération brute à 108%			**En % de la rémunération brute à 100%**		
	Travail-leurs	**Em-ployeurs**	**Total**	**Travail-leurs**	**Em-ployeurs**	**Total**
Cotisation globale[90]						
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 de travail		0,30	0,30		0,30	0,30
Maladies professionnelles		1,00	1,00		1,00	1,00
	13,07	**24,77**	**37,84**	**13,07**	**24,77**	**37,84**
Autres cotisations générales						
Vacances annuelles Modération salariale Cotisations spéciales		16,27 7,48	16,27 7,48	7,48	7,48	7,48
Congé-éducation payé		0,05	0,05		0,05	0,05
Accueil des enfants		0,05	0,05		0,05	0,05
Fonds amiante		0,01	0,01		0,01	0,01
Cotisation spéciale accident du travail		0,02	0,02		0,02	0,02
Cotisation chômage						
(10 travailleurs ou plus)		1,60	1,60		1,60	1,60

Les cotisations du tableau 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 37,84%, dont 13,07% sont supportés par le travailleur et 24,77% 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).

90 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.
91 De la cotisation de 16,27% destinée au régime des vacances annuelles des travailleurs manuels, une partie de 10,27 % n'est perçues par l'ONSS qu'une fois par an.

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 base et 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 accueil d'enfants, la cotisation spéciale pour la mise au travail de groupes à risques, etc.

Enfin, il existe aussi des cotisations patronales sur les pensions complémentaires, les prépensions dont il sera question plus loin.

Une cotisation spéciale « accidents du travail » de 0,02 % est instaurée à partir du 1er janvier 2010. Elle est due par les employeurs qui tombent sous l'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail. Contrairement à la cotisation de base « accidents du travail » de 0,30%, elle n'entre pas en ligne de compte pour le calcul des réductions de cotisations de sécurité sociale.

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.

A. La réduction structurelle des cotisations de sécurité sociale

La réduction structurelle vise tous les employeurs du secteur privé et du secteur public à condition que les travailleurs qu'ils emploient soient soumis à l'ensemble des branches de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

La réduction structurelle correspond à un montant forfaitaire par trimestre (de 400 à 471 euros) qui varie selon la rémunération de référence du travailleur, la catégorie à laquelle appartient l'occupation du travailleur et la durée effective de ses prestations.

La réduction est calculée séparément pour chaque travailleur en fonction :
- d'abord de sa rémunération trimestrielle de référence
- ensuite de sa catégorie
- et enfin de ses prestations trimestrielles (temps plein ou temps partiel)

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 une réduction groupe-cible et avec le Maribel social du secteur non marchand.

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

B. Les réductions groupes-cibles

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

1. Travailleurs âgés

Cette réduction groupe-cible s'élève à :
- une réduction trimestrielle qui progresse en fonction de l'âge pour les travailleurs à partir de l'âge de 50 ans et pour autant qu'ils ne dépassent pas un certain salaire trimestriel de référence ;
- une réduction trimestrielle pour les travailleurs à partir de l'âge de 57 ans.

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.

3. Premiers engagements

Cette réduction groupe-cible permet à l'employeur de bénéficier après l'engagement d'un premier, deuxième ou troisième travailleur d'une réduction pendant quelques trimestres.

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.

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).

Une carte de travail atteste que le jeune répond aux conditions pour entrer en ligne de compte pour la réduction groupe-cible (moins qualifié, handicapé, etc.).
Il y a lieu d'entendre par jeune dans le cadre d'une convention de premier emploi, toute personne qui au moment de son entrée en service n'a pas atteint l'âge de 26 ans. La condition en vertu de laquelle le jeune devait être inscrit comme demandeur d'emploi est supprimée à partir du 1er avril 2010.

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.

6. Restructurations

Il s'agit d'une réduction forfaitaire des cotisations patronales pendant plusieurs trimestres au maximum pour le travailleur qui a été engagé après qu'il a été licencié par une entreprise en restructuration.

7. Tuteurs

Un employeur peut bénéficier d'une réduction groupe-cible « tuteurs » pour certains travailleurs qui assurent le suivi de stages ou assument des responsabilités pour des formations dans le cadre d'une formation professionnelle.
Par « suivi de stages » et « responsabilité pour des formations », on entend l'accompagnement pendant au minimum 400 heures par année de 5 personnes au maximum.

8. Formateurs ou accompagnateurs – mesures de crise

Les travailleurs licenciés suite à une restructuration peuvent reprendre le travail comme formateurs ou accompagnateurs en bénéficiant d'une allocation d'expérience (allocation de travail). Ils ouvrent le droit à une réduction groupe-cible « formateur ou accompagnateur ». Cette mesure ne s'applique qu'aux entrées en service effectuées à partir du 1er janvier 2010 et avant le 1er janvier 2012.

C. Les réductions de cotisations spécifiques

1. Réduction des cotisations patronales de sécurité sociale lors de l'engagement de gens de maison (AR n° 483)

L'exonération n'est valable que pour l'engagement d'un seul travailleur qui remplit certaines conditions [chômeurs complets indemnisés, bénéficiaires de l'avantage d'une décision d'octroi du revenu d'intégration (auparavant minimum de moyens d'existence), inscrits dans le registre de la population et bénéficiaires de l'aide sociale mais qui, en raison de leur nationalité, n'ont pas droit au revenu d'intégration]. 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 retraire et de survie ;

- les prestations familiales ;
- les maladies professionnelles ;
- les accidents de travail ;
- la cotisation de modération salariale.

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

2. L'exonération des cotisations de sécurité sociale pour certains jeunes défavorisés (AR n° 499)

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, ils 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 pareils, 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. 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 ; la cotisation de modération salariale

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.

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 2010, 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.

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.

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.

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.
A partir du 1er avril 2005, le Roi peut différencier le bonus à l'emploi selon la catégorie de travailleur. A partir du 1er janvier 2006, les travailleurs du secteur privé bénéficient ainsi d'un bonus à l'emploi plus élevé que les travailleurs contractuels du secteur public.

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

A partir du 1er juillet une nouvelle réduction groupe-cible a été introduite. 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. Parmi les mesures pour limiter l'impact de la crise sur l'emploi, l'application de cette réduction de cotisations personnelles a été temporairement élargie aux travailleurs licenciés pendant la période du 1er juillet 2009 au 31 janvier 2011 suite à une faillite, une fermeture ou une liquidation d'entreprise.

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 agréés auprès desquels les gardiens et les gardiennes d'enfants sont affiliés.

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.

12. Les réductions de cotisations en faveur des entreprises de dragage et de remorquage

Un système de réduction des cotisations patronales de sécurité sociale est applicable 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.

13. L'intervention dans les frais de secrétariat social pour le secteur Horeca

Depuis le 1er avril 2007, une intervention de 10,00 EUR par équivalent temps plein par trimestre est prévue pour l'affiliation auprès d'un secrétariat social pour les employeurs qui relèvent de la commission paritaire de l'Horeca.

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.

Le financement alterntif est constitué pour une partie 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. Le pourcentage des recettes de la TVA est majoré avec un certain nombre de dépenses pour des buts spécifique comme le financement des titres services, du Fonds Amiante, ...

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 mille d'EUR pour le régime des travailleurs salariés. Pour le régime des travailleurs indépendants, il a été réduit de 44.621 mille d'EUR en 2002, de 66.931 mille d'EUR en 2003, de 49.121 mille d'EUR en 2004, de 110.988,8 mille d'EUR en 2005 et de 123.788,8 mille d'EUR en 2006. Il sera réduit de 40.055,5 mille d'EUR pour les années 2007 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.

Le financement alternatif est non seulement prélevé du produit de la TVA et du montant total du produit de l'imposition des avantages liés à l'octroi d'options sur actions, mais aussi du produit du précompte mobilier, des recettes d'accises sur la vente de tabacs manufacturés, des recettes de l'impôt des personnes physiques et de l'impôt des sociétés, des revenus de l'impôt des non-résidents personnes physiques et des non-résidents sociétés et des recettes de la taxe annuelle sur les opérations d'assurance.

Section 5. Autres recettes globalisées

A. 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 imaginé 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.

B. 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%.

C. 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.

D. 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 CO2et du type de carburant.
Par « véhicule », il faut entendre les véhicules appartenant aux catégories M1 et N1 telles que définies dans l'A.R. du 15 mars 1968 portant règlement général sur les conditions techniques auxquelles doivent répondre les véhicules automobiles et leurs remorques, leurs éléments ainsi que les accessoires de sécurité.

Cette cotisation est due par tout employeur qui met à la disposition de certains de ses travailleurs un véhicule qu'ils utilisent à des fins autres que strictement professionnelles. Sont considérés comme utilisation non strictement professionnelle : le déplacement domicile - lieu de travail, tout autre usage privé et le transport collectif des travailleurs.

Il y a une présomption simple que tout véhicule immatriculé au nom de l'employeur ou faisant l'objet d'un contrat de location ou de leasing ou de tout autre contrat d'utilisation de véhicule, est mis à la disposition du travailleur pour un usage autre que strictement professionnel.

L'employeur peut réfuter cette présomption, s'il démontre que :

a) l'usage autre que strictement professionnel est exclusivement le fait d'une personne qui ne ressort pas du champ d'application de la sécurité sociale des travailleurs salariés ;

b) l'usage du véhicule est strictement professionnel.

E. 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 extralégaux 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'ONP (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'ONP.

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.

A. 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) ;
- 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.

B. Les moyens 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 ».

C. 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[92] 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 SPF 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 :

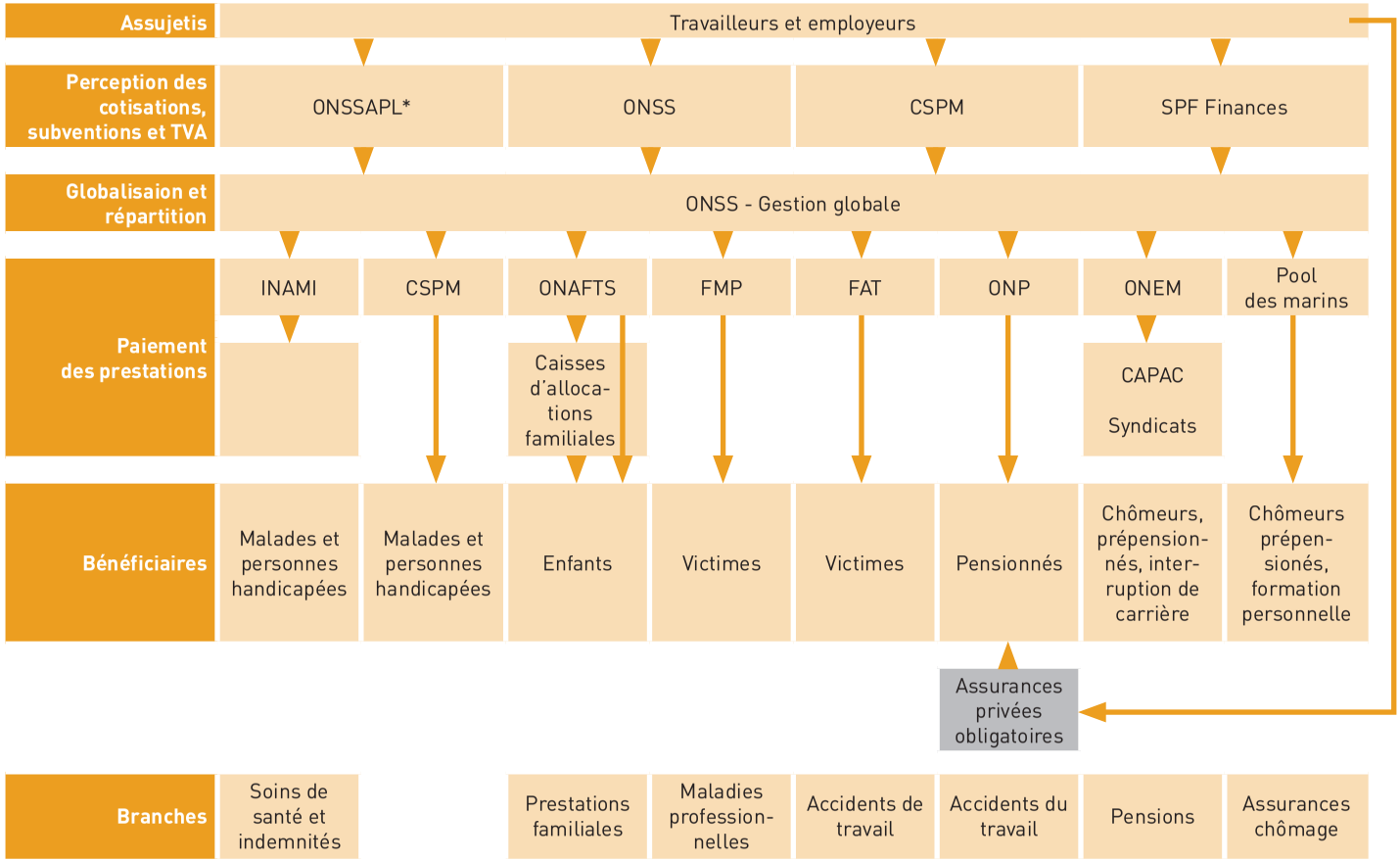
- l'entrée dans le système, qui concerne à la fois les travailleurs et les employeurs ;
- en passant par la perception des cotisations et la répartition des moyens financiers de la sécurité sociale ;
- ensuite, le paiement qui se fait soit directement par l'organisme de gestion de la branche (ex : l'ONP 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 ci-après dans la mesure où cette branche ne fait pas partie de la gestion globale.

92 La présente législature porte le n° 51 et va de 2003 à 2007.

Tableau : La sécurité sociale des travailleurs salariés



* Les travailleurs occupés dans les administrations locales autres que les agents nommés à titre définitif sont soumis aux branches de sécurité sociale suivantes: l'assurance maladie-invalidité (soins de santé et indemnité), les pensions et le chômage.

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, c-à-d. 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 et de la Suisse. 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)[93].
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 agréée d'assurances à primes fixes 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.

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

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.

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[94] 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[95] qui sont des organismes publics. Les autres caisses sont des organismes privés constitués en associations sans but lucratif.

94 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.

95 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.

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)[96] et les maladies professionnelles.

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.

A. Gestion paritaire

La gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale est réglementée par une loi générale[97] 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

96 Les pensions complémentaires des 2ème (assurances-groupes) et 3ème piliers (assurances individuelles) sont versées par des compagnies privées d'assurances.
97 Loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale.

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[98].

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.

B. 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[99] 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[100] 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.

98 Pour une description des organes de gestion de l'INAMI, voir IIe Partie, titre Ier.
99 Voir IIe Partie, titre Ier.
100 Pour la description des missions du Comité de gestion de la sécurité sociale, voir section 2.

C. Le contrôle des institutions publiques de sécurité sociale

1. Le budget et les comptes

Depuis 1997[101], 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[102], 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.

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[103].

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

101 A.R. du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale.

102 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 sécurité sociale.

103 Article 23 de l'A.R. précité du 3 avril 1997.

Section 5. Les inspections sociales

A. L'inspection sociale du SPF Sécurité sociale

(ex-Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement)

La mission de l'Inspection sociale du SPF 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, ONAFTS, ONVA, 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 SPF 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.

B. 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.

C. Collaboration entre les services d'inspection

Un Protocole de collaboration existait depuis 1993 entre les services d'Inspection du SPF – Sécurité sociale, du SPF – Emploi, Travail & Concertation sociale, de l'ONSS, de l'ONEM et aussi d'autres services tels que le service inspection du SPF – 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. Afin de rendre plus opérationnels les instruments mis en place depuis trois ans, une réforme des structures a été initiée en 2006 afin de davantage coordonner la politique et les actions menées sur le terrain. Le COLUTRIL devient le Service de Recherche et d'Information sociale.

Le Conseil fédéral devient un véritable organe de réflexion et d'avis sur la mise en œuvre des lignes directrices dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal.
Le Comité est transformé en un Bureau fédéral qui a pour rôle de devenir un centre d'expertise et de soutien pour les différents services d'inspection.
C'est au sein de ce Bureau qu'est élaboré un plan stratégique suivi d'un plan d'action de la politique de lutte contre la fraude sociale et le travail illégal suivant les décisions prises par le Gouvernement.

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'ONSS, le

service d'inspection de l'ONEM, l'inspection fiscale du SPF Finances, le Parquet du Procureur du Roi et la police fédérale. Afin d'assurer le relais avec les deux autres organes, un coordinateur du Bureau fédéral y est associé.

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 avait institué, initialement auprès du SPF – Emploi, Travail & Concertation sociale, (et par la suite auprès du SPF Justice), une « Commission de Réforme du Droit pénal social ». Cette Commission avait 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 a 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.

Suite au rapport de la Commission, un projet de Code de droit pénal social a été rédigé et soumis au Gouvernement. Après avoir recueilli les avis du Conseil national du Travail ainsi que du Conseil d'Etat, le projet de Code de droit pénal social a été déposé sous forme de projet de loi au Parlement au mois de septembre 2008, pour être discuté au sein de la Commission Justice de la Chambre.

Le code pénal social a été introduit par la loi du 6 juin 2010 (M.B. 1er juillet 2010).

Le Code pénal simplifie le système des amendes et peines qui peuvent être appliquées, apporte une meilleure cohérence dans les sanctions. Les pouvoirs des services d'Inspection y sont renforcés.
Le Code prévoit aussi que la Commission qui est arrivée au bout de sa mission initiale soit transformée en une commission de surveillance afin de veiller au maintien de la cohérence du Code de droit pénal social avec les diverses législations qui peuvent être prises.

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 en faveur des marins, qui assure également le paiement des prestations de l'assurance maladie-invalidité des marins. En 1945, fut créé le Pool des marins de la marine marchande comme organisme spécial d'emploi et de chômage pour les marins occupés dans la marine marchande. Le Pool des marins de la marine marchande était intégré dans la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins en 1er juillet 2009.

Pour être occupé à bord de navires de la marine marchande, il faut être inscrit sur la liste du Pool. Par suite de l'intégration du Pool des marins de la marine marchande dans la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, c'est d'ailleurs maintenant la caisse et plus le Pool qui décide si oui ou non une allocation d'attente peut être payée aux marins sans emploi.

La Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins est gérée 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 du Pool 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[104] et de 435 officiers.

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 sur la liste du Pool 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 sur la liste du Pool 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 (49.773,66 EUR pour l'année 2011) à condition qu'il respecte les garanties d'emploi. Par salaire du marin, il faut entendre le salaire réel, c.-à.-d. les gages standard 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.

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

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 sur la liste du Pool, ils disposent, en matière de chômage, 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, 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 en janvier 2003.

L'existence d'un régime distinct en faveur des ouvriers mineurs a été supprimée le 1er janvier 2003. L'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs est abrogé. 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 à 139) prévoit la suppression par arrêté royal du Fonds national de retraite des ouvriers mineurs. Par l'A.R. 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.

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 évolué, 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 14 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, constituent 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 minimal 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
Finance Tower
Boulevard du Jardin botanique 50, boîte 115
1000 Bruxelles
dg-soc@minsoc.fed.be (adresse service)
http://www.socialsecurity.fgov.be (site thématique)
www.socialsecurity.be (nouveau site portail)
www.minsoc.fgov.be (ancien site portail)
Tel. : (02) 528 63 00
Fax : (02) 528 69 68

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

Office national de sécurité sociale des Administrations provinciales et locales (O.N.S.S.-A.P.L.)
Rue Joseph II, 47
1000 Bruxelles
www.onssapl.fgov.be
Tél. : (02) 239 14 08

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

B. Liste des publications disponibles

1. Au SPF 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) ;
- Revue belge de sécurité sociale (trimestrielle) ;
- Brochure « Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la Sécurité sociale ».

2. À l'ONSS

- Instructions générales à l'usage des employeurs ;
- À propos de l'ONSS, ses valeurs, sa mission, sa déclaration d'identité, son histoire ;
- Rapport annuel ;
- Organisation, sa structure et ses différents services ;
- Estimations rapides de l'emploi salarié (trimestrielle) ;
- Emploi salarié ;
- Répartition des postes de travail par lieu de travail ;
- Occupation d'étudiants ;
- Rémunérations et périodes rémunérées ;
- Périodes assimilées ;
- Cotisations déclarées ;
- Réductions de cotisations ;
- Titres-services ;
- Répartition du nombre de postes par Commission paritaire.

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

- Guide de A à Z ;
- Thèmes : information pratique :
  - Réglementation du travail
  - Contrats de travail
  - Diversité et égalité des chances
  - Détachement
  - Restructuration
  - Concertation sociale
  - Bien-être au travail
  - Emploi
  - Chômage et prépension
- Modules
  - Agréments
  - Outils et bonnes pratiques
  - Projet de recherche
  - Procédures et formulaires

  - Publications
  - Réglementation
- Renseignements généraux relatifs au SPF Emploi
  - www.emploi.belgique.be

4. À 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 zekerheid,
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. et Van Eeckhoutte W.
Codex Sociale Zekerheid,
Brugge, die Keure, annuel.

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

Van Eeckhoutte W.
Memento social 2004-1 – 2,
Mechelen, Wolters Kluwer, 2009, 803 p.

Van Eeckhoutte W.
Sociaal compendium 2004 : Sociaalzekerheidsrecht 2008-2009, met fiscale notities (2 tomes)
Mechelen,Wolters Kluwer, 2008, 828 p.

Van Langendonck J. et Put J.
Handboek Sociale Zekerheid,
Antwerpen-Oxford, intersentia, 920 p.

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. et 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. et 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, n° 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. et Dillemans R.
Onze Sociale Zekerheid. Anders en beter,
Kapellen, Pelckmans, 2009, 159 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.), Ankaert E. Derieuw S., Hannes P., Loosveldt G. et al.
Praktijkboek sociale zekerheid 2005, voor de onderneming en de sociaal adviseur
Mechelen, Wolters Kluwer, 2008, 1076 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.

Simoens D., Put J., Pieters D., Schoukens P. et Van Eeckhoutte W.
Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2001-2006, Wetgeving - Rechtspraak,
Brugge, Die Keure, 2006, 886 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, 60 p.

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. et 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 ans 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[105], il y a lieu de faire la distinction entre les personnes qui sont assujetties aux quatre secteurs (assurance maladie-invalidité, pension, allocation familiale), celles qui sont assujetties au seul secteur de l'assurance (obligatoire) maladie-invalidité, celles qui ne sont assujetties qu'au secteur des pensions, et celles qui sont uniquement assujetties 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[106].
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 présumé constituer l'exercice d'une activité entraînant l'assujettissement au statut social des travailleurs indépendants. Il ressort de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle que cette présomption est réfutable en cas de mandat gratuit. Pour renverser cette présomption, le mandataire doit prouver que ce mandat est gratuit tant en fait qu'en droit. Ladite présomption d'assujettissement reste toutefois irréfragable lorsque le mandataire dirige à partir de l'étranger une société dont le siège se trouve en Belgique.

105 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.
106 Ces revenus sont visés à l'article 23, § ler, 1° et 2° ainsi qu'à l'article 30, 2° du Code des impôts.

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 Communauté, d'une Région, 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 Communauté, d'une Région, 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 : 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 20ème 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 (ou est lié au travailleur indépendant par une déclaration de cohabitation légale) ;
- n'ouvre pas de droits propres en matière de sécurité sociale, au moins égaux à ceux des travailleurs indépendants ;
- 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 (c'est ce que l'on appelle 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 conservent la possibilité de rester assujettis au seul « mini-statut » au-delà du 1er juillet 2005

Remarque :

- 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. Ce document doit également être complété au cas où l'aide serait fournie de manière tout à fait occasionnelle.

C. Travailleurs indépendants à titre complémentaire

1. Définition

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[107].

107 AR du 19 décembre 1967, art. 35, A.R. 28 décembre 1967.

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[108]

Les travailleurs indépendants pouvant prétendre à des droits au moins équivalents à ceux que garantit le statut social[109] des travailleurs indépendants, de même que les étudiants[110] 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 indépendants à titre complémentaire.

Section 2. Personnes assujetties au seul secteur des indemnités de l'assurance maladie-invalidité

(voir ci-dessus, sous Section 1, B, 3 : « Mini-statut »)

108 A.R. du 19 décembre 1967, op. cit., art.37, §1er, a, b et c.
109 A.R. du 19 décembre 1967, op. cit., art.37, §1er, a, b et c.
110 Dans les régimes de pension et d'allocations familiales et dans le secteur des soins de santé.

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 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 »[111].

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 au travailleur indépendant qui en fait la demande et qui paie la cotisation prévue de valider pour sa pension les périodes d'études et d'apprentissage[112].

111 Il 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.

112 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.

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[113].

Section 1. Affiliation à une caisse d'assurances sociales

Le travailleur indépendant est tenu de choisir une Caisse d'assurances sociales au plus tard le jour du début de son activité. En cas de non-respect de cette obligation, il encourt une amende administrative de 500 à 2.000 euros par infraction constatée. 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.

113 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.

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.
Ainsi, les cotisations pour 2012 sont calculées sur la base des revenus professionnels de l'année 2009 et celles de 2013 le seront sur la base des revenus professionnels de l'année 2010.
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.

Veuillez noter que la qualification fiscale des revenus qui résultent de droits d'auteur et de droits voisins a été modifiée dans certains cas à partir du 1er janvier 2008. Les revenus qui résultent de la cession ou de la concession de droits d'auteur ou de droits voisins conservent leur qualité de revenus mobiliers dans la mesure où ils n'excèdent pas 37.500 euro (montant avant indexation – année de revenu 2012 : 54.890,00 euro).

Si un travailleur indépendant perçoit de tels revenus, cela aura une incidence sur le montant des cotisations sociales, vu que dans ce cas, ces revenus ne pourront plus être considérés comme des revenus professionnels.

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.

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 2012

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 sont assujettis au « maxi-statut » appartiennent également à cette catégorie.
Ce groupe est redevable de cotisations d'un montant annuel établi comme suit :
- 22% sur la tranche de revenus qui n'excède pas 54.398,06 EUR.
  Ces cotisations sont dues sur un revenu minimal de 12.597,43 EUR (toutefois, ce revenu plancher a été fixé à 5.534,05 pour les conjoints aidants assujettis au maxi-statut).
- 14,16% sur la tranche des revenus compris entre 52.378,55 EUR et 80.165,52 EUR.
  La cotisation trimestrielle minimale est de 667,14 EUR et la cotisation maximale s'élève à 3.759,12 EUR.

En ce qui concerne les personnes assimilées aux indépendants à titre complémentaire :
- revenus professionnels nets de 2009 inférieurs à 6.599,05 EUR : régime normal ou régime de l'activité complémentaire à leur demande ;
- revenus professionnels nets de 2009 égaux ou supérieurs à 6.599,05 EUR : un régime normal, mais la cotisation est établie sur le plancher de 12.597,43 EUR même si le revenu de référence lui est inférieur.

Début d'activité :

La cotisation provisoire est calculée :
- sur un revenu de 12.597,43 EUR (au taux de 20,50%) pour la première année civile comportant 4 trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents, soit une cotisation trimestrielle de 645,62 EUR ;

- sur un revenu de 12.597,43 EUR (au taux de 21%) pour les trimestres de la deuxième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 661,37 EUR ;
- sur un revenu de 12.597,43 EUR (au taux de 21,50%) pour les trimestres de la troisième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 677,11 EUR ;
- sur un revenu de 5.534,05 EUR (au taux de 20,50%, 21%, 21,50%) pour les trois premières années civiles comportant quatre trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents .si le conjoint aidant est assujetti au « maxi-statut ».

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

Si les revenus professionnels nets de 2009 sont inférieurs à 1.393,70 EUR, il n'y a aucune cotisation due.

Pour les revenus professionnels nets de 2009 égaux ou supérieurs à 1.393,70 EUR : voir les cotisations dues par les assujettis à titre principal. En ce qui concerne les revenus professionnels nets compris entre 1.393,70 EUR et 12.597,43 EUR, aucune cotisation minimale n'est due comme c'est le cas pour les travailleurs indépendants à titre principal ; seuls les taux appliqués aux travailleurs indépendants à titre principal seront appliqués.

La cotisation trimestrielle minimale est de 76,65 EUR, tandis que la cotisation maximale se monte à 3.904,06 EUR.

Début d'activité :

La cotisation provisoire est calculée :

- sur un revenu de 1.393,70 EUR (au taux de 20,50%) pour la première année civile comportant 4 trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents, soit une cotisation trimestrielle de 71,43 EUR ;
- sur un revenu de 1.393,70 EUR (au taux de 21%) pour les trimestres de la deuxième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 73,17 EUR ;
- sur un revenu de 1.393,70 EUR (au taux de 21,50%) pour les trimestres de la troisième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 74,91 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 professionnelle autre qu'un travail autorisé.

La pension est entièrement liquidée si les revenus acquis en 2012 en qualité de travailleur indépendant ne dépassent pas 17.149,19 EUR (sans enfant à charge), 20.859,98 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 13.824,00 EUR (sans enfant à charge), 17.280,00 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 5.937,26 EUR (sans enfant à charge) ou 8.905,89 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 2009 n'atteignent pas 2.787,40 EUR : les intéressés n'ont aucune cotisation à payer.
- Si les revenus professionnels nets de 2009 atteignent au moins 2.787,40 EUR : les intéressés sont redevables d'une cotisation de 14,70% sur le revenu.

La cotisation trimestrielle minimale est de 102,44 EUR et la cotisation maximale s'élève à 766,61 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 102,44 EUR, soit 14,70% de 2.787,40 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 2009 n'atteignent pas 2.787,40 EUR : les intéressés n'ont aucune .cotisation à payer ;

- Si les revenus professionnels nets de 2009 atteignent au moins 2.787,40 EUR : les intéressés sont redevables des cotisations suivantes :
  - 22% sur la tranche de revenus compris entre 2.787,40 EUR et 54.398,06 EUR ;
  - 14,16% sur la tranche de revenus compris entre 54.398,06 EUR et 80.165,52 EUR.

La cotisation trimestrielle minimale est de 153,31 EUR et la cotisation maximale s'élève à 3.904,06 EUR.

La cotisation provisoire est calculée :
- sur un revenu de 2.787,40 EUR (au taux de 20,50%) pour la première année civile comportant 4 trimestres d'assujettissement et pour les trimestres précédents, soit une cotisation trimestrielle de 142,85 EUR ;
- sur un revenu de 2.787,40 EUR (au taux de 21%) pour les trimestres de la deuxième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 146,34 EUR ;
- sur un revenu de 2.787,40 EUR (au taux de 21,50%) pour les trimestres de la troisième année civile complète d'assujettissement, soit une cotisation trimestrielle de 149,82 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 compris entre le revenu plancher fixé à 12.597,43 EUR et 52.378,55 EUR.
- 0,51% sur la tranche de revenus de l'indépendant aidé compris entre 54.398,06 EUR et 80.165,52 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 3,05% et 4,30% 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)

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 54.398,06 EUR.
  Ces cotisations sont dues sur un revenu minimal de 12.597,43 EUR (plancher) ;
- 7,57% sur la tranche de revenus compris entre 54.398,06 EUR et 80.165,52 EUR.

Pour le secteur de l'assurance-maladie :
- 7,66% sur la tranche de revenus qui n'excède pas 54.398,06 EUR.
  Ces cotisations sont dues sur un revenu minimal de 12.597,43 EUR (plancher) ;
- 4,94% sur la tranche de revenus compris entre 54.398,06 EUR et 80.165,52 EUR.

La cotisation trimestrielle minimale est de 432,14 EUR pour le secteur pension et de 250,77 EUR pour l'assurance contre la maladie.
La cotisation maximale s'élève respectivement à 2.172,21 EUR et 1.277,22 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 : 102,65 EUR ;
- pour les périodes d'études comprises entre le 1er juillet 1970 et le 31 décembre 1974 : 171,08 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 54.398,06 EUR, ainsi que 53% de la cotisation due par cet indépendant sur la partie du revenu de référence qui excède 54.398,06 EUR.

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

Les membres des communautés religieuses. Les cotisations trimestrielles pour ces personnes sont fixées à 85,22 EUR. Ce montant est ramené à 24,37 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-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-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[114]

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. Les travailleurs indépendants qui demandent une dispense de cotisations doivent prouver leur état de besoin ou leur situation voisine de l'état de besoin Pour apprécier leur état de besoin, la Commission tient compte des ressources et charges des personnes qui font partie de leur ménage, à l'exception des personnes pour lesquelles la preuve est apportée qu'elles sont étrangères à l'activité indépendante des travailleurs indépendants concernés et qu'elles sont en outre dénudées d'obligation légale de secours et d'aliments à l'égard de ce derniers.

114 Le contrôle de ces caisses est exercé par la Direction-générale Indépendants du Service public fédéral Sécurité sociale.

Adresse de cette Commission : SPF Sécurité sociale – Centre Administratif Botanique, Boulevard du Jardin Botanique, 50 bte 121 – 1000 Bruxelles. Seuls 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 :
- 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'État.

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 des décrets et des dispositions réglementaires promulguées par l'autorité régionale. 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'ONSSAPL et l'Administration des pensions du Ministère des Finances (actuellement Service des pensions du secteur public).

Les mêmes tâches relatives au régime commun des pensions des administrations locales né au 1er janvier 1987 (pool 1) ont également été confiées à L'Office dans le cadre du régime de pension des nouveaux affiliés à l'Office (= pool 2) créé au 1er janvier 1994, organisé par la loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales, ainsi que dans le cadre du Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL qui a remplacé, à partir du 1er janvier 2012, le régime commun des pensions des administrations locales et celui des nouveaux affiliés à l'Office.
Dans le cadre du Fonds de pension de la police intégrée (pool 5) qui fut créé par la loi du 6 mai 2002, l'Office national a été chargé de la perception et de la récupération des cotisations de pensions dues à ce fonds pour les membres du personnel des corps de la police locale.

La loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales a crée au 1er janvier 2012 le Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL auquel toutes les administrations locales sont irrévocablement et de plein droit affiliées, à l'exception de celles qui, avant le 1er janvier 2012, assuraient déjà, directement ou par l'intermédiaire d'une institution de prévoyance, le paiement de la pension de leur personnel (= pools 3 et 4) ainsi que de celles qui ont refusé l'affiliation au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL.

L'Office est chargé de la gestion du financement et du régime de pension solidarisé de l'ONSSAPL par la fixation du taux de cotisation de pension applicable pour ce régime, ainsi que de la perception et du recouvrement de ces cotisations.
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 par les administrations provinciales et locales dans la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale (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'ONSSAPL 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 de pension pour le Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL ;
- le paiement de certaines primes.

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

Créé en 1972, ce service 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'ONSSAPL.

A. Administrations provinciales et locales affiliées à l'ONSSAPL

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 :

1° les communes ;
2° les établissements publics qui dépendent des communes ;
3° les associations de communes ;
4° les agglomérations et les fédérations de communes ;

5° les établissements publics qui dépendent des agglomérations et des fédérations de communes ;
6° les provinces ;
7° les établissements publics qui dépendent des provinces ;
8° la Commission communautaire flamande et la Commission communautaire française ;
9° 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 ;
10° 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 ;
11° les associations de plusieurs organismes susmentionnés ;
12° 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 et les régies communales autonomes.

Quant à l'article 32, 3°, qui vise les associations de communes, il regroupe les inter-communales 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 livre V de la première partie du Code wallon de la Démocratie locale et de la Décentralisation 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 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 dont il est question à l'article 32, 9°, on vise par là le Conseil Economique et Social de la Région Wallonne (CESRW), la Société de Développement Régional de Bruxelles (SDRB) et le Conseil Economique et Social de Flandre (CESF). 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'ONSSAPL

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 géneris », 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 pompiers volontaires, des accueillantes d'enfants et 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'ONSSAPL 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 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'ONSSAPL 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'ONSSAPL 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 ;
- 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 ;
- la cotisation de 0,01% destinée au financement des indemnisations accordées aux victimes de l'amiante et à leurs ayants droit, dont le produit est destiné au Fonds amiante institué auprès du FMP.
- La cotisation de pension de base et la cotisation de responsabilisation éventuelle dues pour le Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL créé au 1er janvier 2012 sur base de la loi du 24 octobre 2011.

A partir du 1er janvier 2012, tous les régimes de pension existants pourles pouvoirs locaux (dénommés « pools) sont regroupés dans un « fonds de pension solidarisé ». Toutes les administrations locales des pools 1,2,3 et 4 ainsi que les zones de police locale du pool 5 sont, à partir de cette date, affiliées de plein droit au fonds de pension solidarisé. Seules les administrations des pools 3 et 4 purent refuser de s'y affilier : elles durent transmettre leur refus par lettre recommandée au ministre des pensions pour le 15 décembre 2011. Les administrations locales qui refusèrent de s' y affilier au 1er janvier 2012 peuvent toujours y adhérer ultérieurement.

Les administrations locales affiliées au fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL sont redevables, en plus de la cotisation personnelle de 7,5 %, d'une cotisation patronale, lesquelles sont dénommées ensemble « la cotisation de pension de base ». Celle-ci est calculée sur les rémunérations barémiques ainsi que sur les autres éléments de rémunération dont il est tenu compte pour le calcul de la pension.
Pour 2012,la cotisation de pension de base s'élève, après déduction d'une réduction opérée grâce à l'utilisation de ses réserves par l'ONSSAPL, à 32,5 % pour les administrations de l'ex-pool 1, à 40,5 % pour les administrations de l'ex pool 2, à 33 ou 40,5 % pour celles des ex pools 3 et 4 et à 29 % pour les zones de police locale.
Une nouveauté importante réside dans l'introduction d'une cotisation de responsabilisation. Les administrations locales dont les charges de pension individuelles sont plus élevées que le produit des cotisations de base payées doivent verser une cotisation de responsabilisation. Cette cotisation de responsabilisation est égale à un pourcentage de la différence entre, d'une part les charges de pension individuelles d'une administration déterminée, et d'autre part les cotisations de base versées. Ce pourcentage est dénommé coefficient de responsabilisation. L'ONSSAPL fixe chaque année ce coefficient de responsabilisation pour l'année précédente.

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, 19 bis, 19ter et 19quater de l'A.R. du 28 novembre 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'ONSSAPL 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'ONSSAPL 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 est augmentée de 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 ;
- la cotisation de 0,01% destinée au financement des indemnisations accordées aux victimes de l'amiante et à leurs ayants droit, dont le produit est destiné au Fonds amiante institué auprès du FMP.

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 modifie certaines dispositions de l'A.R. n° 474 et intègre le régime des contractuels subventionnés ainsi qu'une série d'autres mesures en faveur de l'emploi dans un système global dénommé APE.

Parmi les affiliés à l'ONSSAPL, les pouvoirs visés sont :
- les communes ;
- les régies communales autonomes dans la Région wallonne et la Région flamande ;
- les associations de communes, sauf celles à finalité économique ;
- les centres publics d'aide sociale ;
- les associations de CPAS et les centres intercommunaux d'aide sociale ;
- les provinces et associations de provinces, sauf celles à finalité économique ;
- les zones de police locale ;
- les régies provinciales autonomes dans la Région flamande.

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, de la cotisation de 0,05% pour le FESC et de celle de 0,01% pour le Fonds amiante.

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

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 et la cotisation de 0,01% pour le Fonds amiante.

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

Les employeurs affiliés à l'ONSSAPL 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.

En ce qui concerne les personnes occupées dans le cadre du plan activa, les cotisations patronales de sécurité sociale à concurrence d'une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale sont accordées sous la forme d'une réduction groupe cible dont le montant et la période d'octroi diffèrent selon l'âge et la durée de chômage du travailleur recruté.

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 des cotisations de sécurité sociale sous la forme d'une réduction groupe cible pendant un certain 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 :
- la semaine de 4 jours ;
- le travail à mi-temps à partir de 55 ans.

La loi du 19 juillet 2012 prévoit, pour les contractuels engagés en remplacement de membres du personnel faisant usage de la semaine de quatre jours, une exonération de certaines cotisations patronales de sécurité sociale.

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 intégralement consacrés à la politique de mise au travail du CPAS, en ce compris la formation socioprofessionnelle.

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 s'élève à maximum 387,83 EUR par travailleur et par trimestre.

Les réductions de cotisations patronales ne sont pas directement accordées aux employeurs mais sont affectées au Fonds Maribel Social instauré au sein de l'ONSSAPL par la loi-programme du 27 décembre 2005, fonds qui est compétent pour tous les employeurs du secteur public auxquels le Maribel social est d'application, en ce compris les employeurs affiliés à l'ONSS. Ce nouveau fonds remplace le Fonds sectoriel ONSSAPL qui est ainsi abrogé à dater du 1er janvier 2006 et qui était lui uniquement compétent pour les administrations provinciales et locales affiliées à l'Office.

Le Fonds Maribel Social accorde aux employeurs des interventions financières qui doivent être intégralement consacrées à la création d'emplois complémentaires dans le secteur non marchand.

g) Les programmes de transition professionnelle

L'A.R. du 09 juin 1997 d'exécution de l'article 7 § 1er, alinéa 3, m, de l'A.R. du 28 décembre 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, d'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 mars 1997 entre l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions relatif aux programmes de transition professionnelle.

h) Bonus à l'emploi

Les travailleurs des administrations locales et provinciales ayant un bas salaire peuvent bénéficier depuis le 1 juillet 2000 d'une réduction des cotisations personnelles de sécurité sociale sous la forme d'un bonus à l'emploi, si leur rémunération mensuelle (le cas échéant, convertie en une rémunération pour prestations à temps plein) ne dépasse pas le montant fixé par la loi du 20 décembre 1999 octroyant un bonus à l'emploi. Le montant du bonus à l'emploi s'élève à maximum 175 EUR sur base mensuelle pour les travailleurs dont le salaire mensuel à temps plein ne dépasse pas celui du revenu mensuel minimum garanti.

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 des cotisations patronales de sécurité sociale sous la forme d'une réduction groupe-cible.

Sur base de l'A.R. du 21 septembre 2004, le champ d'application du régime sine a été 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'ONSSAPL 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'ONSSAPL 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 serait 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.

Cette majoration et ces intérêts de retard doivent être versés pour le 5 du mois qui suit la date de l'envoi de la lettre de recouvrement.

3.5. Renonciation à l'application des sanctions

L'ONSSAPL peut, aux conditions fixées par son Comité de gestion et approuvées par le Ministre de l'Intérieur et le Ministre des Affaires Sociales, renoncer entièrement à l'application des majorations de cotisations et/ou des intérêts de retard lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- les cotisations ont été payées avant la fin du trimestre qui suit celui auquel elles se rapportent ;
- l'administration a effectué dans les délais les payements des cotisations au cours des 12 mois qui précèdent ;
- le non-paiement dans les délais fixés n'a pas porté préjudice au financement régulier, tant du régime de la sécurité sociale que de celui des allocations famililales.

L'ONSSAPL peut également renoncer entièrement à l'application de la sanction si l'administration démontre qu'il lui était impossible de respecter ses obligations endéans les délais impartis, en raison d'un cas de force majeure dûment prouvé.

L'ONSSAPL peut, aux conditions fixées par son Comité de gestion et approuvées par le Ministre de l'Intérieur et le Ministre des Affaires sociales, renoncer partiellement à l'application des majorations de cotisations et/ou des intérêts de retard lorsque les conditions suivantes sont remplies simultanément :

- Le montant dû est versé endéans les 30 jours suivants la date d'échéance mentionnée sur la facture.
- L'administration a:
  - soit prouvé que le non-paiement endéans les délais requis est dû à des circonstances exceptionnelles. Le montant des majorations est alors réduit à concurrence de 50%, maximum, tandis que les intérêts de retard restent de 25% maximum ;
  - soit introduit une autorisation de prélèvement automatique mensuel, alors que, jusque là, elle ne tombait pas sous le régime du prélèvement automatique, et ne change pas de régime durant 12 mois. La majoration de cotisations est alors réduite à concurrence de 50% maximum, tandis que les intérêts de retard sont réduits de 25% maximum.
- Le non-paiement endéans les délais requis n'a porté préjudice ni au financement régulier du régime de la sécurité sociale, ni à celui des allocations familiales.

3.6. Le prélèvement d'office

L'Office est autorisé à prélever d'office auprès de la banque Dexia, de la banque PNB-Paribas, 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 10ème 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 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 sociale, 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'ONSSAPL 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 extralégaux 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 de société (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'ONSSAPL, 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 ;
- 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 ;
- la cotisation de 0,01% pour le Fonds amiante institué auprès du FMP ;
- 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) ;
- la retenue de 13,07% perçue sur le pécule de vacances accordé aux bourgmestres, échevins et présidents de CPAS, bénéficiant ou non du statut social supplétif du mandataire local, qui est destinée au Service des pensions du secteur public.

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. Pouvaient 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 Suisse (depuis le 1er juin 2002).

Depuis le 1er janvier 2009, la participation à ce régime est limitée aux ressortissants d'un État membre de l'Espace économique européen et de la Suisse ainsi qu'aux ressortissants d'autres pays, employés par l'État belge, les Communautés et les Régions ou employés par une entreprise dont le siège social est établi en Belgique. Les ressortissants d'autres pays qui, au 31 décembre 2008, participaient aux assurances citées et qui ne satisfont pas à la condition prévue au premier alinéa, peuvent poursuivre cette participation jusqu'à ce qu'ils y mettent fin.

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 survie, de divorcé(e), rentes et allocations d'orphelins ;
   - pécules de vacances ;
   - allocations complémentaires ;
   - valorisation des périodes de maladie et d'invalidité ;
   - valorisation des années d'études ;
   - valorisation du service militaire ;
   - 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. Le remboursement des frais de soins de santé est effectué conformément au tarif de l'INAMI. Cela signifie un remboursement identique à celui d'une mutualité belge ;
- allocations pour frais funéraires.

c) assurance différée soins de santé
Les personnes qui ont participé pendant 16 ans au régime peuvent demander l'ouverture du droit au remboursement des frais de soins de santé pour autant qu'elles ne puissent pas prétendre à des avantages de même nature en application d'autres dispositions contractuelles ou réglementaires, belges ou étrangères, ou d'un accord de réciprocité.

Pour les non-ressortissants de l'Espace économique européen ou de la Suisse, il existe une condition supplémentaire : ils doivent résider en Belgique.

Le remboursement des frais de soins de santé est effectué conformément au tarif de l'INAMI. Cela signifie un remboursement identique à celui d'une mutualité belge.

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.

Depuis le 1er janvier 2009, la possibilité de s'affilier au régime de la sécurité sociale d'outre-mer est limitée aux ressortissants d'un État membre de l'Espace économique européen et de la Suisse ainsi qu'aux ressortissants d'autres pays, employés par l'État belge, les Communautés et les Régions ou employés par une entreprise dont le siège social est établi en Belgique. Les ressortissants d'autres pays qui, au 31 décembre 2008, participent aux assurances citées et qui ne satisfont pas à la condition prévue au premier alinéa, peuvent poursuivre cette participation jusqu'à ce qu'ils y mettent fin.

Sont aussi bien visés les travailleurs salariés, les travailleurs non salariés que les fonctionnaires et les agents des services publics.
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 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 2012, ils s'élèvent respectivement à 239,92 EUR et à 959,82 EUR.

Section 1. Régime général

Le régime général couvre 3 branches d'assurance.

A. Vieillesse et décès

Le régime repose essentiellement sur les principes de la capitalisation individuelle. Aucune condition minimale relative à la durée de participation à l'assurance n'est requise pour pouvoir bénéficier d'une pension. Le montant de la pension de retraite découle du nombre et du montant des cotisations versées, de l'âge auquel celles-ci sont versées et de l'âge de prise de cours de la pension.

L'âge de prise de cours de la pension est fixé à 65 ans, tant pour les hommes que pour les femmes, et ce, peu importe la durée de l'assurance.

La pension est due au plus tôt à partir de 65 ans et en aucun cas avant la date de la demande. Chaque assuré a la possibilité de prendre sa pension à partir de 60 ans moyennant une diminution actuarielle du montant de celle-ci.

Les personnes qui comptent douze ans ou plus de participation à l'assurance au 31 décembre 2006 peuvent prendre leur pension avant l'âge de 60 ans, le montant de celle-ci est alors diminué.

L'âge maximal auquel la rente acquise est calculée est 65 ans, à moins que des cotisations continuent à être versées de façon ininterrompue après cet âge.

En cas de décès, une pension de survie et/ou une rente d'orphelin est/sont, le cas échéant, attribuée(s) sur la base de la pension de retraite versée ou théorique.

Une pension est également prévue pour le conjoint divorcé.

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 le conjoint survivant et les orphelins.

C. Assurance différée soins de santé

Les personnes qui ont participé pendant 16 ans au régime peuvent demander l'ouverture du droit au remboursement des frais de soins de santé pour autant qu'elles ne puissent pas prétendre à des avantages de même nature en application d'autres dispositions contractuelles ou réglementaires, belges ou étrangères, ou d'un accord de réciprocité.

Pour les non-ressortissants de l'Espace économique européen ou de la Suisse, il existe une condition supplémentaire : ils doivent résider en Belgique.

Le remboursement des frais de soins de santé est effectué conformément au tarif de l'INAMI. Cela signifie un remboursement identique à celui d'une mutualité belge.

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 qui doit alors couvrir tout le personnel participant au régime général.

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. Deux formules 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 dans la mesure où l'INAMI prévoit un remboursement.

Sous certaines conditions, il sera éventuellement possible d'obtenir le remboursement supérieur pour les frais de soins de santé exposés en Belgique. Un stage de six mois est parfois requis.

B. Accidents du travail

Les accidents du travail sont régis par les conditions du contrat. 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 ».
Toutefois certains risques sont exclus et d'autres nécessitent l'accord préalable et formel de l'Office.
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 sous certaines conditions, 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.
Toutefois, certains risques sont exclus et d'autres nécessitent l'accord préalable et formel de l'Office.

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. ou de la Suisse) 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 », l'assuré bénéficie auprès de sa mutuelle d'une dispense de stage pour le remboursement des frais de soins de santé s'il a été couvert par le contrat complémentaire « soins de santé » durant les 6 mois précédant son affiliation auprès de la mutuelle belge. Dans certains cas, cette dernière peut accorder une dérogation.

Titre V.
Les services communs aux différents régimes

Section 1. La Banque Carrefour de la sécurité sociale comme moteur de l'e-government du secteur social

A. Introduction

Depuis plusieurs années, l'e-government se développe. Cette dynamique a été lancée dans le secteur social belge, voici un peu plus de 20 ans déjà, par la création de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (BCSS) en tant que nouvelle institution de sécurité sociale. Aujourd'hui, aussi bien l'offre de services par les pouvoirs publics aux citoyens, aux entreprises et aux professionnels du secteur social que la simplification des formalités administratives prennent de l'ampleur.

La BCSS tente sans relâche de réformer les processus et les relations entre les acteurs du secteur social ainsi que d'améliorer les processus et les relations entre ces acteurs et les citoyens et les entreprises 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 protection sociale, une optimisation de l'offre de services aux citoyens et aux entreprises et une réduction maximale des charges administratives. Le choix s'est porté sur une approche holistique combinant une coordination et une réorganisation des processus et systèmes de traitement des informations des différents acteurs du secteur social (ce qu'on appelle le « back office ») avec le développement d'une offre de services électroniques intégrée, orientée utilisateur, via l'Internet, aux citoyens et entreprises (ce qu'on appelle le « front office »).

Les résultats de la collaboration à ce niveau entre les quelque 3.000 acteurs du secteur social sont bien là. Ces dernières années, l'approche de l'e-government dans le secteur social belge est souvent mise à l'honneur, entre autres par les Nations Unies et la Commission européenne.

Le présent texte donne successivement un aperçu de la mission et de la stratégie de la BCS, des principes de base qu'elle met en oeuvre en vue du traitement de l'information en tant que moyen de production stratégique et des principales réalisations. Les avantages qui en résultent pour les citoyens, les professionnels du secteur social et pour les entreprises ainsi que les défis du futur sont également abordés.

Cet article constitue forcément un état de la situation à un moment donné. La BCS dispose par ailleurs d'un site web actualisé qui peut être consulté à l'adresse suivante : http://www.ksz-bcss.fgov.be. Sur ce site, les personnes ou entreprises intéressées peuvent aussi s'abonner gratuitement à une lettre d'information électronique et consulter les 12 dernières éditions.

B. La mission et la stratégie

La BCSS 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 convienne 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 peuvent 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 BCS 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 œuvre, transmettre cette vision et cette stratégie et encourager et suivre 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 et suivre 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 dans le secteur social, y compris les normes, les standards et l'architecture de base nécessaires à une utilisation efficace des technologies de l'information et de la communication ;
- élaborer et coordonner l'exécution des programmes, projets et services réseau qui dépassent les acteurs individuels en vue de la mise en œuvre et de l'appui de la vision et de la stratégie en matière d'e-government et de sécurité de l'information dans le secteur social, coordonner l'exécution de ces programmes, projets et services réseau et accompagner les acteurs du secteur social lors de l'exécution des programmes, projets et services réseau ;

- gérer la collaboration en matière d'e-government et de sécurité de l'information avec les instances extérieures au secteur social belge ;
- 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 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 en vue du calcul et du recouvrement des cotisations, de la fixation et de l'octroi des allocations et d'une évaluation de la politique sociale et de corrections permanentes à cette politique 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 définis pour cinq aspects différents. Tous les acteurs du secteur social sont encouragés à respecter ces principes.

1. Modélisation des informations

Les informations sont modélisées de manière à refléter le plus fidèlement possible le monde réel, ce qui implique que la définition des éléments d'information, de leurs caractéristiques et de leurs relations réciproques est basée sur une abstraction de la réalité et non sur des concepts légaux. Cette définition sur la base d'une abstraction de la réalité permet, en outre, d'éviter de devoir modifier le modèle d'information suite à des changements dans la législation.

La modélisation des informations tient, dans toute la mesure du possible, compte des besoins d'utilisation prévisibles. Ceci suppose une compréhension suffisante du fonctionnement des différents acteurs du secteur social, qui est 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 est 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 en vue de la réalisation des différentes finalités ; sans quoi, la réutilisation de ces données deviendrait 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 sur l'objet et à des langages de modélisation tels que l'UML.

2. Collecte unique et réutilisation des informations

Les acteurs du secteur social ne peuvent collecter les informations que pour des finalités bien déterminées et dans la mesure où cette collecte est proportionnelle à ces finalités.

Les acteurs du secteur social ne collectent les informations qu'une seule fois, le plus près possible de la source authentique. Les différents acteurs ne demandent pas, à plusieurs reprises, les mêmes informations aux citoyens ou aux entreprises. Ils ne demandent pas non plus des informations à une source autre que celle où ces informations ont été créées pour la première fois. Il n'incombe, par exemple, pas à un employeur de déterminer si un accident survenu sur le lieu du travail peut être qualifié d'accident du travail sur le plan juridique puisque cette qualification relève de la responsabilité de l'assureur accidents du travail. Les informations permettant de déterminer si un accident survenu sur le lieu du travail est ou non un accident du travail, doivent donc être demandées à l'assureur accidents du travail et non à l'employeur.

Le fournisseur des informations peut lui-même choisir le canal par lequel il communique les informations aux acteurs du secteur social. Toutefois, l'utilisation de canaux électroniques offrant des services de base uniformes (single sign-on, accusé de réception par fichier, notification par message, ...) est à privilégier.

Les acteurs du secteur social collectent les informations sur la base du modèle d'information et de directives administratives uniformes. Étant donné que le modèle d'information commun constitue le reflet du monde réel, des informations sont demandées concernant les faits et le fournisseur d'informations est déchargé de la qualification juridique de ces faits en fonction d'une législation déterminée. Cette qualification relève en effet de la responsabilité de l'acteur concerné du secteur social. 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 des informations à communiquer.

Dès que ces informations arrivent chez un acteur du secteur social, elles sont validées une seule fois, selon une répartition fixe des tâches, par l'acteur du secteur social ou par le service public le plus compétent ou dont l'intérêt pour valider ces informations est le plus grand.

Ce n'est qu'après leur validation que ces informations sont partagées avec des utilisateurs autorisés et réutilisées par ces derniers. Dans le cas contraire, des informations erronées risquent d'être diffusées et il est fort probable que les fournisseurs

d'informations soient contactés par différents acteurs du secteur social leur demandant de corriger ces mêmes informations inexactes.

3. Gestion des informations

Les informations, sous toutes leurs formes (p. ex. orales, imprimées, électroniques, visuelles, ...), sont gérées de manière efficace tout au long de leur cycle de vie.

Une répartition fonctionnelle des tâches est fixée afin de déterminer quel acteur du secteur social ou quel service public se charge d'enregistrer, de gérer et de mettre à la disposition de tous les utilisateurs autorisés quelles informations sous forme authentique. Ainsi, au sein du secteur social ou des pouvoirs publics, une source authentique est déterminée pour chaque information.

Les informations sont enregistrées conformément au modèle d'information et peuvent être agrégées de manière souple en fonction des différents concepts légaux en évolution.

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 les informations conformément à la répartition des tâches fixée, analyse les inexactitudes supposées qui lui ont été signalées, le cas échéant, les corrige et met les informations corrigées à la disposition des acteurs intéressés connus.

Les informations ne sont conservées et gérées que pendant la durée 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 scientifique, statistique ou historique. Dans ce cas, ces informations seront de préférence enregistrées sous une forme anonyme ou codée.

4. Échange électronique d'informations

Une fois collectées et validées, les informations sont, dans toute la mesure du possible, stockées, gérées et échangées par la voie électronique afin d'éviter toute réintroduction manuelle.

L'initiative de l'échange électronique d'informations peut émaner de l'acteur qui possède l'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'opérabilité technique et fonctionnelle qui évolue progressivement et de façon permanente en fonction des standards ouverts du marché ; ce cadre est indépendant de la technique d'échange des informations utilisée (interactive ou par traitement en mode 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 disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des informations sont 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.

Les données à caractère personnel sont uniquement utilisées pour des finalités conciliables avec celles pour lesquelles elles ont été collectées.

Les données à caractère personnel sont uniquement 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 qui sont disponibles auprès d'autres acteurs du secteur social ou services publics, sont octroyées par un comité sectoriel indépendant de la Commission de la protection de la vie privée, 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, à titre préventif, par la Banque Carrefour de la sécurité sociale pour tout échange électronique de données à caractère personnel.

Chaque échange électronique de données à caractère personnel fait l'objet d'un logging de sorte à pouvoir retracer ultérieurement tout usage impropre éventuel.

Chaque fois que l'information est utilisée pour une décision, elle est communiquée à l'intéressé en même temps que la décision.
Chaque personne a droit à l'accès et à la correction de ses données à caractère personnel.

D. Les principales réalisations

Comme mentionné dans l'introduction, la BCS a opté pour une approche holistique combinant une coordination et une intégration des processus et systèmes de traitement des informations des différents acteurs du secteur social (le « back office ») avec le développement d'une offre de services électroniques intégrée, orientée utilisateur, via l'Internet, à l'attention des citoyens, des entreprises et des professionnels du secteur social (le « front office »).

Ceci donne lieu à la situation suivante :

- les allocations sociales sont octroyées de manière rapide et correcte, si possible sur l'initiative de l'acteur compétent du secteur social, plutôt qu'à la demande de l'assuré social ;
- les informations déjà disponibles auprès d'un acteur du secteur social et dont un autre a besoin, ne sont pas à nouveau demandées aux citoyens ou aux entreprises, mais sont échangées entre acteurs du secteur social, par la voie électronique ;
- 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 perdent plus de temps à exécuter plusieurs fois les mêmes tâches (p. ex. l'introduction ou la validation des informations) ;
- des statistiques intégrées 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, les professionnels du secteur social et les entreprises peuvent consulter, de manière intégrée et orientée utilisateur, des informations relatives à l'ensemble de la sécurité sociale et effectuer des transactions électroniques avec tous les acteurs du secteur social via une porte d'accès électronique unique.

Selon le Bureau Fédéral du Plan, les charges pour les entreprises en raison de formalités administratives dans le secteur social ont diminué de 1,7 milliard d'euros par an. Le développement de l'e-governement dans le secteur social y a contribué de manière substantielle.

Ci-après, un aperçu plus détaillé des principales réalisations.

1. Un réseau d'échange électronique des données

La Banque Carrefour de la sécurité sociale gère un réseau d'échange électronique de données sécurisé entre les quelque 3.000 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, des Services publics fédéraux (SPF) Sécurité sociale et Emploi, Travail et Concertation sociale, du Service des Pensions du secteur public, 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 caisses de vacances, des services externes pour la prévention et la protection au travail, de plusieurs fonds de sécurité d'existence, des organismes de pension et de solidarité et des CPAS. En 2010, 699 millions de messages électroniques ont été échangés à travers le réseau, rendant ainsi autant de déclarations et d'attestations papier superflues.

Le réseau est relié de manière sécurisée avec tous les autres réseaux publics tels que Testa, Fedman ou Irisnet, et avec d'autres réseaux à haut degré de pénétration auprès des citoyens et des entreprises, tels l'Internet, le réseau interbancaire ISABEL auxquels sont connectées de nombreuses entreprises, le réseau Publilink et le réseau VERA

auxquels sont raccordés la plupart des communes et des CPAS. L'échange de données électroniques entre les acteurs du secteur social, d'une part, et les citoyens, les entreprises et d'autres services publics, d'autre part, est instauré.

Le réseau offre, par ailleurs, la possibilité de vérifier les signatures électroniques.

2. Le répertoire des références

La BCS n'enregistre pas des informations détaillées relatives aux citoyens ou aux entreprises. Elle est cependant responsable d'une organisation efficace des échanges électroniques de données, d'une part, entre les acteurs du secteur social et, d'autre part, entre ceux-ci et les citoyens, les entreprises et les autres services publics. A cet effet, la Banque Carrefour de la sécurité sociale dispose d'un répertoire des références qui indique :

- pour chaque citoyen, auprès de 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 auprès de cet acteur, le type de données disponibles auprès de cet acteur ;
- pour chaque type d'acteur du secteur social, la qualité sous laquelle un citoyen peut être connu auprès de 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 BCS 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 concernant lesquelles il gère un dossier ;
- transmettre des demandes d'informations à l'acteur qui peut fournir l'information ;
- transmettre automatiquement les modifications aux informations (p. ex. changements d'adresse) aux acteurs du secteur social qui gèrent un dossier relatif au citoyen concerné et qui ont besoin de cette information pour exécuter leurs missions.

Le répertoire des références contient 57476 millions de dossiers. Chaque citoyen y est en moyenne connu auprès de 9,98 acteurs du secteur social.

3. L'utilisation de clés d'identification uniques

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'un service public belge mais qui ne sont pas inscrites dans un registre belge de population ou des étrangers. En ce qui concerne les entreprises, il est fait usage du numéro d'entreprise qui est attribué par la Banque Carrefour des Entreprises (BCE).

Le numéro d'identification unique des citoyens est inscrit sur leur carte SIS et sur leur carte d'identité électronique ; ce numéro est lisible à l'œil nu et de manière électronique.

A l'aide du numéro d'identification unique, tout acteur du secteur social peut aisément demander, de manière fiable, des données relatives à l'intéressé aux autres acteurs, à l'intervention du réseau. À défaut de ce numéro, cette consultation nécessiterait la communication de données d'identification telles le nom, la date de naissance ou l'adresse et il en résulterait un risque d'erreurs nettement plus élevé. Grâce à la plus grande fluidité des échanges d'informations entre les acteurs du secteur social, les citoyens 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 qui tiennent à jour plusieurs données d'identification de base concernant l'ensemble des personnes physiques belges ou étrangères pour lesquelles les pouvoirs publics belges possèdent un dossier – peuvent être consultés par la voie électronique par tous les acteurs intégrés au réseau, de façon interactive ou par traitement en différé. La réglementation permet de considérer les registres BCSS comme une banque de données complémentaire et subsidiaire par rapport au Registre national.

Par ailleurs, toutes les modifications aux données d'identification de base des personnes inscrites dans le répertoire des références concernant lesquelles les acteurs intégrés au réseau gèrent un dossier, sont communiquées automatiquement au moyen d'un système de boîtes aux lettres électroniques que les acteurs peuvent vider quand ils le souhaitent.

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 données d'identité auprès des citoyens. Ce qui permet aux fournisseurs d'informations et aux acteurs du secteur social qui doivent traiter les données de réduire leurs 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 l'offre de services aux citoyens 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. Ces informations pertinentes pour eux ne doivent désormais être déclarées qu'aux seules administrations communales. Une fois que la commune a été mise au courant, le citoyen ne doit plus informer tous les acteurs concernés du secteur social. La communication des changements d'adresse et des décès permet aux organismes de paiement d'éviter 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. Désormais, les envois du registre national se font quotidiennement et plus de manière hebdomadaire.

Au total, grâce à la consultation du Registre national et des registres BCSS, 211.318.623 millions d'extraits papier ont été évités en 2010.

5. La collecte électronique et la mise à disposition 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. Cette collecte électronique a considérablement réduit le travail administratif des employeurs, tout particulièrement parce que les programmes en vue de l'établissement des déclarations électroniques ont été préalablement testés et agréés par l'ONSS. Les risques d'erreurs y liés et donc les risques d'un traitement ultérieur fastidieux des remarques sont donc réduits au maximum.

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 est accessible depuis sa création aux organismes 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 organismes recevaient tout au plus des copies des déclarations ONSS sur papier et ils devaient ensuite introduire les données mentionnées dans ces déclarations dans les ordinateurs de leur organisme en vue de leur traitement. Les informations disponibles sous format électronique auprès d'un grand nombre d'employeurs ou de secrétariats sociaux étaient imprimées sur support papier en vue de leur transmission à l'ONSS ; ensuite, elles étaient à nouveau réintroduites dans les supports informatiques des différentes institutions de sécurité sociale. Par ailleurs, il n'existait guère de collaboration entre ces institutions au niveau du 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 BCS 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 telles le traitement des dossiers sur le plan du contenu. Les problèmes vieux de plusieurs années qui étaient dus à un paiement tardif du pécule de vacances, ont été en grande partie résolus grâce à un transfert nettement plus rapide des données et à un traitement électronique instantané de ces données. 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, ces déclarations 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 sont transférés, par la voie électronique, aux mutualités à l'intervention de la BCS.

Depuis le 1er janvier 2003, la déclaration à l'ONSS doit obligatoirement être effectuée par la voie électronique. Étant donné que cette déclaration a acquis un caractère multifonctionnel pour l'ensemble de la sécurité sociale, son utilité ne se limite plus au calcul des cotisations de sécurité sociale sur les revenus du travail, à la tenue à jour du compte de pension et au 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 contenues dans la déclaration à l'ONSS peuvent désormais aussi être utilisées pour le calcul de l'ensemble des allocations de sécurité sociale liées aux salaires ou au temps de travail, telles 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 modélisés, de façon univoque, pour l'ensemble de la sécurité sociale, de sorte que les acteurs du secteur peuvent faire usage des mêmes données (de fait) relatives aux salaires et au temps de travail qui sont collectées via la déclaration trimestrielle à l'ONSS.

Les données ainsi mises à la disposition au sein du réseau de la sécurité sociale ne doivent pas à nouveau être demandées à l'employeur lorsque survient un risque social. L'introduction de la déclaration multifonctionnelle a par conséquent permis de supprimer 50 formulaires, qui étaient utilisés plus d'un million de fois par an, et de limiter 27 formulaires, qui étaient utilisés plus de 5 millions de fois par an, à en moyenne un tiers de leurs 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 et/ou occupant des travailleurs de diverses catégories, devait introduire une déclaration par activité économique et/ou par catégorie de travailleur. Il n'existait 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 à l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) est également alignée sur la nouvelle déclaration ONSS.

Avant le 1er janvier 2003, quand un employeur souhaitait corriger sa déclaration à l'ONSS, il devait suivre une procédure sur papier relativement lourde. Actuellement, les employeurs peuvent eux-mêmes effectuer certaines corrections en ligne à l'intervention

du portail de la sécurité sociale ou par le biais d'un échange de messages structurés en mode d'application à application.

Le fichier LATG constitue un instrument extrêmement intéressant en vue de l'appui de la politique socioéconomique. Sa valeur scientifique et d'appui de la politique ne cesse de croître 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 à 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 2011, la banque LATG a été à la base de l'échange de plus de 79,116 millions de messages électroniques, les bons de cotisation électroniques n'étant pas compris dans ce chiffre.

6. Le répertoire des employeurs

Dans le régime de sécurité sociale des travailleurs salariés, il est crucial de disposer de suffisamment d'informations exactes relatives à l'employeur, par exemple en vue de la fixation des pourcentages pour le calcul des cotisations sociales, de la détermination de la caisse d'allocations familiales compétente ou de la détermination des conventions collectives de travail applicables.

Tous les acteurs du secteur social ont accès, en mode en ligne ou par traitement différé, au répertoire des employeurs que l'ONSS tient à jour depuis de nombreuses années, ainsi qu'à son historique. Depuis 2004, ils ont également accès 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 à l'intervention du portail de la sécurité sociale.

Cette facilité offre aussi d'énormes avantages, surtout lorsqu'elle est combinée à la consultation d'autres banques de données, dont on peut déduire le lien entre travailleur(s) et employeur(s) à travers le temps. La détermination des caisses d'allocations familiales compétentes successives en cas de changement d'employeur – qui causait dans le passé souvent des problèmes et donnait régulièrement lieu à des interruptions dans le paiement des allocations familiales – par exemple est aujourd'hui un jeu d'enfant.

Au total, en 2011, les deux répertoires des employeurs ont été consultés plus de 5 millions de fois. Par ailleurs, plus de 4,8 millions de messages électroniques relatifs à ces répertoires des employeurs ont été transmis aux acteurs du secteur social.

7. Le cadastre des pensions

L'ONP et l'INAMI tiennent à jour, depuis une période relativement longue, un cadastre des pensions en vue d'opérer une retenue de 3,55% sur les pensions légales de vieillesse, de retraite, d'ancienneté et de survie et sur d'autres avantages en tenant lieu. 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 de pension cumulés par personne et a décidé que le pourcentage du précompte fiscal à retenir sur les pensions devait être fixé compte tenu des montants de pension cumulés par personne. Les données disponibles dans le cadastre des pensions de l'ONP et de l'INAMI ont servi de base à la fixation de la cotisation de solidarité et du pourcentage du précompte. Il s'est toutefois rapidement avéré que le cadastre élaboré dans le cadre de la retenue des 3,55% devait être réformé afin de pouvoir soutenir, dans des conditions optimales, l'application des mesures précitées.

Suite à cette réforme, le cadastre des pensions a pu être intégré au réseau géré par la Banque Carrefour comme serveur d'informations offrant une quadruple fonctionnalité :

- l'aide au calcul des cotisations et des retenues sur les montants cumulés de pension effectivement versés, telles la cotisation de 3,55% et la cotisation de solidarité ;
- la mise à la disposition d'informations complètes concernant l'instance qui accorde tels ou tels avantages légaux et extralégaux 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 ;
- la communication au secteur de l'assurance soins de santé des informations utiles relatives à l'ensemble des pensionnés, de sorte que ceux-ci restent automatiquement assurés pour les soins de santé.

Tous les acteurs du secteur social ont accès, en mode en ligne ou par traitement différé, au cadastre des pensions.

Sur la base du cadastre des pensions sont établis des aperçus électroniques au profit de l'Office national des pensions et du Service des Pensions du secteur public qui mentionnent, par personne, tous les avantages légaux et extralégaux en matière de pension dont bénéficie cette personne. Ces deux instances sont ainsi en mesure d'établir, en fonction du montant de pension cumulé, la cotisation progressive de solidarité et le précompte fiscal à retenir sur chaque avantage de pension. Ensuite sont communiqués à tous les organismes débiteurs de pensions légales, au moyen d'attestations électroniques, les montants de la cotisation de solidarité et le pourcentage du précompte fiscal qu'ils doivent retenir sur tout avantage payé. En 2011, plus de 12,025 millions de messages électroniques ont été échangés en la matière.

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, par sa caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants ou par l'institution de sécurité sociale qui lui versait des allocations. Avant de traiter ces bons, les mutualités les introduisaient d'abord manuellement dans des fichiers informatiques. L'INAMI était ensuite en mesure de procéder à certains contrôles pour vérifier si les bons correspondaient effectivement aux informations disponibles auprès de l'ONSS ou d'autres acteurs du secteur social.

Progressivement, tous les bons de cotisation 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 travailleurs indépendants, de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, de l'ONP et du Cadastre des pensions et sont transmises aux mutualités à l'intervention du réseau de la Banque Carrefour. Les employeurs sont ainsi dispensés de l'impression des bons de cotisation, les assurés sociaux de 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 2011, plus de 14,6 millions de bons de cotisation électroniques ont été échangés.

9. L'échange électronique des attestations relatives au statut en matière de sécurité sociale

Depuis sa création, la Banque Carrefour de la sécurité sociale s'est aussi tout particulièrement consacrée au développement de flux de données électroniques grâce auxquels le statut d'une personne en matière de sécurité sociale peut être communiqué à d'autres acteurs (dans ou en dehors) de la sécurité sociale, qui ont besoin de ces informations dans le cadre de l'exécution de leurs missions.

Cette communication électronique permet d'éviter que les acteurs du secteur social ne doivent établir un grand nombre d'attestations papier pour ensuite les envoyer aux citoyens qui doivent, à leur tour, les remettre à un autre acteur ou chez qui les données figurant sur ces attestations sont à nouveau introduites manuellement.
Tous les acteurs connectés au réseau peuvent consulter, d'une manière contrôlée, les banques de données de tous les autres acteurs et échanger jusqu'à 242 types de messages électroniques.

En ce qui concerne les messages en ligne, le délai entre le moment de la demande et celui de la réponse n'excède pas quatre secondes dans 95,77% des cas.

La liste exhaustive des attestations électroniques qui sont échangées directement entre les acteurs du secteur social ou d'autres instances telles les administrations communales ou le Service public fédéral (SPF) Finances, peut être consultée sur le site web de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Ci-après, nous citons plusieurs de ces flux de données et mentionnons les chiffres pour l'année 2010 :

- 82.897 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 de pension ;
- 7,76 millions d'attestations électroniques destinées aux mutualités et se rapportant à des personnes ayant droit au revenu d'intégration, à une allocation pour personne handicapée, à un revenu garanti pour personnes âgées, à une garantie de revenus pour personnes âgées, à des allocations familiales majorées pour cause de handicap, ou se rapportant à des chômeurs de longue durée ; les mutualités sont ainsi en mesure d'établir les droits de ces personnes à une intervention majorée de l'assurance de soins de santé, de tenir compte de ces données lors de la fixation de l'intervention forfaitaire aux malades chroniques et d'appliquer immédiatement le maximum à facturer ;
- 3,3 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) ;
- 219.293 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 ;
- 630.831 attestations électroniques émises par l'ONEM et destinées à l'ONSS et/ou à l'ONSSAPL afin que ces organismes puissent vérifier si les conditions d'octroi de réductions de cotisations patronales sont remplies ;
- 2 millions d'attestations électroniques provenant du Fonds de sécurité d'existence pour les ouvriers du secteur de la construction et destinées à l'ONEM, afin que l'ONEM 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 ;
- 7,6 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 ;
- 4,6 millions d'attestations électroniques provenant 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 cette région puisse accorder automatiquement, lors de la fixation du précompte immobilier, la réduction ou l'exonération du précompte aux personnes concernées ;
- 13.597 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 remettre de sa propre initiative à ces personnes un abonnement de transport gratuit ;

- 10,9 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 FMP à destination des autres acteurs du secteur social afin de compléter les données de la déclaration multifonctionnelle des employeurs par les données dont les organismes fournisseurs sont la source authentique ;
- 610.012 attestations électroniques émises par l'INASTI destinées aux autres acteurs du secteur social communiquant le début et la fin d'une activité indépendante ;
- 27,65 millions d'attestations électroniques destinées au datawarehouse OASIS dans le cadre d'un projet antifraude commun aux 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 divers acteurs du secteur social en vue de détecter des fraudes potentielles ; en ce qui concerne les personnes soupçonnées de fraude, la Banque Carrefour réidentifie leurs données au profit des services d'inspection, afin que ces derniers puissent effectuer des contrôles ciblés.

Par ailleurs, la Banque Carrefour prend activement part, au niveau européen, au développement d'un réseau européen d'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 assume 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. En 2011, 531.916 messages électroniques ont été échangés entre des établissements de soins de santé belges et étrangers concernant les frais médicaux réalisés dans l'état visité.

10. Le développement de nouveaux types de services

Le recours aux nouvelles technologies offre, par ailleurs, d'énormes perspectives en matière de développement de nouveaux types de services, comme par exemple l'octroi automatique et systématique de droits grâce à un échange électronique efficace de données entre un grand nombre d'instances, voire même la recherche active du non-recours à certains droits via des techniques de datawarehousing. Aujourd'hui, les chômeurs et les personnes en incapacité de travail reçoivent déjà automatiquement leur pension à l'âge requis, sans qu'ils aient à introduire de demande par le biais de leur commune. Certaines catégories socialement défavorisées (bénéficiaires du revenu d'intégration, personnes handicapées, etc.) se voient accorder automatiquement des réductions sur leurs cotisations, taxes ou impôts, un tarif social pour le téléphone ou un abonnement gratuit pour les transports en commun, sans qu'ils aient à délivrer une attestation à cet effet.

La loi organique de la BCSS dispose que toutes les instances qui accordent des droits supplémentaires sur la base du statut social (telles les sociétés de distribution d'eau, de gaz et d'électricité, ...) sont obligées de demander ces informations relatives au statut

auprès de la BCSS et non auprès des citoyens. Grâce à ce service, on évite que les citoyens en général et les personnes en situation précaire en particulier ne fassent pas valoir leurs droits par manque d'informations. Ils bénéficient de l'avantage sans avoir à accomplir des démarches administratives.

Un autre exemple d'un nouveau service est le développement d'environnements de simulation personnalisés destinés, par exemple, aux personnes qui envisagent de prendre leur prépension et qui souhaitent en connaître les conséquences financières.

Les nouvelles technologies telles que les environnements portail dotés d'outils de gestion de la relation client permettent également de mieux personnaliser l'offre de services : un pensionné a d'autres besoins qu'un employé spécialisé d'une mutualité. Dans un premier temps, les actions des utilisateurs donnent lieu à des réactions ; à terme toutefois, les citoyens pourront même être automatiquement informés de leurs droits éventuels et les employeurs des réductions de cotisations possibles, et ce en fonction de leur situation spécifique. Les citoyens et les employeurs pourront eux-mêmes effectuer le suivi de leurs dossiers. De cette manière, la publicité de l'administration pourra être considérablement accrue.

Le centre de contact qui octroie des informations et un soutien à l'ensemble de la sécurité sociale est appelé à devenir un point de contact intégré pour les citoyens et leurs employeurs.

11. La carte d'identité sociale ou carte SIS

Chaque assuré social dispose d'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.

Chaque assuré social dispose d'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. La carte SIS contient tout d'abord un certain nombre de données d'identification de base, parmi lesquelles le NISS (numéro d'identification de la sécurité sociale). Ces données d'identification figurant sur la carte SIS sont lisibles à l'oeil 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 un acteur du secteur social 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 acteurs du secteur social. De plus, chaque acteur 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 géré par la BCSS. L'assuré social doit donc fournir moins souvent des informations détaillées aux différents acteurs du secteur social 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 l'obligation de demander ce numéro au Registre national ou à un acteur du secteur social et du traitement ultérieur fastidieux des questions complémentaires posées par les acteurs du secteur social suite à l'absence de ce numéro. Ces déclarations peuvent donc être traitées de façon beaucoup plus efficace par les acteurs destinataires, en particulier lorsque des données relatives à l'intéressé en provenance de plusieurs sources doivent être regroupées sur la base de ce numéro.

En outre, la mention du NISS sur la carte SIS sous une forme lisible par la voie électronique permet de recourir à un appareil de lecture électronique aux guichets des acteurs du secteur social, chez les employeurs ou quand l'assuré social doit s'identifier à l'égard de la sécurité sociale. Cela permet d'éviter la réintroduction inutile de 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 permet ainsi d'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 sur la carte de mutualité en plastique et qui, à présent, permettent au titulaire de prouver sa situation d'assurabilité à l'égard des prestataires de soins, tels les pharmaciens, les hôpitaux, etc. Sur la base de ces données, les prestataires 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 sont donc uniquement lisibles à l'aide d'une carte de décryptage (la « carte SAM »), qui est distribuée par l'INAMI aux seuls prestataires de soins qui doivent connaître ces données en vue de l'application du système du tiers payant. Étant donné que ces prestataires de soins sont en mesure de recopier électroniquement dans leurs fichiers les données d'identification et d'assurabilité figurant sur la carte, ils ne doivent plus réintroduire quelque 100 millions de vignettes par an. Le passage à une carte à puce sécurisée, actualisable et lisible par la voie électronique offre aux prestataires de soins des garanties nettement supérieures en matière d'exactitude des données d'assurabilité. Et, en cas de doute, ils peuvent toujours mettre à jour les cartes à partir de leur appareil de lecture, après s'être connectés à l'ordinateur des mutualités.

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 le citoyen du transport de données au moyen d'une carte à puce vers des acteurs, alors que ces derniers peuvent obtenir les données concernées par le biais du réseau décrit ci-dessus. L'utilisation du réseau simplifie la vie de l'assuré. L'usage du réseau est en outre plus

rapide, moins onéreux et offre plus de garanties en matière d'exactitude et de protection des données. Outre la fonction de moyen d'identification fiable, la carte est donc uniquement utilisée pour mettre des données relatives au statut d'une personne en matière de sécurité sociale à la disposition, par la voie électronique, d'instances non intégrées au réseau de la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

On planifie qu'à partir de 2013 les fonctionnalités actuellement assurées par la carte SIS seront progressivement prises en charge par un nouveau système en développement.

12. Statistiques intégrées

Les informations qui sont disponibles dans les systèmes d'information opérationnels des différents acteurs du secteur social et qui sont nécessaires au soutien de la politique sociale sont copiées à intervalles réguliers dans le datawarehouse qui peut être utilisé pour l'élaboration de statistiques intégrées établies sur la base d'informations codées ou anonymes. Grâce au recours au datawarehouse, il est possible de mieux répondre aux demandes de données émanant des centres de recherche et des pouvoirs publics ; cette réponse est par ailleurs plus rapide et moins onéreuse. Deux types d'application sont offerts : d'une part, plusieurs applications de base qui permettent de calculer plusieurs statistiques fixes selon une fréquence déterminée (par trimestre, par semestre, par année,...) et, d'autre part, de nombreuses applications spécifiques qui sont réalisées à la demande des chercheurs.

La BCS gère le datawarehouse marché de l'emploi et protection sociale qui contient des informations intégrées relatives à l'emploi, aux allocations de chômage, aux pensions, aux allocations d'incapacité de travail, aux prestations familiales et autres allocations sociales. Ces informations sont mises à la disposition des dirigeants politiques et des chercheurs sous forme codée ou anonyme, moyennant autorisation ou avis du Comité sectoriel indépendant de la sécurité sociale et de la santé, créé au sein de la Commission de la protection de la vie privée.

Par ailleurs, la BCSS a mis à disposition sur son site deux applications 'statistiques en ligne'. La première application permet de composer un tableau de données statistiques et d'obtenir simplement et rapidement un aperçu chiffré de la composition socio-économique de la population belge en fonction du domicile, du sexe et de la classe d'âge.

La seconde application permet également de composer un tableau de données statistiques mais cette fois-ci pour obtenir un aperçu de la composition socioéconomique de la population belge au niveau géographique local, c'est-à-dire au niveau de la commune, de l'arrondissement ou du Comité de concertation socio-économique régional (RESOC).

Ces applications ont été élargies à de nouvelles populations, à savoir les personnes en incapacité de travail, mais aussi à des variables supplémentaires.

Une troisième application web qui concerne la mobilité socioéconomique à court terme et à long terme vient d'être développée.

13. La déclaration immédiate d'emploi (DIMONA)

L'existence d'une relation de travail constitue une donnée fondamentale pour la sécurité sociale. L'instauration 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. Dimona est un message par lequel l'employeur communique les entrées et les sorties de service de son personnel à l'ONSSAPL. Depuis 2003, tous les employeurs de Belgique sont tenus d'effectuer électroniquement leur déclaration.

Dans un souci d'orientation utilisateur et pour faciliter leurs démarches, les déclarations peuvent être faites via différents canaux de communication (e.a. d'application à application, via le portail de la sécurité sociale, via GSM) et peuvent également être groupées permettant jusqu'à 20 déclarations à la fois.

Étant donné que les informations transmises de cette manière sont immédiatement disponibles dans une banque de données de l'ONSS, qui est consultable de manière interactive par tous les acteurs du secteur social qui ont besoin de ces données (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 ont par exemple pu être supprimés progressivement. Grâce à la mention de la qualité d'étudiant dans la déclaration DIMONA, il a été mis fin à une ancienne pratique qui obligeait l'employeur à envoyer les contrats d'étudiant sur support papier à l'Inspection des lois sociales.

Dès qu'une déclaration DIMONA arrive à l'ONSS, celle-ci est enregistrée 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. Étant donné qu'un employeur est uniquement autorisé à consulter des données relatives aux travailleurs avec lesquels il entretient 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.

Plus de 22 millions de déclaration DIMONA ont été introduites en 2010.

14. Des méthodes de prévention et de lutte contre la fraude

Une gestion coordonnée de l'information permet de prévenir pas mal de fraude et de détecter efficacement les cas de fraude effective. C'est ce à quoi la BCSS travaille au quotidien. En effet d'une part, l'extension systématique du réseau de la BCSS (nombre de messages et de destinataires) permettant la mise à disposition de données de sources authentiques, et, d'autre part, l'échange de données avec les entreprises et les

citoyens via un portail intégré donnent de facto lieu à une amélioration à la fois sur le plan de la prévention et de la détection de fraude, d'erreurs et d'indus éventuels et, le cas échéant, de la réduction de ses dommages.

Par ailleurs, la BCSS participe activement au Collège pour la lutte contre la fraude fiscale et sociale.

Parmi les méthodes permettant d'éviter la fraude, il y a notamment :
- l'identification unique de chaque citoyen et de chaque entreprise ;
- l'impossibilité d'inscrire, dans le répertoire des références, une même personne, sous une même qualité, pour la même période, auprès de plusieurs institutions de la même branche de la sécurité sociale ;
- les déclarations immédiates, voire préalables de faits aux acteurs du secteur social (p.ex. DIMONA/LIMOSA) ;
- l'utilisation des mêmes informations pour le calcul des cotisations et des indemnités ;
- l'accès par les acteurs qui octroient des droits aux données relatives aux droits dans d'autres branches de la sécurité sociale (éviter un cumul illicite d'allocations) ;
- l'accès public aux données relatives aux dettes d'entreprises auprès de la sécurité sociale, couplées dans le secteur de la construction à une responsabilité solidaire pour des clients potentiels et une obligation de retenue pour les clients des entreprises qui ont des dettes auprès de la sécurité sociale ;
- le contrôle de qualité formel par ceux qui sont chargés de recueillir les données avant leur transmission, ce qui permet d'éviter la fraude, les erreurs et les indus ;
- Pour les institutions de sécurité sociale autorisées, la consultation des banques de données TAXI_AS auprès du SPF Finances ; la banque de données comprend toutes les données de la déclaration fiscale ;
- Pour les institutions de sécurité sociale autorisées, la consultation de la banque de données CADNET auprès du SPF Finances ; cette banque de données comprend, par personne physique et par personne morale, les données relatives à leur patrimoine immobilier.

La notification sociale, aussi appelée projet de la "quatrième voie", qui permet un meilleur recouvrement des cotisations sociales au profit de l'ONSS, de l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) et des caisses d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. Lors de la vente publique de biens mobiliers ou lors de la passation d'actes d'aliénation ou d'affectation hypothécaire de biens immobiliers, il est développé entre les fonctionnaires publics ou les officiers ministériels concernés et les institutions de sécurité sociale précitées un échange de données afin de connaître les dettes sociales éventuelles et, le cas échéant, de procéder à une saisie-arrêt.

- Le projet de PV électroniques (ePV) qui passe par la mise en place d'une application portail destinée aux inspecteurs. Via l'application, les inspecteurs rédigent leurs PV selon un modèle standardisé et de manière électronique. L'ensemble des PV électroniques alimente une base de données que les institutions autorisées peuvent

consulter via le réseau géré par la BCSS. Le projet se déroule en plusieurs étapes. Dans la première phase, le projet ePV est destiné aux quatre services fédéraux d'inspection : ONSS, ONEM, SPF Sécurité sociale et SPF Emploi, Travail et Concertation sociale (ETCS) ainsi qu'à la Direction des amendes administratives du SPF ETCS. L'application ePV fait appel à certains services de la BCSS pour l'identification des personnes physiques et pour l'identification des entreprises.

- Le datawarehouse mis en place dans le cadre du projet OASIS (Organisation Anti-fraude des Services d'Inspection Sociale) qui permet aux différents services d'inspection sociale de combattre la fraude de manière systématique et structurée en détectant les cas potentiellement frauduleux. Le datawarehouse OASIS contient des données partielles agrégées, regroupées ou codées. Ces données sont dérivées d'autres banques de données sociales. Pour les personnes soupçonnées de fraude c'est à dire celles pour lesquelles un ou plusieurs des indices prédéfinis clignotent, la Banque Carrefour de la sécurité sociale ré-identifie les données et les communique aux services d'inspection afin qu'ils puissent effectuer des contrôles individuels ciblés.

Pour le projet OASIS, des indices (avertisseurs) éventuels de fraude ont été préalablement déterminés, tels que :

- le nombre de jours assimilés en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une interruption de carrière est supérieur à la moyenne du secteur ;
- un nombre élevé de jours assimilés en raison de chômage économique et de chômage pour cause d'intempéries en combinaison avec l'engagement de nouveaux employés durant la même période ;
- le nombre de jours assimilés en raison de chômage économique et de chômage pour cause d'intempéries ou le nombre de jours de compensation par rapport au nombre de jours de travail est supérieur à la moyenne du secteur :
  - l'engagement massif d'employés durant une courte période,
  - l'augmentation du chiffre d'affaires mais la diminution du nombre d'employés,
  - un nombre d'annulations de personnel déclaré durant le trimestre au-dessus d'un seuil déterminé,
  - un taux de rotation (travailleurs entrants et sortants) supérieur à la moyenne du secteur,
  - etc.

Le projet GENESIS qui vise à optimaliser la lutte contre la fraude sociale et à harmoniser les moyens de fonctionnement des services d'inspection concernés.
Dans un premier temps, les divers services d'inspection ont ainsi créé un « cadastre des enquêtes », qui leur permet de travailler ensemble de façon plus efficace. Ils introduisent dans ce système des informations pertinentes relatives à leurs investigations.

Les informations récoltées sont mises à la disposition des services d'inspection concernés de façon uniforme. Les services d'inspection peuvent dès lors vérifier si un employeur a déjà fait l'objet d'autres enquêtes, ce qui permet d'éviter de faire deux fois le même travail.

La seconde phase du projet a vu le développement d'une application web disponible sur le portail de la sécurité sociale, https://www.socialsecurity.be. Ainsi les inspecteurs peuvent consulter de façon intégrée, conviviale et sécurisée les informations issues des différentes bases de données (Dimona, DRS, DmfA, Registre national des personnes physiques, BCE, etc.) en rapport direct avec le dossier traité. Cela facilite la tâche des inspecteurs lors de la préparation des dossiers et la recherche de renseignements et cela permet en outre d'éviter des contrôles multiples superflus par les divers services d'inspection.

15. Les pensions – pensions complémentaires (projet DB2P)

Le système de pensions belge repose sur trois grands piliers :
- 1er pilier : les pensions légales
- 2ème pilier : les pensions complémentaires professionnelles ou extralégales
- 3ème pilier : l'assurance pension volontaire c'est à dire l'épargne personnelle pour une pension auprès d'une entreprise bancaire ou d'assurances, par exemple par le biais d'une assurance vie, d'une épargne-pension, ...

De plus en plus, les responsables politiques considèrent que les pensions complémentaires font partie intégrante de la politique globale en matière de pensions. La constitution de pensions du deuxième pilier est encouragée par la création d'un vaste cadre social et fiscal. Or, actuellement le contrôle (para)fiscal et social des pensions du deuxième pilier est loin d'être étanche.

La loi sur les pensions complémentaires (LPC) et la loi sur les pensions complémentaires pour travailleurs indépendants (LPCI) constituent un pas important vers un cadre juridique intégré en matière de pensions complémentaires. Un des principaux objectifs de la LPC est la démocratisation du deuxième pilier de pension.

Actuellement, le développement d'une banque de données 'Constitution de pensions complémentaires' est en cours chez Sigedis ; le projet porte le nom de DB2P. Le but est de rassembler les données des salariés, des indépendants et des fonctionnaires relatives à l'ensemble des avantages constitués en Belgique et à l'étranger dans le cadre de la pension complémentaire professionnelle.

Le développement pratique du contenu de cette banque de données est confié à un groupe de travail chapeauté par le Comité Général de Coordination de la BCSS. La constitution de cette banque de données devrait entraîner un meilleur contrôle de l'application de la législation sociale et fiscale relative au 2ème pilier de pension.

Depuis début 2011, les organismes habilités peuvent commencer à alimenter la base de données DB2P. Dans un premier temps, il s'agit du pré-chargement des données d'identification qui sont nécessaires dans le cadre de la réalisation d'une déclaration unique pour le paiement des pensions complémentaires.

16. Un environnement portail intégré basé sur une logique d'utilisateur

Le portail de la sécurité sociale peut être consulté à l'adresse https://www.socialsecurity.be. Il offre des services intégrés pour différents groupes cibles (citoyens, entreprises, 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 à partir de n'importe quel endroit. Il fait entrer la sécurité sociale sur le lieu du travail et dans le salon et réduit fortement les déplacements et les délais d'attente. Les utilisateurs peuvent entrer directement en contact électronique avec les acteurs du secteur social et ils reçoivent une réaction en temps réel.

Progressivement, le portail évolue vers une offre de services personnalisée pour chaque utilisateur, qui tient compte des spécificités de ce dernier, soit sur la base d'un profil que l'utilisateur communique lui-même, soit sur la base d'une analyse de sa situation en matière de sécurité sociale. L'offre 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 la disposition d'une e-box pour chaque employeur et chaque professionnel du secteur social dans laquelle ils peuvent trouver des informations spécifiques qui leur sont destinées.

Sur le portail sont disponibles, de manière intégrée, tant des informations, des transactions que des liens vers les sites web des différents acteurs du secteur social. Les transactions peuvent être effectuées sur le portail, mais également en mode 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'informations des acteurs du secteur social), ce qui permet d'éviter une réintroduction manuelle inutile avec les risques d'erreurs qui en découlent. Pour la mise en œuvre des transactions en mode 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 en outre 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 et intégrée des utilisateurs et des accès ont été mises en œuvre, et ceci tant pour les citoyens, les entreprises que les professionnels du secteur social. Les utilisateurs sont authentifiés, en fonction de l'application, à l'aide de la carte d'identité électronique et/ou 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 qui contient 24 séries de lettres non mémorisables, dont une série arbitraire est demandée à chaque connexion au portail). Chaque entreprise a désigné un gestionnaire local qui détermine quels collaborateurs de l'entreprise sont autorisés à effectuer quelles transactions au nom de l'entreprise.

Au cours de l'année 2010, le volet international « Leaving Belgium », destiné aux citoyens qui souhaitent s'installer à l'étranger, a été mis en production sur le portail de la sécurité sociale. La mise en production du volet « Coming to Belgium », qui est le pendant de « Leaving Belgium » pour les personnes qui viennent s'installer en Belgique, est elle intervenue en octobre 2011.

Coming to Belgium est destiné aux nouveaux arrivants étrangers venant s'installer en Belgique pour vivre, travailler, étudier ou bénéficier de certains droits et devant se plier à certaines obligations concernant la sécurité sociale. Les règlementations sont parfois compliquées (statuts, avantages, obligations légales, etc.) c'est pourquoi une information exhaustive et claire est nécessaire. L'application derrière « Coming to Belgium » permet aux internautes de trouver l'information spécifique à leur situation, de manière rapide et intuitive. Cette application fonctionne comme un moteur de recherche dans une base de données constituée de fiches informatives sur la sécurité sociale. L'utilisateur peut ainsi spécifier sa/ses question(s) selon son pays d'origine et ancien pays de résidence, son statut etc.

« Coming to Belgium » utilise par ailleurs le même moteur de recherche que l'application existante « Leaving Belgium » et a donc pu être développée à un prix nettement inférieur.

Entre-temps, au 1er juillet 2012, les entreprises ou leurs représentants, tels que les secrétariats sociaux, peuvent effectuer 49 transactions électroniques via le portail:

- la déclaration DIMONA en ligne,
- la déclaration trimestrielle à l'ONSS (ONSS),
- la déclaration trimestrielle à l'ONSSAPL (DmfAPPL),
- la modification de la déclaration trimestrielle à l'ONSS,
- la modification de la déclaration trimestrielle à l'ONSSAPL (DmfAPPL),
- la consultation du fichier du personnel,
- la consultation du répertoire des employeurs,
- la consultation de la base de données de l'ONEM à propos des bénéficiaires de réductions de cotisations (ECARO),
- informations sur les mesures pour l'emploi,
- la déclaration en ligne de travaux,
- l'article 30 bis – obligation de retenue,
- la demande en ligne de détachement d'un travailleur à l'étranger (GOTOT),
- la communication électronique des activités des étrangers en Belgique (LIMOSA),
- la communication en ligne de chômage temporaire à l'ONEm,
- le livre de validation,
- la consultation du fichier de vacances,
- la déclaration électronique annuelle des mandataires publics exerçant dans les organismes privés ou publics,
- l'application permettant à une entreprise ou à son mandataire d'être identifié auprès de l'ONSS (WIDE),
- la consultation de l'aperçu annuel des mesures en faveur de l'emploi (Trillium),

- la déclaration mensuelle au Cadastre des Pensions des paiements des avantages de pension effectués,
- la déclaration électronique pour l'exonération de cotisations sociales dans les secteurs public et socioculturel ainsi que dans le cadre de manifestations sportives (Article 17),
- l'application permettant au curateur de consulter les dossiers du Fonds de Fermeture d'Entreprises pour lesquels il a été désigné (e-Cur),
- Student@work - 50 days
- Mahis - Historique des mandats
- la déclaration en ligne des risques sociaux suivants :
  - la déclaration d'un accident du travail,
  - le rapport mensuel d'un accident du travail,
  - la déclaration simplifiée d'un accident du travail,
  - la déclaration d'une reprise de travail après un accident du travail,
  - la déclaration immédiate au SPF ETC des accidents graves du travail,
  - 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),
  - la déclaration de début de travail à temps partiel avec maintien des droits 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),
  - la déclaration mensuelle de travail pour le calcul de l'allocation de garantie de revenu pour les enseignants directement rémunérés par la commune ou par la province,
  - la déclaration mensuelle de travail en tant que travailleur occupé dans une entreprise de travail adapté,
  - 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),
  - la demande d'une DRS et la déclaration en cas d'incapacité de travail, de repos de maternité, d'écartement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité, d'écartement partiel du travail en tant que mesure de protection de la maternité, de congé de paternité et de congé d'adoption, la déclaration de reprise du travail après une incapacité de travail,
  - la déclaration mensuelle en cas de reprise de travail adapté dans le courant d'une période d'incapacité de travail,
  - l'attestation en vue de l'indemnisation des pauses d'allaitement,
  - la déclaration de fin de contrat de travail (à l'exception du secteur de l'enseignement) ou de prépension à temps plein / preuve de travail,
  - la déclaration de prépension à mi-temps,
  - la déclaration des jours de vacances d'un employé,
  - la déclaration pour l'octroi du droit aux vacances seniors,
  - la déclaration mensuelle d'heures de vacances seniors.

Etant donné que la carte d'identité électronique permet, à l'heure actuelle, d'authentifier son titulaire par la voie électronique, les premières transactions pour les citoyens ont également vu le jour :

- l'application e-Gofso permet aux victimes d'une fermeture d'entreprise de consulter leur dossier (décision, droit à une indemnité de fermeture et/ou à une autre indemnité contractuelle, état de paiement, date de paiement, ...) auprès du Fonds de fermeture des entreprises ;
- l'application e-Lo permet à un travailleur en interruption de carrière ou en crédit-temps de consulter son dossier (état actuel du dossier, aperçu des montants et date de paiement des indemnités, accès à l'attestation fiscale pour le dernier exercice d'imposition) ;
- l'application portail COVA permet à un travailleur manuel de consulter les données connues à son sujet auprès de l'ONVA ou des caisses de vacances (telles le pécule de vacances, la date prévue de paiement, la durée de vacances, le numéro de compte sur lequel est versé le pécule de vacances, ...) ;
- l'application Mesures pour l'emploi propose un accès simple et centralisé aux informations disponibles sur Internet concernant les mesures fédérales et régionales qui ont pour objectif de promouvoir l'emploi (cfr. Front Office Emploi) ;
- l'application 'Simulation pension' permet, de façon parfaitement anonyme, de savoir quel pourrait être le montant de la pension légale ;
- l'application 'Carte de travail' vous permet de demander et de recevoir on-line une carte de travail si vous avez assez de jours de chômage ; la carte de travail est une attestation de l'Onem par laquelle vous pouvez prouver à un employeur qu'il aura, s'il vous engage, une diminution des cotisations patronales et éventuellement une allocation de travail (une allocation que l'employeur peut déduire du salaire net)
- la 'Simulation cotisation sociale indépendants' met à disposition un module de calcul qui permet de simuler le calcul de cotisation sociale [et le cas échéant de cotisation pour la Pension Libre Complémentaire pour Indépendants (PLCI] ;
- l'application 'Allocation de garantie de revenus' s'adresse aux personnes au chômage qui reprennent un travail à temps partiel et qui, sous certaines conditions, peuvent percevoir en plus de leur rémunération une allocation à charge de l'ONEM. L'application leur permet de calculer le montant mensuel de l'allocation de garantie de revenus à laquelle elles ont droit ;
- l'application 'Stage d'insertion professionnelle' s'adresse aux jeunes ayant terminé leurs études, inscrits comme demandeurs d'emploi et qui n'ont pas encore effectué un nombre suffisant de jours de travail. Elle leur permet de déterminer la date à laquelle s'achèvera leur stage d'attente comme jeune ayant terminé des études. A cette date, ils auront droit aux allocations d'attente. Le stage d'insertion dépend d'une série de facteurs (date de fin d'études, âge,...) ;
- l'application interactive 'MyPension', développée par l'Office national des pensions, permet aux actuels et futurs pensionnés du régime salarié de consulter et de suivre l'évolution de leur dossier pension. Une fonctionnalité de l'application permet également de modifier ses données de contact. L'accès sécurisé à l'application se fait au moyen de la carte d'identité électronique ou au moyen d'un token ;
- le site web www.demandepension.be, disponible dans les trois langues nationales, est également accessible depuis le portail de la sécurité sociale. L'application, initiée

par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI) et l'Office national des pensions (ONP), a pour objectif de simplifier l'introduction de la demande. L'application s'adresse à tous les citoyens qui travaillent ou ont travaillé en tant que salarié ou indépendant. Les fonctionnaires nommés doivent toujours introduire leur demande de pension auprès de leur dernier employeur. Une demande de pension peut être introduite au maximum 1 an avant la date souhaitée de départ à la pension. Pour les personnes ayant atteint 65 ans, âge de la pension légale, aucune demande ne doit être introduite. Passé ce cap, le droit à la pension est automatiquement examiné par les services publics compétents ;

- l'application Mon dossier chômage, accessible sur le portail de la sécurité sociale depuis la partie 'Citoyen', est désormais disponible sur l'ensemble des sites des organismes de paiement (CAPAC, CGSLB, CSC et FGTB). Après s'être identifié avec sa carte d'identité électronique, le citoyen a via cette application accès à son dossier chômage. Là, il trouve réponse à des questions telles que :
- "quelle est la situation du traitement de ma demande d'allocations?"
  - "quelle est la date de paiement des allocations auxquelles j'ai droit?"
  - "quel est le montant des allocations auxquelles j'ai droit?"
- Student@Work - 50days est une application en ligne qui permet à l'étudiant de voir le nombre de jours de travail qu'il peut encore prester à un taux de cotisations sociales réduit ; le nombre de jours qu'on peut prester à un taux de cotisations sociales réduit est limité. Par année civile, l'État accorde un solde de 50 jours (le « contingent «), si on travaille plus, les cotisations sociales augmentent ;
- l'application Handiweb permet de vérifier ce que le service Personnes handicapées peut faire pour un citoyen handicapé. Il peut aussi consulter son dossier auprès du service Personnes handicapées.

  Handiweb apporte notamment des réponses aux questions suivantes :
  - Que vous a déjà octroyé le Service « Personnes handicapées »? Que ne vous a-t-il pas encore octroyé?
  - Quelles sont les demandes en cours de traitement? Que devez-vous encore faire pour faire avancer votre dossier?
  - A quoi avez-vous encore droit? A quelles conditions devez-vous satisfaire?

Au total, des dizaines de transactions ont été définies pour les citoyens et seront mises en œuvre aux cours des prochaines années.

17. 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 et les citoyens peuvent y faire appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour toute question relative à l'échange électronique de données avec les acteurs du secteur social. Ce centre de contact est accessible par téléphone, courrier électronique ou fax. Il est soutenu par un outil de gestion de la relation client qui enregistre tous les contacts. A chaque contact, les collaborateurs du centre de contact reçoivent ainsi un aperçu de tous les contacts antérieurs avec l'employeur concerné, qui mentionne les questions posées, les réponses données ainsi que les autres informations communiquées.

En ce qui concerne les questions les plus souvent posées, l'outil de gestion de la relation client comporte des scripts qui aident les collaborateurs 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, de sorte que les employeurs peuvent personnellement donner des réponses.

Le centre de contact est en mesure de répondre à environ 80% des questions posées. Les spécialistes qui sont appelés à répondre aux autres questions doivent 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.

Le centre de contact Eranova est en moyenne contacté 15 000 fois par mois.

18. beConnected

En matière d'environnement de travail partagé sur internet, les institutions de sécurité sociale disposaient jusqu'à présent de l'eWorkspace de la sécurité sociale. Pour leur part, les institutions fédérales utilisaient les eCommunities. Dorénavant ces deux espaces de travail collaboratifs sont intégrés dans une seule et même plate-forme : beConnected. Avec beConnected, la coopération au sein de la sécurité sociale et avec les autres organismes fédéraux sera renforcée. Il sera plus facile de partager les informations et les documents relatifs à un projet ou propres à un groupe de travail.

beConnected est accessible de manière sécurisée à tout moment et à partir de tout poste de travail équipé d'une connexion Internet. Il s'agit d'une application développée avec un outil Open Source. beConnected est accessible depuis le portail de la sécurité sociale. L'authentification intervient à l'aide de la carte d'identité électronique ou d'un numéro utilisateur, d'un mot de passe et du token fonctionnaire.
beConnected est le fruit d'une collaboration entre Fedict, le Service Public Fédéral Personnel et Organisation et la Banque Carrefour de la sécurité sociale.

19. L'application Front Office Emploi

Il existe en Belgique de nombreuses mesures en faveur de l'emploi. Pour que ces mesures soient pleinement efficaces, il est essentiel que les employeurs et les demandeurs d'emploi connaissent les mesures dont ils peuvent bénéficier ainsi que les avantages financiers qui y sont liés. Ces mesures peuvent être accordées par le biais de divers canaux, prendre la forme d'indemnités ou de primes ou encore être cumulées.
Pour répondre aux besoins, un outil d'information et de calcul intégré qui soit en même temps interactif devait être conçu.

Le projet Front Office Emploi, coordonné par la Banque Carrefour de la sécurité sociale, consiste en une application web interactive qui regroupe l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics, tant au niveau fédéral qu'au niveau régional ou communautaire. Front Office Emploi permet également de calculer les avantages financiers et les primes

auxquels les employeurs ou leurs travailleurs potentiels ont droit dans une situation concrète. Via un site web, www.aandeslag.be / www.andiearbeit.be / www.autravail.be, les employeurs et les travailleurs disposent, dans leur langue, d'un module de recherche leur permettant de s'y retrouver facilement parmi toutes les mesures pour l'emploi et de calculer l'avantage financier lié aux différentes mesures.

A partir de quelques questions sur sa situation, l'employeur ou le demandeur d'emploi obtient un aperçu interactif de toutes les mesures dont il peut bénéficier. De plus, lorsque l'utilisateur se connecte avec sa carte d'identité électronique, certaines données sont automatiquement extraites du back office des autorités fédérales. Pour la plupart de ces mesures, l'employeur et le demandeur d'emploi peuvent directement calculer l'avantage financier. Et grâce au système expert de gestion des connaissances et des niveaux de compatibilité, c'est possible de voir quelles mesures sont cumulables et quel est l'avantage global de ces mesures.
Chaque mesure est affichée sous forme d'une fiche d'information contenant une description détaillée de la mesure. Les fiches font l'objet d'une évaluation en termes de lisibilité et de vulgarisation. L'utilisation d'un Content Management System (CMS) permet de gérer le contenu de façon décentralisée.
En effet, pour chacune des mesures, la responsabilité est demeurée au niveau de l'autorité compétente, celle qui a instauré la mesure. Ceci permet d'offrir une plate-forme qui vit en permanence et qui est mise à jour par des partenaires directement impliqués.
Les instances qui le désirent peuvent intégrer l'application dans leur site ; selon le principe du caméléon, il adoptera leur propre « look & feel ».

Certaines mesures sont accordées directement aux employeurs sans qu'ils en fassent la demande, c'est notamment le cas avec les réductions de cotisations structurelles. Le système est conçu pour que cet aspect soit pris en compte dans le calcul de l'impact financier.
Une prochaine phase aura notamment pour objectif de rendre l'application davantage interactive en permettant par exemple aux utilisateurs de faire une demande de mesure en ligne.

20. Limosa

Dans le contexte de la libre circulation des services, les entreprises et indépendants étrangers sont de plus en plus nombreux à exercer des activités professionnelles en Belgique. Ces activités doivent s'inscrire dans un cadre réglementaire pour que les conditions de travail et de rémunération valables en Belgique soient respectées, c'est le but poursuivi avec le projet LIMOSA.

LIMOSA permet de savoir qui vient travailler dans notre pays, ce qui rendra possible le contrôle des conditions de travail. Au-delà de cet objectif premier, LIMOSA vise à :
- améliorer le contrôle et le monitoring des activités étrangères en Belgique ;
- apporter des statistiques fiables et complètes ;

- simplifier les démarches administratives pour les différentes parties concernées par l'occupation transfrontalière

Le projet Limosa est conçu pour être réalisé en différentes étapes :
- l'application web pour la déclaration obligatoire ;
- le cadastre ;
- le guichet unique.

Les travailleurs, indépendants et stagiaires étrangers qui viennent travailler temporairement en Belgique doivent compléter la déclaration obligatoire Limosa. Ils peuvent le faire électroniquement au moyen d'une application web accessible en anglais, en allemand, en français et en néerlandais, 24/24 et 7/7 sur www.limosa.be. La déclaration en ligne comporte au maximum 7 étapes et déclarer une personne prend environ 5 minutes, auparavant il fallait compter en moyenne 7 jours. Les données de la déclaration obligatoire sont intégrées dans une banque de données centrale, appelée cadastre. Parallèlement, le site web informe le public cible sur d'autres types d'obligations dont certaines exigent des formalités administratives et/ou des cotisations financières supplémentaires. Toutes ces informations, émanant de sources multiples et diverses, sont donc regroupées en un endroit.

L'accès sécurisé garantit la confidentialité des données. Un système spécifique d'user management light a été créé ; en effet, toute personne désireuse d'effectuer une déclaration doit au préalable s'inscrire dans le système pour obtenir un userid et un mot de passe. Dans le futur, les utilisateurs pourront recourir au user and access management de leur pays d'origine.

Le cadastre fournit aux décisionnaires un aperçu des activités étrangères en Belgique, sur base duquel ils peuvent réorienter la politique sociale. Il permet également aux services d'inspection fédéraux et régionaux respectifs de veiller au respect des règles de fonctionnement et des conditions de travail en vigueur, de réaliser des contrôles plus ciblés et de pouvoir générer des informations statistiques.

A terme, le projet LIMOSA offrira un guichet électronique unique « Working in Belgium » à l'employeur ou au travailleur indépendant étrangers, où toutes les déclarations et demandes (demande de permis de séjour, carte de travail, permis de travail, carte professionnelle, communication de mise à disposition de personnel en Belgique, déclaration de détachement) pourront être réalisées par le biais d'une seule déclaration électronique multifonctionnelle et intégrée. Ces différentes déclarations / demandes seront ensuite introduites dans les back offices des différents niveaux de pouvoir (fédéral, régional, ...). Le déclarant / demandeur pourra en outre suivre le statut de son dossier.

Avec le projet Limosa, la Belgique est le premier pays en Europe à offrir un service intégré où la communication des activités temporaires des employés et indépendants étrangers sur notre territoire peut être réalisée de façon électronique. L'innovation engendrée par ce projet a d'ailleurs permis à Limosa d'être retenu comme best practice

dans la catégorie « Effective and efficient administration » lors de la quatrième conférence européenne d'eGovernment, organisée par la Commission européenne en septembre 2007 à Lisbonne au Portugal.

L'expérience belge pourrait servir de base au développement d'une application au niveau européen, permettant aux personnes qui vont travailler temporairement dans un pays étranger de réaliser, de façon coordonnée, toutes leurs demandes de permis et leurs communications dans tous les pays concernés à travers un guichet unique.

Du point de vue architecture informatique, le système d'user management a été développé de façon modulaire. Ceci permet de facilement réutiliser certains composants et d'évoluer ainsi vers un service paneuropéen. Ainsi les travailleurs et les indépendants d'un pays utiliseraient le système d'user management de leur pays. Ils pourraient de cette manière effectuer une déclaration à un seul endroit qui arriverait au back office du ou des pays de leur choix.

Dans cette perspective, la Belgique a proposé Limosa à la Commission européenne comme base éventuelle pour le développement d'un service social électronique paneuropéen.

- Tarif social gaz et électricité (SOCTAR)

Le projet SOCTAR du Service public fédéral Economie a pour mission d'automatiser l'octroi du tarif social pour l'électricité et/ou le gaz naturel. Depuis 2004, grâce au tarif social, des personnes ou familles appartenant à certaines catégories disposant de revenus modestes ou en situation précaire peuvent bénéficier d'un tarif plus avantageux que le tarif commercial. Par le passé, les clients devaient eux-mêmes demander, auprès de leur fournisseur d'énergie, l'application du tarif social pour leur contrat. Cette procédure obligeait les 'clients' à présenter une attestation écrite obtenue d'une institution publique de sécurité sociale pour prouver qu'ils étaient bien dans les conditions pour bénéficier de ce tarif social. De plus, chaque année ces attestations devaient être redemandées et réintroduites auprès des fournisseurs d'énergie.

Depuis le 1er juillet 2009, avec SOCTAR, la plupart des bénéficiaires n'ont plus de démarches à effectuer pour pouvoir obtenir le tarif social.
Chaque trimestre, les institutions publiques de sécurité sociale communiquent à la BCSS les personnes qui appartiennent aux différentes catégories de bénéficiaires visées par la législation Tarif social ainsi que les périodes de droit.
Chaque trimestre, le SPF Economie communique à la BCSS la liste des clients identifiés des fournisseurs d'énergie (pour lesquels le SPF Economie aura effectué, si nécessaire, une recherche de numéro national).

Sur base de l'input des IPSS, la BCSS indique, pour chaque client présent sur la liste du SPF Economie, si dans le ménage du client quelqu'un peut ouvrir le droit au tarif social ainsi que les périodes de droit. Ces données permettent ainsi au SPF Economie de

mettre à jour sa base de données et de communiquer aux fournisseurs, parmi leurs clients, lesquels peuvent automatiquement bénéficier d'un tarif social.

Au-delà des avantages liés à l'informatisation d'une procédure papier, ce système permet à ceux qui ignoraient qu'ils entraient dans les catégories éligibles au tarif social, de bénéficier automatiquement de l'avantage sans aucune démarche à effectuer. De leur côté, les institutions publiques de sécurité sociale devraient ainsi réduire le nombre d'attestations « papier » délivrées. Et grâce à la gestion des bases de données au sein du secteur social, les données transmises sur base trimestrielle tiennent compte des modifications survenues pour les ayant-droits.

E. Quelques grands projets en cours

1. Disparition de la carte SIS

Toutes les cartes SIS ont été émises avec une validité de 10 ans. Les cartes SIS dont la durée de validité arrivera à échéance fin 2013 ne seront pas renouvelées. La disparition sera progressive pour qu'à terme il n'y ait plus de carte SIS telle que nous la connaissons aujourd'hui.
Si dans les faits et jusqu'à présent la carte SIS est utilisée pour identifier les assurés sociaux et pour connaître leur statut assurance soins de santé ; la disparition de la carte SIS n'aura pas pour conséquence la fin de ces deux fonctionnalités, elles seront simplement assurées différemment.

Un groupe de travail, coordonné par la Banque Carrefour de la sécurité sociale, réunit tous les acteurs concernés par la disparition de la carte SIS et la mise en place d'un nouveau système.
On planifie que les fonctionnalités actuellement assurées par la carte SIS, seront progressivement prises en charge par la carte d'identité électronique. Le prestataire de soins utilisera la carte d'identité électronique de son patient, d'une part, pour lire ses données d'identification et, d'autre part, pour consulter en ligne ses données administratives d'assurance soins de santé auprès des organismes assureurs.

Par carte d'identité électronique, on entend à l'heure actuelle les différentes cartes électroniques qui sont distribuées par les pouvoirs publics belges en vue de l'identification :
- l'eID (la carte d'identité électronique classique) ;
- la Kids-ID (la carte d'identité électronique des enfants de moins de 12 ans) ;
- la carte électronique délivrée aux ressortissants (non belges) de l'Union européenne qui séjournent en Belgique ;
- e titre de séjour électronique délivré aux ressortissants de pays hors Union européenne qui séjournent en Belgique.

Pour les patients qui ne satisfont pas aux conditions d'octroi d'une telle carte d'identité électronique actuelle, il est prévu de leur délivrer un autre support.

La Banque Carrefour de la Sécurité sociale (BCSS), l'Institut national d'assurance maladie invalidité (INAMI), les organismes assureurs, Fedict et le Registre national travaillent actuellement à ce vaste projet.

Les aspects suivants sont notamment pris en compte :
- la disponibilité auprès de tous les organismes assureurs d'une application permettant aux prestataires de soins de consulter en ligne le statut du patient en matière d'assurance soins de santé, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;
- l'intégration de cette application de consultation dans les logiciels de gestion des prestataires de soins qui appliquent le régime du tiers payant (principalement les pharmacies et les hôpitaux) ;
- l'évolution des appareils de lecture de cartes SIS vers des appareils de lecture pouvant lire (aussi) des cartes d'identité électroniques ;
- la mise au point d'un nouveau système d'identification certaine pour les patients qui ne disposent pas d'une carte d'identité électronique (par exemple les travailleurs frontaliers).

2. Pensions – Base de données unique (projet Athena)

Pour que tous les travailleurs reçoivent très régulièrement, et dès le début de leur carrière, une estimation de leurs droits à la pension, les informations de carrière relatives aux trois régimes de pensions (le régime des travailleurs salariés, le régime des fonctionnaires, le régime des travailleurs indépendants) et aux pensions complémentaires seront fusionnés dans une base de données unique. Ce projet est dénommé ATHENA. Grace à celui-ci, un seul interlocuteur pourra ainsi informer les pensionnés et futurs pensionnés de leur situation et leurs droits.
Ce projet permettra également à chaque travailleur de connaître l'implication de ses changements de carrière sur ses droits à la pension.

F. Quelques défis importants

1. L'intégration au réseau de nouveaux acteurs du secteur social et de nouvelles banques de données et le développement de nouveaux flux de données électroniques

La BCS œuvre à l'intégration d'un nombre croissant d'acteurs du secteur social dans son réseau d'offre de services. Les fonds de sécurité d'existence, les fonds de pensions complémentaires (deuxième pilier de pension), les institutions des Communautés et des Régions chargées de missions sociales (offices de l'emploi, services pour personnes handicapées, sociétés de logement social, ...), les provinces ou communes, les prestataires de soins, les guichets d'entreprise et les entreprises privées qui offrent des services d'intérêt général (p. ex. les sociétés de distribution d'électricité et de gaz) et qui ont dans cette optique besoin d'informations sur le statut social de certains de leurs clients constituent les groupes cibles prioritaires pour l'extension du réseau.

Les nouvelles banques de données constituées au sein ou en dehors de la sécurité sociale qui s'avèrent utiles pour les acteurs du secteur social sont intégrées au réseau au fur et à mesure de leur création.

Par ailleurs, des attestations papier peuvent encore être remplacées par des flux de données électroniques directs entre les acteurs du secteur social dès que les fournisseurs et destinataires des données concernés sont prêts sur le plan technique. Chaque année, en concertation avec les instances partenaires du réseau, la BCSS prend l'initiative d'établir une liste d'actions prioritaires, cette liste des priorités est mise à disposition sur le site web de la BCSS.

Il en résulte que les citoyens et les entreprises recevront de moins en moins d'attestations papier.

A titre d'exemples, voici quelques-unes des nouvelles attestations électroniques :
- échange électronique de données entre les institutions de sécurité sociale et les organismes de pension et de solidarité qui gèrent un plan de pension d'entreprise ou un plan de pension sectoriel (données relatives au salaire et au temps de travail) ;
- échange électronique de données relatives aux accidents du travail graves entre le Fonds des accidents du travail et les services externes de prévention ;
- échange électronique de données entre les institutions de sécurité sociale et les Communautés et Régions, e.a. en ce qui concerne le calcul de primes et d'indemnités, l'octroi de bourses d'études, ... ;
- échange électronique de données entre les institutions de sécurité sociale et les sociétés de logement social, e.a. concernant les revenus (de remplacement) ;
- extension des services offerts aux CPAS :
- échange électronique de toutes les données nécessaires au remboursement par le SPP Intégration sociale (SPP IS) de toute aide (revenu d'intégration, allocation de chauffage, allocation aux sans-abri, ...) accordée par les CPAS ;
- consultations électroniques de données disponibles auprès d'autres institutions de sécurité sociale en vue de la prestation de services globale (revenu d'intégration, aide sociale, avances sur les prestations de sécurité sociale, primes et subsides, ...) ;
- extension pour les autres acteurs du secteur social (p.ex. sociétés du logement) de la possibilité de consultation électronique des informations gérées par les CPAS.

2. La promotion de l'échange électronique de données entre citoyens et entreprises, d'une part, et acteurs du secteur social, d'autre part

De nombreux échanges électroniques interactifs de données ont déjà lieu entre les employeurs et les acteurs du secteur social. Progressivement, l'ensemble des formalités administratives que les citoyens ou leurs employeurs doivent continuer à accomplir vis-à-vis de la sécurité sociale pourront être réalisées par la voie électronique, soit en mode d'application à application, soit via des transactions sur un site portail. Les conditions sont plus que jamais réunies. L'utilisateur final dispose de la technologie d'Internet, peu onéreuse et très conviviale.

Par la même voie électronique, les citoyens pourront obtenir des informations de base sur l'état d'avancement de leurs dossiers, ils pourront consulter les données à caractère personnel les concernant qui sont enregistrées dans les banques de données des institutions de sécurité sociale, ils pourront, si nécessaire, introduire par la voie électronique des propositions d'amélioration de leurs données à caractère personnel et ils pourront consulter les loggings relatifs aux échanges de données les concernant. L'ensemble des demandes de droits sociaux, pourront progressivement être introduites par la voie électronique.

Les employeurs pourront également obtenir, par la voie électronique, auprès des acteurs du secteur social des informations minimales et non sensibles relatives aux personnes qui ont mis leur carte SIS ou leur carte d'identité électronique à la disposition. Ils ne devront donc plus demander ces informations par téléphone ou sur papier.

3. De bons accords entre les institutions publiques de sécurité sociale d'une part et les institutions coopérantes de sécurité sociale, les administrations locales et les sous-traitants d'entreprises d'autre part lors du développement de nouveaux services et applications

La mise à la disposition systématique de nouvelles applications pour les citoyens et les entreprises et le développement des nouveaux types de services précités doivent être basés sur de bons accords et une répartition des tâches entre les différents acteurs du secteur social. Lors de l'offre de services, certaines tâches partielles sont mieux assurées par des acteurs situés au niveau fédéral, régional ou communautaire et d'autres tâches sont mieux assumées par des acteurs qui se trouvent plus près des citoyens ou des entreprises, tels les villes, les communes, les mutualités, les syndicats, les secrétariats sociaux ou les CPAS. La technologie moderne permet plus que jamais de développer des services à valeur ajoutée pour les utilisateurs finaux, en coordonnant ou intégrant des services partiels. En réalité, les services à valeur ajoutée destinés aux utilisateurs finaux sont développés selon un modèle à couches et sur la base d'une architecture orientée services (service-oriented architecture ou SOA) :

- une couche inférieure, appelée couche des ressources, contient les données et les composants logiciels de base en vue de la gestion et de la publication des données ;
- une couche intermédiaire, appelée couche des services, comprend tout d'abord plusieurs services génériques, tels que la transformation des formats de données, l'attribution d'un ticket unique à tout message électronique, la création d'accusés de réception, le routage de messages électroniques, l'orchestration de processus, la prise de loggings, la gestion des utilisateurs et des accès, etc. qui peuvent être utilisés en vue d'offrir plusieurs services business ; cette couche est également chargée de regrouper les données et les composants de base de la couche des ressources et les services génériques de la couche des services pour créer des services business qui peuvent être appelés par la couche d'application et de présentation supérieure ;

- la couche supérieure, appelée couche d'application et de présentation, veille à ce que les services business de la couche des services soient transformés en applications qui sont mises à la disposition des utilisateurs finaux à travers différents types de canaux (PC, GSM, TV interactive, ...) de manière intégrée et avec une valeur ajoutée maximale ; les services devraient de préférence être offerts de manière personnalisée ou au moins de façon ciblée, et être axés sur les événements qui peuvent se produire dans la vie des utilisateurs finaux ; grâce à l'utilisation des systèmes de single sign on ou de single log on, les utilisateurs finaux ne doivent s'identifier et s'authentifier qu'une seule fois afin de pouvoir utiliser les différents services.

Dans ce modèle à couches, les acteurs du secteur social qui se situent au niveau fédéral, régional ou communautaire peuvent en premier lieu s'attacher au développement de la couche des ressources et de la couche des services, et les acteurs plus proches des citoyens ou des entreprises, tels les villes, les communes, les mutualités, les syndicats, les secrétariats sociaux ou les CPAS, peuvent se concentrer sur la couche d'application et de présentation. Cette façon de procéder permet d'éviter le développement multiple inutile de composants de base et de services génériques et les acteurs proches des citoyens et des entreprises peuvent se consacrer à une offre de services aux utilisateurs finaux qui satisfait pleinement à leurs besoins concrets. Si de bons accords sont pris en la matière, le coût total du développement de l'e-government pourra être limité, le degré de pénétration auprès des utilisateurs finaux et la valeur ajoutée pour ces derniers augmenteront et il sera possible d'éviter des conflits inutiles qui pourraient voir le jour lorsque les différents types d'acteurs s'engagent sur le terrain des autres.

4. Le développement d'un échange électronique de données mutuel entre le secteur social et le SPF Finances, moyennant autorisation des comités sectoriels compétents de la Commission de la protection de la vie privée

Une simplification administrative complémentaire majeure résulte de l'échange de données électronique systématique entre le secteur social et le SPF Finances. Il est essentiel de consacrer un attention toute particulière au respect des principes de base de la réglementation relative à la protection de la vie privée. En particulier, il y a lieu de définir clairement les finalités pour lesquelles les données à caractère personnel peuvent être échangées (principe de finalité). De plus, l'échange doit se limiter aux données qui sont pertinentes et non excessives par rapport à ces finalités (principe de proportionnalité). Dans cette optique, l'échange de données doit faire l'objet d'une autorisation préalable des comités sectoriels compétents de la Commission de la protection de la vie privée qui publient leurs autorisations.

Nous distinguons une série de services qui ont été développés par le SPF Finances et qui sont nécessaires à la bonne réalisation des missions des institutions de sécurité sociale.

Les institutions de sécurité sociale suivantes ont ainsi accès à TAXI-AS (SPF Finances) qui contient toutes les données de l'avertissement extrait de rôle: le SPF Sécurité sociale (DG Personnes handicapées et DG Politique sociale), le Service du contrôle administratif de l'INAMI (intervention majorée et le statut Omnio), les CPAS via le SPP Intégration sociale (allocation de chauffage) et l'ONP (revenu garanti aux personnes âgées et garantie de revenus aux personnes âgées).

L'IBPT, l'INASTI, Kind en Gezin, la direction Logement de la Région de Bruxelles-Capitale, le VAZG, dans le cadre du maximum à facturer, ont également introduit une demande d'autorisation d'accès auprès du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé.
En ce qui concerne les biens immobiliers (CADNET), le service est, à l'heure actuelle, en production pour l'ONSS, l'ONP, les CPAS et le Vlaams Woningsfonds. La Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen attend par exemple encore l'autorisation du Comité sectoriel pour l'Autorité fédérale.

Un projet de recouvrement des dettes fiscales et non fiscales (STIMER) a été lancé auprès du SPF Finances. Un traitement automatique et uniforme est ainsi possible grâce à l'utilisation d'un dossier unique. L'ONEM et les organismes de paiement des allocations de chômage, le Fonds des accidents du travail et le SPF ETCS se sont inscrits pour réaliser, à travers une interface de la BCSS, un échange de données bidirectionnel avec le SPF Finances. Ceci donne lieu à une rationalisation significative des processus et permet aux agents des Finances de se concentrer sur leur core business.

Enfin, on peut également, signaler dans ce contexte, le développement d'un service web « L'entreprise a-t-elle des dettes fiscales ». Ce service permet à l'ONEM de vérifier auprès du SPF Finances si une entreprise de titres-services (débutante) a des dettes fiscales. En fonction de ces informations, une agréation est soit accordée, soit retirée.

En ce qui concerne les services du secteur social pour les besoins des Finances, citons, dans un premier temps, la déclaration d'impôts des personnes physiques pré-complétée, dans laquelle les informations relatives aux revenus salariaux et aux revenus de remplacement qui sont disponibles dans le secteur social sont pré-complétées, avant que cette déclaration ne soit envoyée aux contribuables sur support papier ou ne soit mise à leur disposition via l'application tax-on-web (p. ex. pensions, allocations de maladie, crédit-temps). Les contribuables ou le SPF Finances ne doivent plus retranscrire de données. Ceci donne lieu à une amélioration de la qualité et simplification substantielles.

En outre, les créances établies par les Finances auprès de l'Office national des vacances annuelles sont mises à jour par un flux de données annuel.

Enfin, pour les besoins du recouvrement fiscal et non-fiscal, un service a été élaboré pour le SPF Finances (ZACHEUS). Ce service permet à ce dernier d'accéder au répertoire des employeurs, au fichier du personnel et à la DmfA de l'ONSS/de l'ONSSAPL et au pécule de vacances auprès de l'ONVA.

5. La collaboration avec des dirigeants politiques et d'autres services publics compétents en matière d'e-government

Ces dernières années, des ministres ayant l'e-government dans leurs attributions ont été désignés dans la plupart des niveaux de pouvoir et des services publics ont été chargés de la coordination des initiatives en matière d'e-government.

Par ailleurs, un accord de coopération en matière d'e-government a été conclu entre l'Etat belge et les Communautés et Régions. Cette évolution implique un certain nombre d'opportunités et de défis pour la BCSS. Tout d'abord, grâce à la mise à la disposition de son savoir-faire et de son expérience en matière d'e-government, la BCSS peut contribuer à une administration plus effective et plus efficace et à une diminution des charges administratives en général. Par ailleurs, certains services de base, comme par exemple les portails et les services de gestion des utilisateurs, peuvent être développés en commun pour les différents niveaux de pouvoir et le secteur social. Cette approche commune diminue le coût total de ces services et en accroît la multifonctionnalité pour les citoyens et les entreprises. Enfin, la possibilité d'une connexion sécurisée du réseau de la sécurité sociale à des réseaux d'échange électronique des données développés aux différents niveaux de pouvoir offre de très grandes perspectives pour de nouvelles initiatives en matière de simplification administrative.

6. L'appui au développement de la plate-forme eHealth

Actuellement, de nombreuses applications utilisent déjà les services de base de la plate-forme eHealth, par exemple pour l'alimentation et la consultation du registre du cancer, pour la consultation par les médecins compétents de la déclaration anticipée d'euthanasie ou encore pour la consultation des données médicales relatives au placement de prothèses de la hanche et des genoux par les médecins orthopédistes hospitaliers. Dans un avenir proche, la plate-forme eHealth développera encore un grand nombre d'autres applications en collaboration avec ses partenaires. Partant d'initiatives régionales et locales existantes, les prestataires de soins individuels et les hôpitaux dans toute la Belgique pourront, moyennant l'accord du patient, avoir accès aux données pertinentes de celui-ci qui sont disponibles auprès d'autres prestataires de soins ou hôpitaux et qui sont utiles dans le cadre d'un traitement de qualité (résultats d'examens ou de traitements antérieurs, médicaments prescrits dans le passé, ...). Les prescriptions de soins, en premier lieu les prescriptions de médicaments, peuvent d'ores et déjà être établies et délivrées par voie électronique dans les hôpitaux. En ce qui concerne les prescriptions électroniques en milieu ambulatoire, le système est actuellement en phase pilote. Les demandes de remboursement de médicaments, de prothèses ou d'implants, pour lesquelles un accord des mutualités doit être obtenu, peuvent être introduites par voie électronique à l'aide de processus simplifiés. Le droit au remboursement peut également être consulté par voie électronique par les prestataires de soins en ce qui concerne leurs propres patients. Dans certains autres domaines cliniques (arthrite, implants cardiaques, ...) des registres sont mis à la disposition de manière sécurisée dans le cadre du soutien des soins multidisciplinaires

et transmuraux. Ces registres permettent de consulter les soins administrés à un patient déterminé. Enfin, des banques de données utiles, telle qu'une banque de données des médicaments comprenant entre autres leurs modalités de remboursement, seront accessibles à tous via la plate-forme eHealth et pourront d'ailleurs être sollicitées à partir des logiciels propres du prestataire de soins ou de l'établissement de soins.

Avec le développement et la mise à disposition progressive de toutes ces applications, la plate-forme eHealth représente une valeur ajoutée évidente pour l'avenir des soins de santé.

La direction générale de la plate-forme eHealth a été confiée à l'administrateur général de la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Sur http://www.ehealth.fgov.be se trouvent les informations relatives à la plate-forme eHealth, son organisation, sa mission, la réponse à des questions fréquemment posées, etc. Le site portail est un des services offerts par la plate-forme eHealth. Les acteurs des soins de santé y trouveront des informations et des services en ligne concrets qui pourront leur être utiles dans l'exercice des soins de santé.

7. Veiller continuellement à ce que le développement de l'e-government dans le secteur social ne cause pas de préjudices aux citoyens

L'honnêteté nous oblige à décrire non seulement les avantages offerts aux citoyens par une gestion électronique coordonnée des informations au sein du secteur social, mais aussi les désavantages auxquels cette gestion donne lieu en l'absence de certaines mesures appropriées. Aussi est-il de la responsabilité de la BCSS et des acteurs du secteur social d'éviter ces désavantages. Les atteintes à la vie privée des citoyens 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 web de la BCSS. Il est toutefois important que l'ensemble des acteurs du secteur social accordent une attention continue à ces mesures et qu'ils 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 au-delà de la durée nécessaire. Les données à caractère personnel disponibles auprès d'autres acteurs du secteur social et services publics peuvent y être obtenues dans le cadre des autorisations qui ont été accordées à cet effet par le comité sectoriel compétent indépendant de la Commission de la protection de la vie privée, nommé par le parlement, dont le respect est contrôlé par la BCSS préalablement à tout échange concret de données à caractère personnel. Il est strictement veillé à ce que les données ne soient pas modifiées ou lues par des personnes non autorisées pendant leur transport au travers de réseaux.

En outre, il faut également éviter que l'ensemble du système devienne peu transparent pour les citoyens. Etant donné que les informations sont échangées par la voie électronique entre les acteurs du secteur social et qu'elles sont dès lors de moins en moins demandées directement auprès des citoyens ou de leurs employeurs, les citoyens

ne disposent plus d'autant de moments de contrôle pour vérifier l'exactitude des informations traitées. C'est pourquoi, il est essentiel que les acteurs du secteur social prêtent une attention toute particulière à l'exécution de l'obligation d'information et de motivation prévue dans plusieurs réglementations lorsque sont prises des décisions sur la base de données disponibles dans le réseau. Le citoyen doit non seulement connaître les données de fait et la législation sur la base desquelles les décisions ont été prises mais idéalement aussi les sources dans lesquelles ces données ont été puisées. Il risque sinon de ne plus savoir à qui s'adresser s'il souhaite faire corriger des données erronées.

8. Conclusion

En guise de conclusion, nous souhaitons présenter, sur la base de notre expérience avec plusieurs initiatives importantes en matière d'e-government, plusieurs facteurs qui sont importants pour un développement réussi ainsi que plusieurs risques à gérer en particulier.

Les facteurs de succès critiques sont les suivants :

- considérer l'e-government comme un processus de réformes structurel où
  - sont développées des chaînes de valeur conformes aux événements de vie des citoyens et des entreprises qui sont valables pour tous les services publics et niveaux de pouvoir ;
  - des services sont mis à la disposition des citoyens et des entreprises de manière intégrée et personnalisée ;
  - les processus d'entreprise et les relations au sein de chaque service public, entre les services publics, et entre les services publics d'une part et les citoyens et les entreprises d'autre part sont optimalisés d'une manière bien coordonnée ;
- une vision claire des principes de base d'une gestion et d'une protection stratégiques des informations, qui est partagée par les différents acteurs ;
- une bonne combinaison de quick wins et de projets à long terme, qui sont tous conformes à la vision commune ;
- un cadre légal rendant obligatoires certains principes de base en matière de gestion et de protection stratégiques des informations et permettant une coordination efficace des schémas notionnels ;
- une bonne collaboration entre tous les acteurs concernés, basée sur une répartition des tâches plutôt que sur une centralisation des tâches, tout en respectant la répartition légale des compétences entre les acteurs ;
- l'appui et l'accès aux responsables politiques au plus haut niveau ;
- une large base sociale et la confiance de tous les gestionnaires en ce qui concerne le maintien de l'autonomie utile et la sécurité des systèmes et réseaux ;
- la volonté d'opérer des changements organisationnels auprès des acteurs concernés ;
- le nécessaire changement radical de culture au sein des pouvoirs publics, par exemple :

- l'évolution de la hiérarchie vers des réseaux ;
- le développement de l'offre de services en fonction des besoins des utilisateurs, et non en fonction de l'organisation des services publics ;
- l'évolution vers l'empowerment au lieu de la simple soumission ;
- la récompense de l'entrepreneuriat au sein des services publics ;
- l'évolution vers une évaluation ex post de l'output, plutôt que vers un contrôle ex ante de l'input ;
- le bon fonctionnement d'un ou plusieurs organismes qui ont élaboré la vision commune et les projets, qui ont convaincu les acteurs concernés et qui ont coordonné les projets ;
- une mise en œuvre adéquate des technologies modernes sur la base d'une architecture correcte, notamment pour le développement d'un plan de sécurité et d'interopérabilité ;
- la formation de toutes les personnes concernées.

Enfin, les risques suivants doivent notamment être gérés :

- la recherche d'un équilibre adéquat entre d'une part l'efficience et l'efficacité de l'offre de services et d'autre part la protection de la vie privée et la sécurité de l'information ;
- un projet moyen dans le secteur public est plus compliqué qu'un projet moyen dans le secteur privé en raison d' :
  - un plus grand nombre de gestionnaires (hommes politiques, fonctionnaires, groupes d'intérêts, électeurs, contribuables, utilisateurs de services publics, autres services publics, autres niveaux de pouvoir, ...) ;
  - l'exécution dans un environnement moins stable ;
- la course aux quick wins ne stimule pas le développement de systèmes bien conçus basés sur l'optimisation des processus ;
- dans le secteur public, la marge de manœuvre financière pour l'innovation est en général étroite ;
- l'éventuel déficit de compétences et de connaissances dans le chef des acteurs concernés ;
- le fait que certains intermédiaires entre les citoyens et les entreprises d'une part et les services publics d'autre part considèrent le développement de l'e-government comme une menace pour leur existence et leurs missions.

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, Audenarde, 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[115] :
- 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.

115 Code judiciaire, articles 81 à 83.

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[116]

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 ;
- 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) ;

116 Code judiciaire, articles 578 à 583.

- les contestations relatives au prononcé des amendes administratives prévues par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités117 ;
- les contestations fondées sur la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre les discriminations entre les femmes et les hommes relatives aux régimes complémentaires de sécurité sociale.

Le tribunal du travail est en outre compétent en ce qui concerne la procédure en règlement collectif de dettes. Cette procédure, intéresse directement la sécurité sociale, puisqu'il est notamment prévu que les organismes de perception des cotisations sociales et les organismes octroyant des prestations sociales sont autorisés à accepter, dans le cadre d'un plan de règlement amiable, une remise totale ou partielle des montants qui leur sont dus lorsque cette remise est proposée par le médiateur de dettes, pour autant que certaines conditions soient respectées[118].

2. Compétence territoriale

Le tribunal compétent est déterminé, selon le cas, par le domicile de l'assujetti ou de l'assuré social[119]. 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[120].

C. La prodécure

La procédure appliquée devant les juridictions du travail se caractérise en principe 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.

117 Entrée en vigueur le 31 décembre 2005(2) Code judiciaire, article 1675/10.
118 G.W., art. 1675/10.
119 Code judiciaire, article 628.
120 Code judiciaire, article 630.

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.

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[121].

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.

N.B. : Font exception au principe de la requête simplifiée les contestations relatives aux obligations des employeurs ainsi que les litiges survenant entre organismes chargés de l'application des règles de sécurité sociale. Dans ces litiges, et depuis le 1er janvier 2007, le recours à la requête contradictoire est toutefois autorisé moyennant le respect d'un certains nombre de formalités et mentions.[122]

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[123].

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[124].

121 Code judiciaire article 704, § 2.
122 Article 704, § 1er et articles 1034 bis à 1034 sexies du même code.
123 Article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.
124 Article 14 de la Charte de l'assuré social.

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[125].

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[126].

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[127] ;

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[128] ;

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[129] ;

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 ;

125 Article 53 des lois coordonnées du 3 juin 1970 concernant l'indemnisation des dommages résultant des maladies professionnelles.
126 Article 728, § 1er, du Code judiciaire.
127 Article 728, § 1er, du Code judiciaire.
128 Article 728, § 3, alinéas 1 et 2 du même code.
129 Article 728, § 3, alinéa 3 du même code.

- 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[130].

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[131] :

- 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.

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.

130 Article 39, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités.
131 Article 870 du même code.

En outre, l'auditorat donne au juge un avis motivé quant à la solution à apporter au litige qui lui est soumis.
Enfin, il y a lieu de noter qu'en cas de concours ou de connexité d'infractions sociales avec une ou plusieurs infractions à d'autres dispositions légales qui ne sont pas de la compétence des juridictions de travail, le procureur général près la Cour d'appel désigne le parquet du procureur du Roi ou l'auditorat du travail et, le cas échéant, le parquet général ou l'auditorat général du travail qui est compétent pour exercer l'action publique[132].

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 tiers133 ;
- une enquête en vue d'établir, par l'audition de témoins, la preuve des faits qui lui apparaissent concluants134 ;
- une expertise afin qu'il soit procédé à des constatations et en vue de bénéficier d'un avis d'ordre technique135 ;
- la comparution personnelle des parties ou de l'une d'elles en vue de procéder à un interrogatoire136 ;
- une descente sur les lieux137.

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[138].
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[139].

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[140].

132 Article 155 du même code.
133 Article 877 du même code.
134 Article 916 du même code.
135 Article 962 du même code.
136 Article 992 du même code.
137 Article 1007 du même code.
138 Article 19, alinéa 2, du même code.
139 Article 735, § 1er, du même code.
140 Article 584, alinéa 2, du même code.

La procédure suivie est celle du référé[141]. 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[142]. 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[143].

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[144].

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.

141 Voir articles 1035 à 1041 du même code.
142 Article 1043, alinéa 1er du même code.
143 Article 792 du même code.
144 Article 1043, alinéa 2 du même code.

1. L'opposition[145]

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. 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[146]

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[147]

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 constitutionnelle[148]

La Cour constitutionnelle 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.

145 Articles 1047 à 1049 du même code.
146 Articles 1050 à 1067 du même code.
147 Articles 1073 à 1121 du même code.
148 Voir la loi particulière du 6 janvier 1989 de la Cour d'Arbitrage.

1. Le contentieux des questions préjudicielles

La Cour constitutionnelle 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 constitutionnelle. 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 constitutionnelle la question préjudicielle soulevée par les parties ou d'office.

Les questions préjudicielles susceptibles d'être posées à la Cour constitutionnelle sont exclusivement des questions de validité portant sur la compatibilité d'une loi, d'un décret ou d'une ordonnance[149] 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[150] 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 constitutionnelle 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 saisie de la Cour

Lorsqu'une juridiction (sur question préjudicielle) saisit la Cour constitutionnelle, la procédure pendante devant cette juridiction est suspendue jusqu'à ce que la Cour constitutionnelle 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).

149 Les décrets et les ordonnances sont des normes infranationales émanant des collectivités fédérées que sont les Communautés et les Régions.
150 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[151]

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

151 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'outre mer: 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).

prendre une nouvelle décision mais ceci dans les limites des règles relatives à la prescription. 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 prestations 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, M.B. du 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 santé lissé atteint l'indice-pivot.

L'indice-santé lissé est la moyenne mathématique des indices-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 euros et liés à l'indice-pivot en vigueur le 1er janvier 2000 : 103,14 (indice de base 1996 = 100).

En cas d'adaptation à l'index, les montants sont à nouveau calculés en y appliquant le coefficient 1,02n, 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 (indice de base 1996 = 100), soit 103,14 x 1,021 = indice-pivot 105,20.

En juillet 2005, l'indice-pivot 116,15 (base 1996 = 100) a été atteint. Il s'agit de l'indice-pivot de rang 6. Les montants de base ont donc été multipliés par $1{,}02^6$, soit : 1,1262. Les prestations sociales ont été adaptées le 1er août 2005. À partir du 1er janvier 2006, la base 2004 = 100 est applicable. Pour convertir un indice « normal » de base 1996 vers la base 2004, il faut multiplier par 0,8701. Pour convertir un indice-santé de base 1996 vers la base 2004, il faut multiplier par 0,8790. Ainsi l'indice-pivot 116,15 devient 102,10 dans la base 2004. L'indice-pivot suivant 104,14 a été atteint en septembre 2006. Les prestations sociales ont été adaptées le 1er octobre 2006.

L'indice-pivot 106,22 a été atteint en décembre 2007. Les prestations sociales ont été adaptées le 1er janvier 2008. Les prestations sociales ont été à nouveau augmentées de 2 % le 1er mai 2008 et le 1er septembre 2008 suite au dépassement des indices-pivots 108,34 en avril et 110,51 en août. Il n'y a pas eu de dépassement de l'indice-pivot en 2009.

L'indice-pivot 112,72 a été dépassé en août 2010. Par conséquent, les allocations sociales et les salaires dans la fonction publique ont été adaptés au coût de la vie, en d'autres termes augmentés de 2 %, respectivement le 1er septembre 2010 et le 1er octobre 2010.

Les prestations sociales ont été augmentées de 2 % le 1er mai 2011 suite au dépassement de l'indice-pivot 114,79 en avril.

L'indice-pivot 117,27 a été dépassé en janvier 2012, ce qui a entraîné une augmentation de 2% des prestations sociales au 1er février 2012.

Selon les prévisions mensuelles du Bureau fédéral du Plan (cohérentes avec le Budget économique du 13 juin 2012), le prochain dépassement de l'indice-pivot (actuellement 119,962) devrait se produire en décembre 2012.

Le tableau 1 donne l'évolution réelle de l'indice « normal » des prix à la consommation, de l'indice-santé et de l'indice-santé lissé (indice de base 2004 = 100) pour 2010 et 2011.

Le tableau 2 donne l'évolution des indices-pivots (indice de base 2004 = 100) 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.

Tableau 1 : Evolution réelle de l'indice des prix à la consommation, de l'indice santé et de l'indice santé lissé

	2010			2011		
	indice des prix à la consom-mation	indice - santé	Indice- santé lissé	indice des prix à la consom-mation	Indice- santé	indice -santé lissé
janvier	112,05	111,36	110,93	115,66	114,38	113,81
février	112,52	111,90	111,24	116,33	115,05	114,21
mars	112,94	112,11	111,58	116,91	115,39	114,67
avril	113,33	112,34	111,93	117,20	115,57	115,10
mai	113,78	112,72	112,27	117,59	115,98	115,50
juin	113,77	112,74	112,48	117,95	116,43	115,84
juillet	113,82	112,86	112,67	118,09	116,61	116,15
août	113,89	112,94	112,82	117,99	116,49	116,38
septembre	114,25	113,29	112,96	118,31	116,73	116,57
octobre	114,41	113,46	113,14	118,49	116,96	116,70
novembre	114,55	113,55	113,31	118,96	117,40	116,90
décembre	115,00	113,84	113,54	119,01	117,52	117,15
moyenne	113,69	112,76	112,41	117,71	116,21	115,75

Tableau 2 : Adaptation des prestations sociales à l'évolution de l'indice-santé (indices-pivots)

	2008	2009	2010	2011
janvier	106,22	110,51	110,51	112,72
février	106,22	110,51	110,51	112,72
mars	106,22	110,51	110,51	112,72
avril	106,22	110,51	110,51	112,72
mai	108,34	110,51	110,51	114,97
juin	108,34	110,51	110,51	114,97
juillet	108,34	110,51	110,51	114,97
août	108,34	110,51	110,51	114,97
septembre	110,51	110,51	112,72	114,97
octobre	110,51	110,51	112,72	114,97
novembre	110,51	110,51	112,72	114,97
décembre	110,51	110,51	110,51	114,97
moyenne	108,36	110,51	111,25	114,22

Section 5. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins
Maritiem Huis
Olijftakstraat 7-13, bus 1
2060 Antwerpen
Tél. : (03) 220 74 11
Fax : (03) 220 74 66

Banque Carrefour de la sécurité sociale
Quai de Willebroeck, 38
1000 Bruxelles
www.ksz-bcss.fgov.be
Tél.: (02) 741 83 11
Fax: (02) 741 83 00

Site de la Banque Carrefour de la sécurité sociale : http//www.ksz.fgov.be
Portail de la sécurité sociale : http://www.socialsecurity.be
Site de la plate-forme eHealth : https://www.ehealth.fgov.be

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.

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

Un grand nombre d'acteurs et d'institutions sont concernés par le fonctionnement de l'assurance obligatoire soins de santé: l'Institut national d'assurance maladie-invalidité organise et gère l'assurance soins de santé, les organismes assureurs paient l'intervention aux bénéficiaires et l'Office de contrôle des mutualités veille au respect des obligations financières et comptables par les mutualités. La gestion de l'assurance obligatoire soins de santé est basée sur la concertation sociale. Les organismes assureurs, les dispensateurs de soins et les partenaires sociaux siègent dans les différents organes compétents pour la gestion de l'assurance soins de santé.

L'assurance obligatoire soins de santé intervient dans un large éventail de soins de santé. Les soins préventifs et curatifs pour lesquels l'assurance soins de santé prévoit des interventions sont déterminés légalement et sont repris dans la nomenclature. La nomenclature fixe la valeur de chaque prestation et détermine les conditions dans lesquelles les prestations peuvent être dispensées. La répartition des moyens de l'assurance obligatoire soins de santé est déterminée par les différents organes de l'INAMI, au sein desquels les objectifs budgétaires sont annuellement fixés. Les différents accords tarifaires et les conventions entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins sont négociés au sein des organes de l'INAMI. En ce qui concerne le financement, l'assurance obligatoire soins de santé relève, en tant que branche de la sécurité sociale, du mécanisme de la gestion globale de l'ensemble de la sécurité sociale. L'assurance obligatoire dispose non seulement de moyens provenant des gestions globales, mais aussi d'autres moyens propres.

Tant l'organisation administrative que le financement et les dispositions budgétaires de l'assurance obligatoire soins de santé sont précisés ci-dessous. Les principes généraux de l'organisation administrative, du financement et du budget figurent dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et dans l'arrêté 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.

Section 1. L'organisation administrative

A. La répartition générale des compétences dans les soins de santé au niveau institutionnel

Dans la mesure où elle constitue une branche de la sécurité sociale, l'assurance soins de santé relève 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 [152]

La politique de dispensation de soins dans et en dehors des institutions de soins, à l'exception :

a) de la législation organique ;

b) du financement de l'exploitation, lorsqu'il est organisé par la législation organique ;

c) de l'assurance maladie-invalidité ;

d) des règles de base relatives à la programmation ;

e) des règles de base relatives au financement de l'infrastructure, en ce compris l'appareillage médical lourd ;

f) 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 ;

g) 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.

152 Art. 5, §1 er, I, loi spéciale du 8 août 1980.

2. En matière d'aide aux personnes[153]

La politique du troisième âge à l'exception de la fixation du montant minimal, des conditions d'octroi et du financement du revenu légalement garanti aux personnes âgées.

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 dispense 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[154]

L'assurance obligatoire soins de santé relève de la compétence du Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale. 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 constitutionnelle.

153 Art. 5, §1 er, II, loi spéciale du 8 août 1980.
154 L'ancien Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

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. 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, de la loi du 25 avril 1963 relative à la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale et de l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions.

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.

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[155]

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 ;
- 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 ;
- 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 soins de santé (Comité de l'assurance)[156]

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.

155 Art. 15 et 16, L. du 14 juillet 1994.
156 Art. 10, A.R. du 03 juillet 1996 et art. 21, L. 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[157] ;
- 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[158] ;
- approuve les conventions et accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire[159] ;
- 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[160] ;
- détermine les règles interprétatives relatives à la nomenclature des prestations de santé[161] ;
- 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[162].

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 elle constaterait que l'objectif budgétaire est dépassé ou risque d'être dépassé de manière significative[163].

157 Art. 39, al. 3, L. du 14 juillet 1994.
158 Art.22, 1°, L. du 14 juillet 1994.
159 Art. 22, 3°, L. du 14 juillet 1994.
160 Art. 22, 5°, L. du 14 juillet 1994.
161 Art. 22, 4°bis, L. du 14 juillet 1994.
162 Art. 22, 11°, L. du 14 juillet 1994.
163 Art. 51, L. du 14 juillet 1994.

d) Le Conseil scientifique[164]

Ce conseil est chargé d'examiner tout aspect scientifique en relation avec l'assurance soins de santé et la qualité de la dispense 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. Au sein du Conseil scientifique ont été créés le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments et l'Observatoire des maladies chroniques qui est composé d'une section scientifique et d'une section consultative. La section scientifique a pour mission de définir la prise en charge des soins de santé octroyés aux patients atteints d'une affection chronique. La section consultative a pour mission d'évaluer les besoins rencontrés par ces patients.

e) Le Collège des médecins-directeurs[165]

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, des programmes de soins dispensés par les centres multidisciplinaires coordonnés et des prestations dispensées dans les centres médico-pédiatriques aux enfants atteints de maladie chronique ;
- remettre des avis en ce qui concerne l'établissement et les modifications à apporter à la liste des prestations de rééducation fonctionnelle ainsi que ses règles d'application ;
- établir avec les établissements de rééducation fonctionnelle et professionnelle, avec les centres de soins multidisciplinaires, avec les services intégrés de soins à domicile et avec les cercles de médecins généralistes 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 et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile 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.

f) Le Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle[166]

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.

164 Art.19, L. du 14 juillet 1994.
165 Art. 23, L. du 14 juillet 1994.
166 Art. 24, §3, L. du 14 juillet 1994.

g) Les commissions de conventions ou d'accords[167]

Les commissions de conventions ou 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[168]

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[169]

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. 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[170]

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[171]

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, entre autres, des conseils d'agrément des orthopédistes, des bandagistes, des prothésistes-acousticiens, des opticiens et des logopèdes[172].

167 Art. 42 à 49 et 51 à 53, L. du 14 juillet 1994.
168 Art. 27, L. du 14 juillet 1994.
169 Art. 122nonies, A.R. 03.07.1996, art. 35bis, L. du 14 juillet 1994.
170 Art. 30, L. du 14 juillet 1994.
171 Art. 215, L. du 14 juillet 1994.
172 Art. 69 à 106bis, A.R. 03 juillet 1996.

l) Le Collège national des médecins-conseils[173]

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 groupe de direction de l'accréditation[174]

Ce groupe de direction 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.

n) Le groupe de travail assurabilité[175]

Le groupe de travail assurabilité a pour mission d'émettre des avis ou de formuler des propositions de modification de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, notamment sur toutes les questions relatives à l'accessibilité administrative et financière aux soins de santé. Cela comprend entre autre les règles d'inscription, d'ouverture et de maintien du droit aux soins de santé ainsi que les différents aspects de la réglementation relative à l'intervention majorée de l'assurance, au maximum à facturer et à toute autre réglementation relative aux mesures favorisant l'accessibilité aux soins de santé. Le groupe de travail émet aussi des avis dans le cadre de la procédure de renonciation à la récupération de l'indu en soins de santé en application de l'article 22, § 2, a), de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la Charte » de l'assuré social.

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.
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.

173 Art. 120 à 122, A.R. 03 juillet 1996.
174 Art. 122quater, L. du 14 juillet 1994.
175 Art. 31bis, L. du 14 juillet 1994.

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[176]

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.

Section 2. Le financement et le budget

A. Le financement

En tant que branche de la sécurité sociale, l'assurance obligatoire soins de santé s'inscrit dans le mécanisme de la gestion globale de l'ensemble de la sécurité sociale. Dans ce système de financement global, l'Office national de Sécurité sociale (ONSS) pour le régime des salariés et l'Institut national d'assurances sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI) pour le régime des indépendants jouent un rôle central : ils globalisent les ressources de la sécurité sociale et en effectuent la répartition entre les organismes gestionnaires des différentes branches de la sécurité sociale en fonction de leurs besoins. Pour ce qui est des soins de santé, il s'agit de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

176 Art. 49 et 52, 8°, L. du 06 août 1990.

En vertu de la loi du 31 janvier 2007, qui introduit un nouveau système de financement de l'assurance-maladie, et de la loi du 26 mars 2007, qui réalise l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants, plus aucune distinction n'est opérée, dans la branche des soins de santé de l'INAMI, entre le régime des travailleurs salariés et le régime des travailleurs indépendants, et ce à compter de l'année 2008. En outre, une modification fondamentale a été apportée au mode de financement. Jusqu'en 2007, le financement de la branche soins de santé par les deux gestions globales était basé sur les besoins. Depuis 2008, le financement des gestions globales est constitué de trois volets :

1. Un montant de base dû par gestion globale, équivalent au montant de l'exercice précédent auquel est appliqué le taux de croissance des recettes effectives disponibles de cotisations entre l'exercice N-1 et l'exercice N-2. Sont donc concernés ici les produits des cotisations sociales.
2. Un montant complémentaire dû par les deux gestions globales, pour lequel celles-ci reçoivent un financement alternatif (financement alternatif = produits d'impôts, essentiellement TVA et accises). Ce financement assure l'équilibre du budget.
3. S'il apparaît, à l'issue de l'exercice, que les dépenses de soins de santé étaient supérieures à l'objectif budgétaire global, ce dépassement est mis à charge des gestions globales selon une clé de répartition déterminée.

Il s'agit donc toujours d'un financement basé sur les besoins, mais l'apport des gestions globales au niveau des cotisations sociales est limité et n'est plus lié au niveau des dépenses. L'équilibre budgétaire est garanti par le financement alternatif (produits d'impôts). Le financement alternatif incombe à l'autorité, et non pas aux gestions globales.

Enfin, outre les moyens financiers qui lui sont attribués dans le cadre de la gestion globale de la sécurité sociale, l'assurance soins de santé bénéficie d'autres ressources (environ 19%) qui lui sont propres. Elles sont constituées d'une part d'un financement alternatif propre (recettes de TVA et accises), destiné principalement à financer les journées d'entretien dans les hôpitaux, et de recettes spécifiques telles que les cotisations personnelles dues par certaines catégories de titulaires, une retenue de 3,55% opérée sur les pensions, le produit d'un supplément de cotisation ou de prime dans le cadre de certains contrats d'assurance (auto, hospitalisation,...), les recettes prévues dans le cadre du reclassement social des handicapés, le produit d'une cotisation sur le chiffre d'affaire réalisés sur le marché belge des médicaments remboursables,...

B. La responsabilité financière des organismes assureurs

Le budget de l'assurance obligatoire soins de santé est réparti entre les organismes assureurs. Afin de responsabiliser les organismes assureurs, il existe un système de responsabilité financière[177] [178]:

177 A.R. du 12 août 1994.
178 L. du 14 juillet 1994, art. 196 à 201.

- Une partie du budget destiné aux organismes assureurs est fixée sur la base d'une clé de répartition normative, au lieu de la part de l'organisme assureur dans les dépenses totales. Actuellement, 30 % du budget sont fixés d'une manière normative. Lors de la répartition, il n'est donc pas uniquement tenu compte de la part de l'organisme assureur dans les dépenses totales, mais aussi du profil des risques de santé de ses membres. Le budget d'un organisme assureur sera augmenté lorsque les membres présentent des risques plus élevés en ce qui concerne les dépenses de santé.
- Par ailleurs, les organismes assureurs sont tenus responsables lorsque les dépenses réelles dépassent le budget prévu (mali). Actuellement, les organismes assureurs doivent eux-mêmes prendre en charge 25% de la différence entre les dépenses réelles et le budget. Si pour un exercice déterminé, l'objectif budgétaire annuel de l'ensemble des organismes assureurs est dépassé de plus de 2%, le déficit pris en considération (= 25%) est toutefois limité à 2% de la quotité budgétaire de chaque organisme assureur considéré séparément.
- Les organismes assureurs sont tenus de constituer un fonds de réserve particulier pour faire face à d'éventuels dépassements. Ce fonds de réserve doit contenir un montant minimal fixé par la loi. Le fonds de réserve est alimenté par les cotisations en matière de responsabilité financière payées par les affiliés d'un organisme assureur. Toutefois, si les dépenses d'un organisme assureur sont inférieures au budget prévu (boni), l'organisme assureur conserve 25% de l'excédent. L'organisme assureur ne peut disposer librement de la partie du solde positif qui lui est octroyée: il doit la verser dans le fonds de réserve, auquel il peut être fait appel en cas de déficit. Compte tenu du montant minimal exigé pour le fonds de réserve, les organismes assureurs vérifient donc annuellement s'ils doivent demander ou non à leurs affiliés une cotisation pour la responsabilité financière.

C. Le budget

Le budget de l'assurance soins de santé est élaboré au sein de l'INAMI. La fixation des objectifs budgétaires pour une année déterminée passe par différentes phases:

- Les commissions de conventions et d'accords au sein desquelles siègent les dispensateurs de soins et les organismes assureurs fixent les besoins dans leur secteur pour une année déterminée. Elles formulent des propositions de modifications de la nomenclature dans leur domaine (par ex. l'ajout, la suppression ou la modification de certaines prestations).
- Le Service des soins de santé de l'INAMI établit des estimations techniques et les communique au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget.[179]
- La Commission de contrôle budgétaire propose au Comité de l'assurance, au Conseil général, au Ministre des Affaires sociales et au Ministre du Budget des mesures d'économie à appliquer dans certains secteurs en vue de fixer l'objectif budgétaire global.[180]

179 Art. 38, alinéa 4, L. du 14 juillet 1994.
180 Art. 18, L. du 14 juillet 1994.

- Le Comité de l'assurance, au sein duquel siègent les organismes assureurs, les dispensateurs de soins et les partenaires sociaux (ces derniers avec voix consultative), évalue tous les besoins exprimés et détermine les critères sur la base desquels les priorités doivent être fixées. Le Comité de l'assurance analyse toutes les propositions et formule une proposition globale pour le budget et en vue d'une répartition équitable des dépenses entre les différents secteurs des soins de santé. Cette proposition est transmise au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire.[181]
- Le Conseil général, au sein duquel siègent les organismes assureurs et les partenaires sociaux, fixe l'objectif budgétaire global et les objectifs budgétaires partiels sur la base de la proposition du Comité de l'assurance et sur avis de la Commission de contrôle budgétaire. Le Conseil général approuve également les économies structurelles et propose les budgets globaux des moyens financiers.[182] Si le Conseil général n'approuve pas l'objectif budgétaire global et sa répartition en budgets partiels, il en avise le Ministre. Dans ce cas, sur proposition du Ministre des Affaires sociales, le Conseil des ministres peut fixer le montant de l'objectif budgétaire global, sa répartition en objectifs budgétaires partiels ainsi que les budgets globaux des moyens financiers.[183]

181 Art. 39, L. du 14 juillet 1994.
182 Art. 40, § 1er, L. du 14 juillet 1994.
183 Art. 40, § 2, L. du 14 juillet 1994.

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. Les petits risques pour les travailleurs indépendants et les membres des communautés religieuses sont intégrés dans l'assurance obligatoire soins de santé depuis la loi de 26 mars 2007[184]. Les règles en vigueur pour les travailleurs indépendants sont traitées dans un chapitre suivant (voir le point III).

184 Par la loi du 26 mars 2007 portant des dispositions diverses en vue de la réalisation de l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour les travailleurs indépendants, les règles concernant les travailleurs indépendants sont reprises dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994. Autrefois, ces règles faisaient partie de l'A.R. du 29 décembre 1997.

Section 1. Les bénéficiaires

A. Les titulaires

Sont notamment considérés comme titulaires de l'assurance obligatoire soins de santé[185] :

- les travailleurs salariés ;
- les travailleurs indépendants ;
- les travailleurs (indépendants) reconnus incapables de travailler ou les travailleuses (indépendantes) en repos de maternité ;
- les travailleurs en chômage contrôlé[186] ;
- 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[187] ;
- les travailleurs indépendants admis à l'assurance continuée et les travailleurs indépendants bénéficiant de l'assurance sociale en cas de faillite ;
- 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[188] ;
- les personnes ayant droit, en qualité d'agent statutaire de la Société nationale des Chemins de fer belges Holding, à une pension de retraite ou à une pension d'invalidité ;
- les travailleurs indépendants qui ont atteint l'âge normal de la pension et qui justifient d'au moins une année d'activité professionnelle en qualité de travailleur indépendant et les travailleurs indépendants qui, en cette qualité, bénéficient d'une pension de retraite ayant pris cours avant qu'ils atteignent l'âge normal de la pension ;
- les personnes inscrites au Registre national des personnes physiques qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'effectuer un travail lucratif ;

185 Les bénéficiaires de l'assurance (titulaires et personnes à charge) sont énumérés à l'article 32, L. du 14 juillet 1994.

186 Par chômage contrôlé, il faut entendre chaque journée de chômage pour laquelle le chômeur a rempli ses obligations en matière de 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.
Par chômage contrôlé, il y a lieu d'entendre également la période pendant laquelle le travailleur indépendant qui a cessé définitivement son activité ne peut prétendre aux allocations de chômage (article 246 de l'A.R. du 3 juillet 1996).

187 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. du 14 juillet 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 en congé sans solde, de la titulaire qui allaite son enfant, du titulaire en détention préventive ou privé de liberté ... L'admission à l'assurance continuée est quant à elle régie par les articles 248 et suivants de l'A.R. du 03 juillet 1996 susvisé.

188 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. du 14 juillet 1994).

- 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[189] ;
- 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 ;
- les membres des communautés religieuses ;
- les personnes de moins de 18 ans étrangères non accompagnées (MENA).

La loi vise également d'autres catégories, plus spécifiques, de titulaires.

B. Les personnes à charge

Les personnes à charge des titulaires[190] 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[191]. Une exception à cette condition est cependant prévue au bénéfice du conjoint séparé et des enfants à charge[192] ainsi que pour le conjoint qui a une autre résidence principale parce que, en vertu d'une disposition réglementaire, il existe, dans le chef de ce conjoint ou du titulaire, une obligation d'installer sa résidence principale à un endroit précis.

Sont considérés comme des personnes à charge[193] :

1° le conjoint du ou de la titulaire ou du (de la) travailleur (travailleuse). Le conjoint non divorcé, mais séparé de fait ou séparé de corps peut être personne à charge si :
   - il ou elle assume l'entretien d'au moins un enfant considéré comme personne à charge ou
   - il ou elle a obtenu une pension alimentaire, soit par décision judiciaire, soit par 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
   - il ou elle est autorisée à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint en vertu de l'article 221 du Code civil

189 Sont cependant exclus : 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. Le Roi peut, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, déclarer l'exclusion susvisée, pour certaines catégories et éventuellement pour une période déterminée, non applicable ou l'étendre.[article 32, 15°, L. 14.07.1994]. La preuve de la cohabitation découle de la « résidence principale », selon les données du Registre national belge des personnes physiques. Par exception des données du registre national, l'acte de mariage peut faire preuve de la condition de cohabitation entre les époux, en attendant l'adaptation des données précitées du registre national suite à la cohabitation.

190 Il s'agit des titulaires visés à l'article 32, 1°à 16° et 20°et 21° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

191 La preuve de la cohabitation découle de la « résidence principale », selon les données du Registre national belge des personnes physiques. Par exception des données du registre national, l'acte de mariage peut faire preuve de la condition de cohabitation entre les époux, en attendant l'adaptation des données précitées du registre national suite à la cohabitation.

192 Article 124, §2, A.R. du 03 juillet 1996.

193 Article 123, A.R. du 03 juillet 1996.

2° - il ou elle bénéficie d'une pension accordée en vertu d'une disposition légale au conjoint séparé ;

3° la personne qui cohabite avec le titulaire ou le (la) travailleur (travailleuse). 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 ;

4° les enfants énumérés ci-dessous, de moins de 25 ans :

a) les enfants et enfants adoptés du titulaire ou du (de la) travailleur (travailleuse) et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci est mentionné ;

b) les enfants et les enfants adoptés du conjoint du titulaire ou du (de la) travailleur (travailleuse) et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien ;

c) 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 ;

d) les petits-enfants et arrière-petits-enfants du titulaire ou du (de la) travailleur (travailleuse), de son conjoint, de son cohabitant ou de son ascendant visé au 4° lorsque ce titulaire assume l'entretien de ces enfants ;

e) les enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants du conjoint du titulaire ou du (de la) travailleur (travailleuse) 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 ;

f) 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 ;

5° les ascendants du titulaire ou travailleur ou de son conjoint et, le cas échéant, leurs beaux-pères et belles-mères.

Est censée assumer l'entretien de l'enfant, la personne qui cohabite avec l'enfant. La preuve de cette cohabitation résulte de l'information obtenue auprès du Registre nationale. En ce qui concerne les enfants qui ne sont pas inscrits dans le Registre national, la preuve de la cohabitation résulte également de tous moyens de preuve reconnus comme tels par le fonctionnaire dirigeant du service du contrôle administratif. 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 2.265,49 EUR

(montant en vigueur au 1e trimestre 2012). Il est cependant dérogé à cette exclusion notamment en faveur des enfants à charge de moins de 25 ans[194] ;
- la personne qui a la qualité de titulaire et qui peut prétendre aux prestations de santé sans paiement d'une cotisation personnelle[195] ;
- 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 ainsi que les personnes à sa charge[196] ;

La qualité de personne à charge ne se perd pas quand cette personne cesse temporairement [197] de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur.

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 29 catégories de prestations de santé[198] 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 dentaires, les soins donnés par des kinésithérapeutes, les soins des praticiens de l'art infirmier et infirmiers à domicile, les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste ;
- les accouchements ;
- la fourniture de médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, spécialités de marque, oxygène médical etc.) ;
- la fourniture de lunettes et autres prothèses oculaires, d'appareils auditifs, de voiturettes, de bandages, d'orthèses et de prothèses externes ;
- les prestations qui sont fournies par des maisons de repos et de soins, des maisons de soins psychiatriques et des centres de jour ;
- les prestations qui sont fournies par des maisons de repos pour personnes âgées ou par des centres de court séjour, agréés ;
- les prestations qui sont effectuées par des services intégrés de soins à domicile ;

194 Article 124, §1, 1°, A.R. du 03 juillet 1996.
195 Sauf exceptions (article 124, §1, 2°, A.R. du 03 juillet 1996).
196 Article 124, §1, 3°, A.R. du 03 juillet 1996.
197 La cessation de faire partie du ménage du titulaire ou travailleur est réputée temporaire:
- lorsqu'elle a une durée de trois mois au plus ;
- pendant toute la durée de l'hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé ;
- pendant toute la durée du séjour dans un service ou une institution ou dans une maison de repos pour personnes âgées et pour la durée du séjour dans une maison de soins psychiatrique ;
- pendant toute la durée du séjour dans une maison de repos et de soins agréée.
198 Article 34, L. du 14 juillet 1994.

- les soins palliatifs notamment dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire ;
- les frais du transport en ambulance organisé dans le cadre de l'aide médicale urgente ;
- l'hospitalisation ;
- les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle ;
- les frais de voyage des malades qui sont traités ambulatoirement dans des centres anti-cancéreux ou dans des centres de dialyse rénale.

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.

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 (p.ex. le système de tiers payant social pour les bénéficiaires d'une intervention majorée[199]).

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 'peer'-review, 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[200]. 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 certaines consultations de médecins généralistes, 35% pour certaines visites à domicile de médecins généralistes, et 40% pour certaines 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 (DMG).

a) Le régime de l'intervention majorée de l'assurance (ou régime préférentiel, statut VIPO, statut BIM)[201]

Il existe différentes manières d'obtenir un régime de remboursement plus élevé des prestations de santé pour certaines catégories de personnes :

199 Depuis le 1er décembre 2011, les médecins-généralistes sont obligés d'appliquer le système du tiers payant à la demande des bénéficiaires d'une intervention majorée ou du statut Omnio pour les consultations dans leur cabinet. Cette règle s'applique seulement pour les médecins-généralistes conventionnés. En cas de visites à domicile, le médecin-généraliste peut appliquer le système du tiers payant, mais il n'est pas obligé de le faire.
200 Article 37, §1er, L. du 14 juillet 1994.
201 Article 37, §1er et §19, L. du 14 juillet 1994.

- première manière : sur base du bénéfice d'un avantage social (statut BIM). Il n'y a pas de condition de revenu pour ces bénéficiaires.
  Ce statut concerne les bénéficiaires suivants :
  - les bénéficiaires d'un revenu d'intégration octroyé par le CPAS ;
  - les bénéficiaires d'une aide équivalente octroyée par le CPAS ;
  - les personnes qui bénéficient de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), du revenu garanti aux personnes âgées ou d'une majoration de rent ;
  - les bénéficiaires d'une des allocations aux personnes handicapées prévues par la loi du 27 février 1987 ;
  - les personnes de moins de 18 ans étrangères non accompagnées (titulaires MENA) ;
  - les enfants handicapés avec une incapacité physique ou mentale d'au moins 66% ;
- deuxième manière : sur base d'une qualité et d'un contrôle sur les revenus opéré par les organismes assureurs (également statut BIM)

  Ce statut concerne entre autre les bénéficiaires suivants :
  - les pensionné(e)s, invalides, veufs/veuves, orphelin(e)s (ex-VIPO) ;
  - les chômeurs au chômage complet depuis au moins 1 an ;
  - la personne reconnue handicapée non bénéficiaire d'allocations ;
  - les résidents âgés de 65 ans au moins ;
  - les agents des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité depuis 1 an et les militaires qui sont placés en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé depuis 1 an ;
  - les familles monoparentales ;
  - les bénéficiaires d'une allocation de chauffage octroyée par le CPAS.

  Le ménage pris en considération se compose du bénéficiaire ayant la qualité, de ses personnes à charge, de son conjoint ou partenaire de vie et des personnes à charge de celui-ci.
  Le revenu brut imposable du ménage de l'intéressé ne doit pas dépasser 16.606,71 EUR augmenté de 2.889,22 EUR par personne à charge (plafond au 1er février 2012) ;
- troisième manière : sur la base d'un contrôle sur les revenus effectué par les organismes assureurs (statut OMNIO). Il s'agit de ménages qui disposent de revenus modestes.

Le ménage pris en considération est le ménage registre national composé en principe au 1er janvier de l'année pour laquelle le droit au statut est examiné. Le ménage doit disposer de revenus inférieurs au plafond de 15.606,71 EUR augmenté de 2.889,22 EUR par personne supplémentaire (revenus bruts imposables 2011 à la date du 1er janvier 2012).

b) Le dossier médical global (DMG)

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'honoraire du DMG (28,99 euros au 1er août 2012) est entièrement remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé.

Depuis le 1er avril 2011, il existe aussi un module de prévention du DMG pour les personnes âgées entre 45 et 75 ans. Ce module de prévention peut être porté en compte une fois par an. Le module de prévention implique que votre médecin généraliste parcoure une fois par an avec vous, sur base d'une check-list, les mesures de prévention qui pourraient vous être utiles. L'honoraire du module de prévention (10,14 EUR au 1er avril 2011) est entièrement remboursé par l'assurance obligatoire soins de santé.

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 votre généraliste.
Le tarif de remboursement obtenu grâce au DMG dépend de la catégorie à laquelle appartient le titulaire : moins de 10 ans, entre 10 et 75 ans, plus de 75 ans, malade chronique ou patient palliatif.

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.

Si vous consultez un autre médecin que celui qui gère votre DMG, vous n'avez en principe pas droit à la réduction du ticket modérateur. Il existe cependant une exception, en particulier si cet autre médecin travaille dans un regroupement de médecins (enregistrés à l'INAMI) dans lequel travaille aussi le médecin qui gère votre DMG. Vous pouvez à tout moment changer de médecin généraliste. Dans ce cas, vous devez signaler à votre nouveau médecin que vous souhaitez que ce soit désormais lui qui gère votre DMG.

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 (par ex. autorisation exigée du médecin conseil de la mutuelle).

En fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, les spécialités pharmaceutiques sont réparties en 7 catégories de remboursement[202] : A, B, C, Cs, Cx, Fa et Fb.

202 A.R. 7 mai 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.

La catégorie A contient les médicaments d'importance vitale pour les patients. Ils sont utilisés pour le traitement de maladies comme le cancer, le diabète, l'épilepsie,... Ces médicaments sont gratuits pour le patient.

La catégorie B contient les médicaments thérapeutiques. Il s'agit entre autres des antibiotiques.

La catégorie C contient les médicaments agissant sur les symptômes, p.ex. certains inhibiteurs d'acide gastrique.
La catégorie Cs contient p.ex. le vaccin contre la grippe. La catégorie Cx contient p.ex. les contraceptifs.

En 2012, deux autres catégories de remboursement ont été créées, respectivement Fa et Fb. Celles-ci indiquent les médicaments auxquels une base de remboursement constituée d'un montant fixe est attribuée. L'éventuelle différence entre le prix appliqué et la base de remboursement (pour les médicaments appartenant aux catégories Fa et Fb) ne peut pas être portée en compte au patient.

Enfin, dans certains cas, on parle de médicaments de la catégorie D. Il s'agit d'une catégorie fictive qui n'est pas mentionnée sur l'emballage. Ce sont les médicaments qui ne sont pas remboursés. Vous en payez intégralement le prix (ce sont p.ex. des tranquillisants ou les somnifères).

La catégorie de remboursement attribuée indique dans quelle mesure l'assurance obligatoire intervient dans les frais. A partir du 1er avril 2010, l'intervention personnelle du patient (non hospitalisé) est calculée sur base de la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine).

La catégorie de remboursement attribuée indique dans quelle mesure l'assurance obligatoire intervient dans les frais. A partir du 1er avril 2010, l'intervention personnelle du patient (non hospitalisé) est calculée sur base de la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine).

Après la division des médicaments en catégories de remboursement, on vérifie la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine (BR ex fact.)
Si la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine est inférieure à 14,38 EUR, alors l'intervention personnelle est calculée sur un certain pourcentage de la base de remboursement au niveau ex-usine.
Si la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine est d'au moins 14,38 EUR, alors l'intervention personnelle est calculée sur base d'un montant forfaitaire augmenté d'un certain pourcentage de la base de remboursement au niveau ex-usine.

Dans le tableau ci-dessous figure le montant de l'intervention personnelle dans le coût des médicaments par catégorie de remboursement (montants au 1er janvier 2012).

Catégorie → BR ex fact. ↓	A et Fa	B et Fb	C	Cs	Cx
Inférieur à 14,38 EUR	0% de la BR ex fact	26,52 % de la BR ex fact (BIM[200]) 44,20% de la BR ex fact. (ordinaires)	88,39% de la BR ex fact	106,07% de la BR ex fact	141,43% van de VB ex fact
A partir de 14,38 EUR	0 EUR + 0% de la BR ex fact	1,50 EUR + 16% de la BR ex fact (BIM) 2,50 EUR + 27% de la BR ex fact (ordinaires)	5,00 EUR + 54% de la BR ex fact	6,00 EUR + 65% de la BR ex fact	8,00 EUR + 86% de la BR ex fact

Dans certains cas, des plafonds sont fixés. Cela signifie que l'intervention personnelle ne peut pas dépasser un montant maximum lors de l'achat d'un médicament.
Ce montant plafond dépend d'une part, de la catégorie de remboursement et d'autre part, du modèle d'emballage du médicament.

Dans le tableau ci-dessous figure le montant maximum duce ticket modérateur par catégorie de remboursement :

Catégorie de remboursement	Bénéficiaires préférentiels	Bénéficiaires ordinaires
Catégorie A	€ 0	€ 0
Catégorie B	Max. € 7,50	Max. € 11,30
Catégorie B – grand modèle[201]	Max. € 9,30	Max. € 14,10
Catégorie C	Max. € 9,30	Max. € 14,10
Catégorie Cs	Sans maximum	Sans maximum
Catégorie Cx	Sans maximum	Sans maximum
Catégorie Fa	€ 0	€ 0

203 Bénéficiaire d'une intervention majorée del'assurance.
204 Un grand modèle est un modèle qui contient plus de 60 unités.

Catégorie Fb	Max. € 7,50	Max. € 11,30
Catégorie Fb – grand modèle	Max. € 9,30	Max. € 11,30

Dans le cadre de remboursement de référence[205] un supplément (la différence entre le prix appliqué et la base de remboursement) peut être porté en compte en plus du ticket modérateur. Ce supplément est intégralement à charge du patient. Le supplément s'élève à 10,80 EUR.

En cas d'hospitalisation en hôpital général, 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[206] [207] 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, 1,12 EUR ou 2,24 EUR et pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, à 0 EUR, 0,30 EUR ou 0,60 EUR (montants au 01/01/2012).
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.

Au 1er avril 2012, le gouvernement a pris différentes mesures pour encourager la prescription des médicaments moins chers. Dans certains cas, le gouvernement a même rendu obligatoire la délivrance du médicament le moins cher. C'est ce que l'on appelle la Prescription en DCI » et la délivrance du médicament le moins cher pour les antibiotiques et les antimycosiques.

La prescription sur DCI (dénomination commune internationale) suppose que le médecin prescripteur prescrit sur un « groupe DCI »[208] à la place de la marque. Dans certains cas, la prescription en DCI n'est pas exigée (p.ex. les médicaments NO DCI et NO SWITCH). Le médecin n'est pas obligé de prescrire en DCI, il peut encore toujours choisir de

205 Le système de remboursement a débuté le 1er juin 2001 et a pour but d'encourager la prescription de médicaments moins coûteux. Dans le système de remboursement de référence, la base de remboursement d'une spécialité originale pour laquelle il existe une spécialité moins onéreuse est diminuée. A partir du 1er avril 2011, cette diminution s'élève à 31%. Il en résulte que le patient paiera souvent un ticket modérateur plus élevé lorsque le médicament plus coûteux lui sera prescrit et délivré.

206 Le système de remboursement a débuté le 1er juin 2001 et a pour but d'encourager la prescription de médicaments moins coûteux. Dans le système de remboursement de référence, la base de remboursement d'une spécialité originale pour laquelle il existe une spécialité moins onéreuse est diminuée. A partir du 1er avril 2011, cette diminution s'élève à 31%. Il en résulte que le patient paiera souvent un ticket modérateur plus élevé lorsque le médicament plus coûteux lui sera prescrit et délivré.

207 Ce sont les préparations réalisées par votre pharmacien dans sa pharmacie sur base de la prescription de votre médecin.

208 Un « groupe DCI » est un ensemble de conditionnements de médicaments disponibles sur le marché contenant un même principe actif (ou une combinaison de principes actifs), un même dosage et une même voie d'administration. Cet ensemble peut être désigné par une seule formulation de prescription en DCI.

prescrire une spécialité spécifique. Si le médecin prescrit en DCI, il a la possibilité d'indiquer des spécifications supplémentaires sur la prescription.

Lorsque le médecin prescrit en DCI, le patient reçoit une des spécialités du groupe des médicaments les moins chers, ce qui, la plupart du temps, signifie pour ce patient un ticket modérateur moins élevé. Ce médicament moins cher est thérapeutiquement équivalent à la spécialité de marque que le patient aurait reçue.

Si le patient refuse de recevoir un médicament qui appartient au groupe des médicaments les moins chers, alors il doit lui-même supporter l'entièreté du prix du médicament (il n'y a donc pas d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé).

Pour les antibiotiques et les antimycosiques, des règles plus strictes sont en vigueur depuis le 1er mai 2012. Ici la règle de la délivrance obligatoire d'un médicament du groupe des médicaments les moins chers s'applique quand le médecin prescrit un antibiotique ou antimycosique pour un traitement aigu. Cette règle ne s'applique pas si la prescription concerne un traitement qui nécessite une autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité. Dans ce cas, le médicament prescrit ne peut pas être substitué. La substitution est toutefois autorisée s'il existe des raisons médicales de maintenir la marque prescrite. Dans ce cas, le médecin prescripteur doit mentionner « non-substituable pour objection thérapeutique » sur l'ordonnance. Lorsque le patient est allergique ou intolérant à un excipient à effet notoire, le prescripteur indique « allergie à xxx » sur l'ordonnance. Dans ce cas, le pharmacien délivre un médicament du groupe des médicaments les moins chers ne contenant pas l'excipient. Si un tel médicament n'existe pas, il délivre le médicament prescrit à moins que celui-ci ne contienne l'excipient.

Si le patient souhaite néanmoins le médicament prescrit, il devra supporter lui-même l'entièreté du coût (à l'exception des cas mentionnés ci-dessus).

2.3. L'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, le prix de la journée d'entretien[209] 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.

En cas de séjour dans un hôpital général, la participation de l'assuré, excepté pour les médicaments, dépend de son statut. Depuis le 1er janvier 2012, les montants suivants sont d'application :

209 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.
Ce sont les préparations réalisées par votre pharmacien dans sa pharmacie sur base de la prescription de votre médecin.
Un « groupe DCI » est un ensemble de conditionnements de médicaments disponibles sur le marché contenant un même principe actif (ou une combinaison de principes actifs), un même dosage et une même voie d'administration. Cet ensemble peut être désigné par une seule formulation de prescription en DCI.

Statut	Coût de la première journée (admission)	Coût à partir de la deuxième journée d'hospitalisation	Coût à partir de la 91e journée d'hospitalisation
Bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et leurs personnes à charge	€ 5,23	€ 5,23	€ 5,23
Chômeurs et leurs personnes à charge	€ 32,50 (au moins 12 mois au chômage) € 41,98 (moins de 12 mois de chômage)	€ 5,23	€ 5,23
Enfant à charge d'un bénéficiaire ordinaire	€ 32,50	€ 5,23	€ 5,23
Bénéficiaires ayant des personnes à charge ou payant une pension alimentaire et leurs personnes à charge	€ 41,98	€ 14,71	€ 5,23
Bénéficiaires ordinaires	€ 41,98	€ 14,71	€ 14,71

L'assurance obligatoire soins de santé rembourse la plupart des coûts liés à une hospitalisation. Dans certains cas, vous devez payer des suppléments pour lesquels aucune intervention de l'assurance n'est prévue.

Si le patient séjourne dans une chambre commune aucun supplément de chambre ne peut lui être demandé.
Depuis le 1ier janvier 2010, aucun supplément de chambre ne peut être réclamé en chambre à deux lits.

Lors d'un séjour dans une chambre particulière (chambre à 1 lit), l'hôpital peut vous demander un supplément de chambre. Les montants maximum qui peuvent être mis en compte sont mentionnés sur le formulaire d'hospitalisation et sont affichés dans les chambres.
Dans certains cas, aucun supplément de chambre ne peut pas être facturé en cas de séjour en chambre particulière[210] :

- lorsque l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle ;
- lorsque les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre de deux patients ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle ;

210 Article 90 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

- lorsque l'admission se fait dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans une telle unité ;
- lorsque l'admission concerne un enfant accompagné par un parent pendant le séjour à l'hôpital.

Outre les suppléments de chambre, il est également possible que dans certains cas, vous deviez payer des suppléments d'honoraires.

Ces suppléments d'honoraires font toutefois l'objet d'une réglementation[211].

Le fait que des suppléments d'honoraires puissent vous être réclamés dépend du statut de votre médecin (conventionné ou non). Le choix du médecin peut donc avoir des conséquences financières importantes pour le patient.

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 lorsque le patient se trouve dans une des situations d'exception pour lesquelles aucun supplément de chambre ne peut être réclamé pour une chambre particulière.

Par contre les médecins non conventionnés peuvent compter des suppléments d'honoraires au patient, qu'il séjourne en chambre commune ou à deux lits.

Ils ne peuvent cependant demander aucun supplément d'honoraires à certaines catégories de patients qui séjournent dans une chambre commune ou une chambre à 2 lits :
- aux bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance et leurs personnes à charge ;
- aux bénéficiaires d'allocations familiales majorées ;
- aux patients reconnus comme malades chroniques et bénéficiaires du forfait malades chroniques ;
- aux patients palliatifs et patients admis dans un service de soins palliatifs ;
- aux patients qui bénéficient d'une intervention forfaitaire pour le matériel d'incontinence ;
- aux patients qui se trouvent dans les conditions dans lesquelles un supplément de chambre ne peut pas être demandé pour une chambre particulière.

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. En cas d'hospitalisation dans une chambre particulière, le médecin non-conventionné ne peut pas demander de suppléments d'honoraires lorsque le patient se trouve dans

211 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. du 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. du 3 février 2003.

les conditions dans lesquelles un supplément de chambre ne peut pas être demandé pour une chambre particulière[212] .

Il est également à noter que les hôpitaux universitaires reçoivent du gouvernement un budget pour l'enseignement clinique, les recherches scientifiques appliquées et les développements de nouvelles technologies. La condition de ce financement est que les hôpitaux appliquent les tarifs de la convention pour tous leurs médecins. Ce qui a pour conséquence que les hôpitaux universitaires ne peuvent pas demander de suppléments d'honoraires dans les chambres communes et les chambres à deux lits.

2.4 Autres prestations

a) Prestations dispensées dans des maisons de repos et de soins (MSP)

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 ou qui souffre d'un handicap mental 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 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.

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.

212 Dans le cas d'une admission d'un enfant accompagné par un parent, à la condition supplémentaire que le parent n'a pas signé un document dans lequel il demande explicitement une chambre particulière.

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[213] (MàF) 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 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 MàF dont il peut bénéficier, les dépenses de soins ultérieures seront remboursées intégralement

Depuis le 1er janvier 2009, le plafond est diminué de 100 EUR par ménage si un membre du ménage a supporté individuellement 450 EUR d'interventions personnelles durant les deux années calendrier précédentes (MàF malades chroniques)[214].

Toutefois, seuls certains tickets modérateurs sont pris en compte pour le calcul du plafond, à savoir notamment:
- les honoraires des médecins, dentistes, 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 (pas les catégories Cs et Cx) et les préparations magistrales ;
- 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 ;
- la quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments en cas d'hospitalisation ;
- l'intervention personnelle pour le matériel endoscopique et de viscérosynthèse ;
- l'alimentation entérale par sonde ou stoma pour les jeunes de moins de 19 ans ;
- l'intervention personnelle relative aux préparations magistrales et aux implants (suppléments).

Le remboursement est effectué par l'organisme assureur quel que soit le type de MàF. Il existe en effet plusieurs types de maximum à facturer :

a) Le MàF social

Le MàF social est octroyé aux seuls membres du ménage qui sont bénéficiaires de

213 Loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, M.B. du 4 juillet 2002 portant exécution du Chapitre IIIbis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé, coordonnée le 14 juillet 1994.

214 Loi Programme du 22 décembre 2008, A.R. 29 décembre 2008, Ed. 4.

l'intervention majorée ainsi qu'à leurs partenaire et personnes à charge et ce, dès que l'ensemble des frais en soins de santé atteint 450 EUR, peu importe les revenus du ménage.

Depuis le 1er janvier 2009, le plafond est porté à 350 EUR si un membre de cette partie de ménage a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes.

b) Le MàF revenus, à savoir le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire

Ici, le ménage pris en compte est le ménage Registre national. Tous les ménages sont susceptibles de bénéficier du MàF revenus. Le montant des tickets modérateurs à atteindre varie en fonction des revenus annuels nets du ménage. Plus les revenus du ménage sont élevés, plus le plafond à appliquer sera élevé.
Depuis le 1er janvier 2009, le plafond est diminué de 100 EUR par ménage si un membre du ménage a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes.

Les fourchettes de revenus et les plafonds sont désormais les suivants (2012) :

Plafonds de revenus (EUR) (2012)	Plafonds d'interventions personnelles (EUR)	Réductions Maladies chroniques (EUR)
€ 0 - € 17.039,73	€ 450	€ 350
€ 17.039,74 - € 26.195,40	€ 650	€ 550
€ 26.195,41 - € 35.351,10	€ 1.000	€ 900
€ 35.351,11 - € 44.125,29	€ 1.400	€ 1.300
> € 44.125,30	€ 1.800	€ 1.700

c) Le MàF à titre individuel

ans et qui a effectivement supporté des interventions personnelles d'un montant de 650 EUR peut bénéficier du MàF à titre individuel. Il s'agit donc ici d'un droit individuel.
Toutefois, depuis le 1er janvier 2009, lorsque l'enfant a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes, le maximum est porté à 550 EUR.
Pour les enfants qui avait droit aux allocations familiales majorées avant le 2 juillet 2002, le montant maximum reste fixé à 450 EUR.

Si le montant maximum de la famille atteint 450 EUR (ou 350 EUR si un membre du ménage a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateur durant les 2 années calendriers précédentes), c'est naturellement ce montant qui s'applique.

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[215].

Il est financé par un prélèvement sur les ressources[216] 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 de certaines prestations de soins de santé qui ne donnent pas droit à un remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé ni par une assurance étrangère.

Avant de pouvoir faire appel au Fonds, il faut avoir épuisé toutes les possibilités de remboursement.
La première démarche étant de faire valoir tous les droits en application de la législation belge, étrangère, supranationale ou d'un contrat conclu à titre individuel ou collectif.

Pour pouvoir prétendre à une intervention du fonds spécial de solidarité, hormis le fait qu'il doit s'agir de prestations dispensées pour des affections rares ou encore qu'il doit s'agir de techniques médicales innovantes (à l'exception des médicaments) ou d'une maladie traitée à l'étranger, celles-ci doivent de surcroît répondre pour chacune d'entre elles à toute une série de conditions.

En ce qui concerne les enfants, tous les coûts supplémentaires liés au traitement médical des enfants malades chroniques âgés de moins de 19 ans, dès le moment où ils atteignent un montant de 650 EUR sont pris en charge par le Fonds. Par enfant malade chronique, on entend l'enfant qui souffre :

- soit d'un cancer ;
- soit d'une insuffisance rénale dialysée ;
- soit d'une autre maladie menaçant la vie et qui nécessite un traitement continu de 6 mois au moins ou un traitement répétitif de durée identique.

Les coûts supplémentaires portent également sur des prestations de santé qui doivent répondre à toute une série de conditions.

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 pour lesquelles le médecin conseil a donné son accord, ainsi que les frais de voyage et de séjour du bénéficiaire, et, le cas échéant, de la personne qui l'accompagne. Les soins doivent par ailleurs être prescrits par un médecin spécialiste belge avant leur dispense.

215 Article 25, L. du 14 juillet 1994.
216 Il s'agit des ressources de l'assurance soins de santé telles qu'énumérées à l'article 191, L. 14.07.1994.

Si vous souhaitez introduire une demande d'intervention du Fonds spécial de Solidarité, vous devez vous adresser auprès du médecin-conseil de votre mutualité. Il est important que la date de votre demande puisse être déterminée puisque vous devez introduire cette demande dans la période de trois ans qui suit la date à laquelle la prestation a été effectuée.

Selon que votre prestation est effectuée en Belgique ou a l'étranger, vous devez joindre différents documents à votre demande[217]. Le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI décide si votre demande est acceptée et fixe le montant de l'intervention.
Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du Collège des médecins-directeurs, vous pouvez introduire un recours devant le tribunal du travail dans les trois mois suivant la notification du refus.

Section 3. Les conditions d'octroi des prestations

A. Conditions d'ouverture du droit aux prestations

a) Affiliation ou inscription auprès d'un organisme assureur[218]

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 belges (SNCB Holding).
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 Holding, le titulaire choisit librement son organisme assureur mais son choix détermine celui des personnes à sa charge.

L'inscription ou l'affiliation porte en principe 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.

217 Si vous souhaitez introduire une demande d'intervention du Fonds spécial de Solidarité, vous devez vous adresser auprès du médecin-conseil de votre mutualité. Il est important que la date de votre demande puisse être déterminée puisque vous devez introduire cette demande dans la période de trois ans qui suit la date à laquelle la prestation a été effectuée.
Selon que votre prestation est effectuée en Belgique ou a l'étranger, vous devez joindre différents documents à votre demande . Le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI décide si votre demande est acceptée et fixe le montant de l'intervention.
Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du Collège des médecins-directeurs, vous pouvez introduire un recours devant le tribunal du travail dans les trois mois suivant la notification du refus.

218 Article 118, L. du 14 juillet 1994, articles 252 à 254, A.R. du 03 juillet 1996.

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.

b) Versement des cotisations requises[219]

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 2012, à 5.774,16 EUR pour les titulaires âgés de 21 ans et plus, et à 4.330,62 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 à 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[220].
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[221].
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.

219 Article 121, L. du 14 juillet 1994, articles 133 et s., AR 03 juillet 1996.
220 Articles 133 et suivants AR du 03 juillet 1996. Sont visés les titulaires repris à l'article 32, alinéa 1er, 12°, 14°(étudiants du troisième niveau) et 15° (personnes inscrites au Registre national) et 22° (les mineurs étrangers non-accompagnés) de la L. du14 juillet 1994.
221 Montants d'application, au 1er février 2012.
- cotisation trimestrielle de base : 665,51 euros
- revenus inférieurs à 32.708,86 euros : 332,75 euros
- revenus inférieurs au montant prévu pour bénéficier de l'intervention majorée (16.306,95 euros) : 56,42 euros
- revenus inférieurs au montant annuel du revenu d'intégration (12.569,74 euros) : 0 EUR.
- si droit au revenu d'intégration ou à la garantie de revenus aux personnes âgées : 0 EUR.

c) Accomplissement d'un stage[222]

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[223].
Il faut entendre par réinscription, toute demande d'inscription intervenue après qu'est 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 deuxième 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 ménages qui disposent de revenus modestes et bénéficiant d'une intervention majorée de l'assurance ;
- aux personnes inscrites au Registre national des personnes physiques qui, en raison de leur état de santé, sont reconnues incapables d'exercer un travail lucratif ;
- aux personnes qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt ;
- aux personnes qui ont la qualité de titulaire en tant que handicapés, pensionnés, veufs et veuves, orphelins au bénéfice d'allocations familiales.

Depuis le 1er janvier 2008, les petits risques pour les travailleurs indépendants sont intégrés dans l'assurance soins de santé. Le travailleur indépendant qui veut bénéficier d'un remboursement de l'assurance soins de santé doit être affilié à une mutualité et payer les cotisations de l'année référence.

222 Article 121, L. du 14 juillet 1994 – article 130 et s. A.R. du 03 juillet 1996.
223 Article 130, A.R. du 03 juillet 1996.

B. Conditions d'octroi des prestations

a) Le principe de la territorialité des prestations[224]

Sans préjudice de l'application de l'ordre juridique international[225], 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[226] au principe de la territorialité des prestations, on relève notamment :

- 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°883/2004[227] 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 du bénéficiaire résidant en zone frontalière qui se fait soigner dans un établissement hospitalier, situé en dehors du territoire national dans un rayon de vingt-cinq kilomètres maximum de sa résidence principale, à condition qu'il n'y ait en Belgique, aucun établissement similaire plus rapproché.

224 Art. 136, § 1, L. du 14 juillet 1994.

225 Est notamment visé, le règlement (CEE) n°883/2004 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.

226 Article 294, A.R. du 03 juillet 1996.

227 Le règlement CE 883/2004 du 20 mai 2004 abroge le règlement CE 1408/71.

b) Les autres motifs de refus d'octroi des prestations[228] : 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, sinon le titulaire a droit à la différence à la charge de l'assurance soins de santé.

Section 4. Rapports avec les prestataires de soins, les services et les établissements

A. Rapports avec les médecins et les dentistes

Les rapports financiers et 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[229]. 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 dentistes et pas plus de 50% des médecins généralistes ni plus de 50% des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer[230].
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[231].
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[232].

228 Article136, § 1 et 2, L. du 14 juillet 1994.
229 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.
230 Art. 50, §§1 et 3, L. du 14 juillet 1994.
231 Art. 50 §6, L. du 14.07.1994.
232 Art. 50, §3, L. du 14 juillet 1994.

Les médecins et dentistes n'ayant pas notifié, dans les délais fixés par la loi, leur refus d'adhérer à l'accord afficheront, visiblement pour les bénéficiaires, 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 qu'en cas de conventionnement partiel les jours, heures et lieux de consultation auxquels ils peuvent ne pas appliquer les tarifs de cet accord[233].

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 et les kinésithérapeutes 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, pharmaciens et kinésithérapeutes concernés pour la constitution d'une rente et/ou d'une pension en cas de cessation d'activité, de décès ou d'invalidité.

Le médecin, le dentiste, le pharmacien et le kinésithérapeute doit avoir exercé effectivement son activité dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé.

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 sages-femmes, 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.

233 Accord national médico-mutualiste 2012 du 21 décembre 2011.
Accord national dento-mutualiste 2011-2012 du 8 décembre 2010.

Les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et les dispensateurs de soins à domicile (services intégrés de soins à domicile), les fournisseurs du sang et des dérivés sanguins, la fourniture de matière 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[234].

234 Art. 42, L. du 14 juillet 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 arrêté royal du 19 septembre 2008 modifiant, suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour travailleurs indépendants, la réglementation relative au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants[235].

Section 1. Les bénéficiaires

A. Les titulaires

Sont considérés comme titulaires de l'assurance :

- 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 ;

235 A.R. du 19 septembre 2008 modifiant, suite à l'intégration des petits risques dans l'assurance obligatoire soins de santé pour travailleurs indépendants, la réglementation relative au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants.

- 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.

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 :
- 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. Les prestations

Jusqu'au 31 décembre 2007, le système de sécurité sociale obligatoire pour les indépendants ne couvrait que les "gros risques". Les indépendants pouvaient toutefois choisir de compléter leur couverture et de souscrire une assurance "petits risques" par le paiement d'une cotisation complémentaire. Les petits risques sont, entre autres, les consultations et visites chez le médecin, les soins infirmiers et les visites chez le dentiste, certains médicaments, certaines petites interventions, la kinésithérapie, les prestations d'orthopédistes et de bandagistes ainsi que certains frais d'analyses de laboratoire.

Depuis le 1er janvier 2008, les indépendants bénéficient, en matière de prestations médicales et de médicaments, du même remboursement que les salariés et ce sans devoir souscrire une assurance complémentaire libre auprès de leur mutuelle. Il ne subsiste donc plus, dans le secteur des soins de santé, qu'un seul système, pour les indépendants et les salariés, qui bénéficient désormais des mêmes droits sur ce plan.

Les indépendants ne doivent désormais plus verser de cotisation complémentaire libre à leur mutualité. L'assurance « petits risques » est automatiquement intégrée dans les cotisations payées aux caisses d'assurances sociales auxquelles ils sont affiliés.

B. Le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations

L'intervention de l'assurance dans le coût de santé est la même que celle accordée dans le régime des travailleurs salariés.

Le régime des travailleurs indépendants connaît également un système de vremboursement préférentiel des prestations de santé. L'intervention majorée dans le coût des prestations est accordée à certaines catégories de personnes, à savoir :

- 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[236] ;
- les travailleurs indépendants 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 16.306,33 EUR, augmentés de 3.018,74 EUR par personne à charge (montants au 1er février 2012).

C. Le maximum à facturer (MàF)

Le MàF offre à chaque famille la garantie qu'elle ne devra pas dépenser plus qu'un montant déterminé (plafond) pour ses soins de santé. Si vos frais médicaux atteignent ce montant maximal au cours de l'année, vous êtes entièrement remboursé du reste des frais médicaux.

236 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.

La mutualité tient à jour les frais médicaux. Si ceux-ci dépassent le montant maximal de l'année concernée, la mutuelle les rembourse automatiquement tous les mois. L'assuré social ne doit donc rien faire lui-même à cet effet. Il reçoit une attestation en même temps que le premier remboursement dans le cadre du MàF.

Par frais de santé, on entend notamment: les honoraires pour les consultations et visites de médecins, les actes techniques, les médicaments des catégories de remboursement A, B et C (y compris les médicaments en cas d'hospitalisation et les préparations magistrales) et certains frais hospitaliers.

Le maximum à facturer fixé varie en fonction de la catégorie sociale du bénéficiaire (le MàF social), de son âge (le MàF à titre individuel) ou en fonction des revenus du ménage (le MàF revenus).

1. Les bénéficiaires du MàF social

Pour que le MàF social soit octroyé à tous les membres d'un ménage donné, deux conditions doivent être réunies. Depuis le 1er janvier 2006, le ménage pris en considération est constitué du bénéficiaire, son conjoint/sa conjointe ou partenaire et leurs personnes à charge.

1. le ménage doit avoir supporté effectivement 450 EUR de tickets modérateurs ;
2. le ménage doit compter parmi ses membres au moins un bénéficiaire de l'intervention majorée suivante :
   - titulaire veuf ou veuve, invalide, pensionné ou orphelin (« statut ex-VIPO ») ;
   - bénéficiaire du revenu d'intégration ou d'une aide équivalente octroyée par le CPAS ;
   - bénéficiaire du revenu garanti aux personnes âgées ou de la garantie de revenus aux personnes âgées ;
   - chômeur de plus de 50 ans, en chômage complet depuis un an au moins ;
   - personne de 65 ans ou plus inscrite auprès de sa mutualité en qualité de « résident » ;
   - bénéficiaires d'une allocation de handicapés ;
   - enfants atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%.

2. Les bénéficiaires du MàF revenus

Le ménage pris en compte est le ménage « registre national ».
Tous les ménages sont susceptibles de bénéficier du MàF revenus. Le montant des tickets modérateurs à atteindre varie en fonction des revenus annuels nets du ménage (revenus pour le MAF 2010): plus les revenus sont élevés, plus le plafond à appliquer sera élevé. Le ticket modérateur supérieur à un plafond déterminé est entièrement remboursé.

- si ces revenus sont compris entre 0 et 16.457,15 EUR, il doit avoir supporté 450 EUR de tickets modérateurs ;
- pour des revenus entre 16.457,15 et 25.299,79 EUR : 650 EUR ;
- pour les revenus entre 25.299,80 et 34.142,46 EUR : 1.000 EUR ;

- pour des revenus entre 34.142,47 et 42.616,66 EUR : 1.400 EUR ;
- pour des revenus supérieurs à 42.616,66 EUR : 1.800 EUR.

Les revenus pris en compte sont ceux de la 3ème année qui précède celle pour laquelle le droit au MàF est examiné.

3. Le MàF à titre individuel

Il existe une protection supplémentaire pour l'enfant qui, au 1er janvier de l'année d'octroi du MàF, est âgé de moins de 19 ans.

Le montant maximal des interventions personnelles est en principe toujours de 650 EUR, quels que soient les revenus de la famille. Il s'agit ici d'un droit individuel, c.-à-.d. que le jeune peut bénéficier du MàF à titre individuel et ce, indépendamment des revenus de sa famille. Lorsque l'enfant a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateur durant les 2 années calendrier précédentes, le maximum est porté à 550 EUR à partir du 1er janvier 2009.

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.
Ce fonds est financé grâce à un prélèvement sur l'ensemble des ressources de l'assurance soins de santé pour travailleurs indépendants.
Les règles de fonctionnement et d'intervention du fonds sont identiques à celles existant dans le régime général.

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

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 laquelle porte ses effets le premier jour du trimestre au cours duquel la qualité de titulaire est acquise.

2. Versement des cotisations requises

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 le paiement de la cotisation. Cela se fait électroniquement 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

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 être 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[237]

Les dispositions 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 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.

237 Voyez les règles applicables dans le régime général, point II, section 3.

IV. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Politique sociale
Domaine réglementation
Centre administratif Botanique Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte135
1000 Bruxelles
dg-soc@minsoc.fed.be
(02) 528 63 00
(0470) 13 15 77

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Indépendants
Centre Administratif Botanique Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 120
1000 Bruxelles
zelfindep@minsoc.fed.be
(02) 528 64 50

Service public fédéral Personnel et Organisation
Rue de la Loi 51,
1040 Bruxelles
info@p-o.belgium.be

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale
Rue Ernest Blerot, 1
1070 Bruxelles
info@meta.fgov

Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
Chaussée Saint-Pierre, 375
1040 Bruxelles
www.ksz-bcss.fgov.be

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Avenue de Tervuren, 211
1150 Bruxelles
http://www.inami.fgov.be/fr/contact.htm

Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
Place Jean Jacobs, 6
1050 Bruxelles
http://www.inasti.fgov.be

Office de Contrôle des Mutualités et des Unions nationales de Mutualités
Avenue de l'Astronomie, 1
1210 Bruxelles
http://users.skynet.be/com.cdz

Organismes assureurs

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
Chaussée de Haecht 579 (boîte 40)
1031 Bruxelles

Union nationale des Mutualités socialistes
Rue St. Jean, 32-38
1000 Bruxelles
unms@mutsoc.be

Union nationale des Mutualités neutres
Chaussée de Charleroi, 145
1060 Bruxelles
info@unmn.be

Union nationale des Mutualités libérales
Rue de Livourne, 25
1050 Bruxelles
info@mut400.be

Union nationale des Mutualités libres
Rue St. Hubert, 19
1150 Bruxelles
info@mloz.be

Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité
Rue du Trône, 30, boîte A
1000 Bruxelles
info@caami-hziv.fgov.be

Caisse des Soins de santé de la SNCB Holding
Rue de France, 85
1060 Bruxelles
900.css-kgv@B-Holding.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 ;
- Règlement du 16 avril 1997 (assurance indemnités) ;
- Règlement du 28 juillet 2003 (assurance soins de santé).

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[238] :

- un rapport annuel ;
- le Bulletin d'information.

Voir www.riziv.fgov.be

238 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[239]

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[240]

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 des commissions régionales qui sont habilitées à procéder à l'examen des titulaires en période d'invalidité.

239 Art. 161 à 166, A.R. du 03 juillet 1996.
240 Art. 81 et 82, L. du 14 juillet 1994. Art. 167 et suivants, A.R. du 03 juillet 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[241]

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[242]

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.

241 Art. 83 et 84, L. du 14 juillet 1994. Art. 193 à 198 ; A.R. du 03 juillet1996.
242 Art. 85, L. du 14 juillet 1994. Art. 198bis à septies, A.R. du 3 juillet 1996.

B. Le financement[243]

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 ;
- 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[244]

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) Est bénéficiaire 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.

243 Art. 191 et 192, L. du 14 juilet 1994.
244 Art. 86 et art. 110, L. du 14 juillet 1994. Art. 238, A.R. du 3 juillet 1996.

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 3e 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.

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 défaut, à l'héritier le plus proche.

Section 3. Prestations

A. Indemnités d'incapacité de travail

1. Notions d'incapacité de travail[245]

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,

245 Art. 100, §1 et 2 (modifié par la loi programme du 4 juillet 2011 (M.B. 19 juillet 2011) et par la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (M.B. 30 mars 2012) et, 101, L. du 14 juillet 1994 (modifié par la loi programme du 4 juillet 2011 (M.B. 19 juillet 2011).

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 autorisé à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50%.
Le Roi détermine le délai et les conditions dans lesquels l'autorisation de reprise du travail est octroyée ; il détermine également dans quelles conditions et dans quelle mesure les indemnités sont octroyées en cas de non-respect du délai ou des conditions

Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation ou sans respecter les conditions de l'autorisation, est soumis à un examen médical en vue de vérifier si les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail sont réunies à la date de l'examen. Le Roi détermine le délai dans lequel cet examen doit être effectué, à compter de la constatation de l'activité non autorisée ou de la communication de celle-ci.

En cas de décision négative, une décision de fin de reconnaissance est notifiée au titulaire dans le délai déterminé par le Roi.
Le travailleur est tenu de rembourser les indemnités d'incapacité de travail qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels il a accompli le travail non autorisé. Le Comité de gestion du Service des indemnités peut toutefois renoncer, en tout ou en partie, à la récupération desdites indemnités dans les cas dignes d'intérêt, dépourvus d'intention frauduleuse. Cette décision tient compte de la proportionnalité à observer entre l'importance de la récupération d'une part, et la nature ou la gravité du manquement du titulaire à ses obligations d'autre part.

Les jours ou la période pour lesquels les indemnités sont récupérées, sont assimilés à des jours indemnisés pour la détermination des droits aux prestations de sécurité sociale du titulaire, ainsi que des personnes à charge de celui-ci[246].

2. Présomptions d'incapacité de travail[247]

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 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 :

246 Loi du 28 avril 2010 portant des dispositions diverses, M.B. du 10 mai 2010, Ed.01.
247 Art. 100, § 1 et 2, L. du 14 juillet 1994. Art. 239, A.R. du 03 juillet 1996. Art. 4, R. du 16 juillet 1997.

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 agréé par le Collège des médecins-directeurs ou un programme de réadaptation professionnelle approuvé par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité.

3. Incapacité primaire[248]

3.1 Rémunération garantie[249]

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.

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 AMI) est fixée à

248 Art. 211 et suivants, A.R. du 03 juillet 1996. Art. 87 et suivants, L. du 14 juillet 1994.
249 Art. 52, 56, 57, 70 à 73, L. du 03 juillet 1978, CCT n° 12 bis et 13 bis.

126,4894 EUR pour une incapacité survenue à partir du 01.01.2011 (montants au 1er septembre 2012).

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.

Période	A charge de l'employeur	A charge de la mutualité
1er au 7e jour	100%	
8e au 14e jour	85,88%	
15e au 30e jour	25,88% de la partie du salaire ne dépassant pas le plafond AMI de 126,4894 EUR 85,88% du salaire qui dépasse le plafond	60% (limité au plafond AMI de 126,4894 EUR)

b) Régime des employés

1° L'employé conserve, à charge de l'employeur, le droit à sa rémunération pendant les 30 premiers jours d'incapacité de travail. Il n'y a pas de condition d'ancienneté comme c'est le cas pour le régime des ouvriers.
2° Toutefois, si l'employé est à l'essai ou sous contrat à durée déterminée de moins de trois mois ou est engagé pour un travail nettement défini dont l'exécution requiert normalement une occupation de moins de 3 mois, il sera indemnisé de la manière suivante :
• s'il n'a pas encore un mois d'ancienneté, il n'aura pas droit à la rémunération garantie.
S'il a au moins un mois d'ancienneté, il aura 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.

Période	A charge de l'employeur	A charge de la mutualité
1er au 7e jour	100%	
8e au 14e jour	86,93%	
15e au 30e jour	26,93% de la partie du salaire ne dépassant pas le plafond AMI de 126,4894 EUR 86,93% du salaire qui dépasse le plafond	60% (limité au plafond AMI de 126,4894 EUR)

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 indemnité dite « d'incapacité primaire". Celle-ci est calculée sur base d'un salaire journalier plafonné à 120,9603 EUR pour les incapacités antérieures au 01.01.2005, 123,3794 EUR pour les incapacités du 01.01.2005 au 31.12.2006, 124,6133 EUR pour les incapacités du 01.01.2007 au 31.12.2008 et 125,6101 EUR pour les incapacités à partir du 01.01.2009 au 31.12.210 et 126,4894 EUR pour les incapacités à partir du 01.01.2011 et ne peut être inférieure à 60%[250] de la rémunération perdue calculée sur une période de référence[251].
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.

250 Art. 211, A.R. du 03 juillet 1996, Art. 87 et suivants, L. du 14 juillet 1994.

251 Indemnité journalière maximale (art. 212, A.R. du 03.07.1996). Au 1er septembre 2012, le montant maximal de la rémunération est égal à 93,5067 EUR x 1,2936 = 120,9603 EUR pour les incapacités antérieures au 1er janvier 2005. L'indemnité journalière maximale s'élève à 60% du montant maximal de la rémunération : 120,9603 EUR x 60 % = 72,58 EUR. .
Pour les incapacités (primaire ou d'invalidité) à partir du 1er janvier 2005, le montant maximal de la rémunération est égal à 95,3768 EUR x 1,2936 = 123,3794 EUR. Pour les incapacités à partir du 1er janvier 2007, le montant maximal de la rémunération est égal à 96,3306 EUR x 1,2936 = 124,6133 EUR. Pour les incapacités à partir du 1er janvier 2009, le montant maximal de la rémunération est égal à 97,1012 EUR x 1,2936 = 125,6101 EUR. Pour les incapacités à partir du 1er janvier 2011, le montant maximal de la rémunération est égal à 97,7809 EUR x 1,2936 = 126,4894 EUR.

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[252]

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, 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 55% ou 40% de la même rémunération selon qu'il s'agit ou non de la perte d'un revenu unique.
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.

Est également assimilé à un travailleur sans charge de famille auquel une indemnité plus élevée (taux 55%) peut être accordée pour perte de revenu unique,

- le travailleur qui cohabite avec une personne disposant de revenus professionnels dont le montant mensuel est supérieur au plafond de revenus de 914,67 EUR mais inférieur au montant du revenu minimum mensuel moyen de 1.472,40 EUR ;
- le travailleur qui cohabite avec une personne disposant de revenus de remplacement dont le montant mensuel est supérieur au plafond de revenus de 914,67 EUR sans toutefois dépasser le montant plafond mensuel de 1.006,65 EUR.

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.

252 Art. 213, 226 et 226bis, A.R. du 03 juillet 1996, Art. 93 et suivants, L. du 14 juillet 1994.

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.

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[253]

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 ;

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 de 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 ;

253 Art. 225, A.R. du 03 juillet 1996.

Les personnes visées aux points a) à d) 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 c) et d) qui cohabite simultanément avec des personnes autres que celles qui sont énumérées à cet alinéa, 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 cette 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 b).

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 à 2.265,49 EUR (montant au 1er trimestre 2012).

6. Travailleur régulier[254]

Pour être considéré comme travailleur régulier, le titulaire doit réunir simultanément les conditions suivantes :

1) 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 ;

2) 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 ;

3) justifier pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence sous 2, d'une rémunération journalière moyenne au moins égale à 52,8063 EUR, s'il est âgé de 21 ans ou plus, 39,5927 EUR s'il est âgé de 18 à 20 ans, et 26,4032 EUR, s'il est âgé de moins de 18 ans (rémunérations à atteindre au 1er janvier 2011).

254 Art. 224, A.R. du 03 juillet 1996.

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'article 214, §2 de l'arrêté royal 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. Au 1er juillet 2012, cette indemnité minimale s'élève à :

- avec personnes à charge : 40,29 EUR ;
- sans personne à charge : 30,22 EUR.

A partir du 1er juillet 2012, le tableau des indemnités se présente comme suit :

A. Indemnité pour incapacité primaire : indemnité journalière maximale	
• du 1/1/2007 au 31/12/2008	74,77 EUR
• du 1/1/2009 au 31/12/2010	75,37 EUR
• à partir du 1/1/2011	75,89 EUR
B. Indemnité journalière maximale à partir de la 2e année d'incapacité de travail :	
1. incapacité de travail prenant cours avant 1/10/1974:	
• avec charge de famille	52,08 EUR
• sans charge de famille	34,85 EUR
2. incapacité de travail prenant cours du 1/10/1974 au 31/12/2002	
• avec charge de famille	82,46 EUR
• isolé	69,77 EUR
• cohabitant	50,74 EUR
3. début incapacité de travail du 1/01/2003 au 31/12/2004 :	
• Invalide avant le 1/1/2005:	
- avec charge de famille	80,84 EUR
- isolé	68,40 EUR
- cohabiltant	49,75 EUR
• Invalide du 1/1/2005 au 31/12/2006	
- avec charge de famille	82,46 EUR
- isolé	69,77 EUR
- cohabitant	50,74 EUR
4. début incapacité de travail du 1/01/2005 au 31/12/2005	
• Invalide avant le 1/1/2007	
- avec charge de famille	82,46 EUR
- isolé	69,77 EUR
- cohabitant	50,74 EUR
5. début incapacité de travail du 1/1/2006 au 31/12/2007	
• Invalide du 01/01/2007 au 31/12/2008	
- avec charge de famille	81,65 EUR
- isolé	69,09 EUR
- cohabitant	50,24 EUR

6. début d'incapacité de travail à partir du 1/1/2008	
• Invalide du 1/1/2009 au 31/12/2010	
- avec charge de famille	81,65 EUR
- isolé	69,09 EUR
- cohabitant	50,24 EUR
• Invalide à partir du 1/1/2011	
- avec charge de famille	82,22 EUR
- isolé	69,57 EUR
- cohabitant	50,60 EUR
C. Montant minimal des indemnités d'invalidité pour travailleur régulier:	
• avec charge de famille	52,28 EUR
• isolé	41,83 EUR
• cohabitant	35,87 EUR
D. Montant minimal des indemnités d'invalidité pour les titulaires qui n'ont pas la qualité de travailleur régulier	
• avec charge de famille	40,29 EUR
• sans charge de famille	30,22 EUR
E. Allocations pour frais funéraires	148,74 EUR

7. Calcul des prestations[255]

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.

255 Art. 22 et 23, Règlement du 16 avril 1997.

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 septembre 2012, ce seuil s'élève à :
- 46,69 EUR pour les titulaires sans charge de famille ;
- 56,24 EUR pour les titulaires avec charge de famille.

B. Allocations pour frais funéraires[256]

(Voir supra, Section 2.2)

Section 4. Conditions d'octroi et de maintien de droit aux indemnités

A. Indemnités d'incapacité de travail

1. Conditions d'ouverture de droit

1.1. L'affiliation ou l'inscription auprès d'un organisme assureur

(Voir Titre I, II. Conditions d'octroi)

1.2. Stage[257]

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.

256 Art. 110, L. du 14 juillet 1994.
257 Art. 203 et 205, A.R. du 03 juillet 1996.

Dans certains cas, la réduction de la durée du stage ou la dispense du stage d'attente peuvent être obtenues.

1.3. Valeur minimale des documents de cotisation[258]

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[259]

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.

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[260]

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

258 Art. 128, L. du 14 juillet 1994.
259 Art. 129 et 130, L. du 14 juillet 1994.
260 Art. 103 et suivants, L. du 14 juillet 1994. Art. 228, A.R. du 03 juillet 1996.

l'incapacité de travail ait débuté pendant la période de vacances, 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 ainsi que les jours de vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire et les jours de vacances complémentaires qui coïncident avec une période d'incapacité de travail ou que le titulaire s'est trouvé dans l'impossibilité de prendre avant la fin de l'année de vacances du fait de son incapacité de travail et qui ont donné lieu au paiement d'un pécule de vacances (ou d'une rémunération) ;

- 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.

4. Réduction des indemnités[261]

En cas de cumul :

- avec une allocation aux handicapés ;
- avec une pension (de vieillesse, de retraite, d'ancienneté ou tout avantage tenant lieu de pareille pension) complétée ou non par une allocation 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'allocation et/ou la pension).

Ce pourcentage s'élève à :

- 150% (s'il y a des personnes à charge et uniquement une allocation aux handicapés ou pension) ;
- 125% (s'il n'y a pas de personnes à charge et uniquement une allocation aux handicapés ou pension) ;
- 170% (s'il y a des personnes à charge et également une allocation aux handicapés ou une pension) ;

261 Art. 104, L. du 14 juillet 1994. Art. 229 et suivants, A.R. du 03 juillet 1996.

- 145% (s'il n'y a pas de personnes à charge et une allocation aux handicapés ou une pension).

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.

Le montant brut du revenu professionnel est diminué à concurrence du montant 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 tranche de revenus :

Indemnités d'incapacité de travail des travailleurs – Réduction en cas de cumul avec une activité autorisée préalablement (montants au 1er février 2012)	
Revenu professionnel	% considéré
1er tranche de 15,3004 EUR	0%
2ème tranche de 9,1803 EUR	25%
3ème tranche de 9,1803 EUR	50%
4ème tranche > au total des tranches précédentes	75%

Les primes, participations aux bénéfices, treizième mois, gratifications et autres avantages de même nature, payés annuellement, ne sont toutefois pas pris en considération.

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.

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[262]

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 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 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

262 Art. 2 et suivants, R. du 16 juillet 1997.

« 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[263]

Dès que l'organisme assureur a pris connaissance du début de l'incapacité, il recueille les données permettant de vérifier l'accomplissement des conditions nécessaires à l'octroi des indemnités d'incapacité de travail, auprès de l'employeur, au moyen d'une feuille de renseignements et/ou auprès de l'organisme de paiement des allocations de chômage, au moyen d'un message électronique.

Toutefois, les entreprises qui désirent utiliser des modèles de feuilles de renseignements en forme simplifiée doivent en faire la demande au fonctionnaire dirigeant du service des Indemnités ou à son fonctionnaire délégué, qui prendra une décision.

L'employeur transmet les données de la feuille de renseignements à l'aide d'un procédé électronique s'il a opté pour le support électronique.

L'employeur et l'organisme de paiement des allocations de chômage communiquent les données sur demande de l'organisme assureur. L'employeur peut transmettre ces données d'initiative.

L'organisme de paiement communique les données dès réception de la demande de l'organisme assureur. L'employeur communique les données du risque le plus rapidement possible et au plus tard le premier jour ouvrable du mois suivant le mois au cours duquel a débuté l'incapacité de travail. Si des données complémentaires sont demandées par l'organisme assureur, l'employeur transmet celles-ci dès réception de la demande[264].

Si l'employeur a opté pour le support électronique, la demande lui est adressée par le même procédé. A défaut, la feuille de renseignements est envoyée par la poste sauf si l'organisme ne connaît pas l'identité de l'employeur, dans ce cas, il fait parvenir la feuille au titulaire qui la transmet à l'employeur.

L'organisme assureur ne demande communication des données permettant de vérifier l'accomplissement des conditions d'assurance que si ces données ne lui ont pas encore été transmises.

263 Art. 10, A.R. du 16 avril 1997.
264 R. 16 novembre 2011, M.B. 29 décembre 2011, Ed. 2.

Dès qu'il a connaissance du début de l'incapacité de travail, l'organisme assureur fait parvenir au titulaire le volet titulaire de la feuille de renseignements ainsi qu'une attestation de reprise de travail.
Le titulaire renvoie à son organisme assureur, dans les plus brefs délais, la feuille de renseignements, dûment complétée et signée par lui-même.

C. La décision médicale[265]

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 au titulaire au plus tard le cinquième jour civil qui suit celui selon le cas, la réception du certificat médical, la notification d'inaptitude au travail, la déclaration d'incapacité de travail ou notification de fin d'incapacité de travail. Il adresse simultanément une copie de la notification à l'organisme assureur.
Ce délai peut toutefois être porté à sept jours civils, soit en cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail, soit en cas d'intervention du médecin-inspecteur du service d'évaluation et de contrôle médicaux à la demande du médecin conseil.

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.

265 Art. 11 et 13, A.R. du 16 avril 1997.

D. Le contrôle[266]

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[267]

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 immédiatement contre accusé de réception un formulaire "fin de l'incapacité de travail" sur lequel est indiqué le jour à partir duquel il doit reprendre 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.

Le titulaire remet à son organisme assureur, dans les huit jours qui suivent toute fin d'incapacité de travail, une attestation qui est remplie, datée et signée par son employeur et indique la date à laquelle l'intéressé a repris le travail.

L'employeur peut transmettre, dans le même délai, à l'organisme assureur, les données mentionnées sur l'attestation de reprise du travail à l'aide d'un procédé électronique. L'attestation peut également être transmise sur demande de l'organisme assureur, dans ce cas, la demande est adressée à l'employeur par support électronique, s'il a opté pour ce support, à défaut, le formulaire papier lui est remis par l'organisme assureur ou par le titulaire si l'organisme assureur ne connaît pas l'identité de l'employeur. L'attestation est transmise par le même support que celui de la demande.

Si le titulaire a repris le travail avant l'expiration de la période pendant laquelle il bénéficie de la rémunération garantie, l'employeur envoie également une attestation de reprise du travail sur support papier ou électronique, en réponse à une demande de feuille de renseignements adressée par l'organisme assureur ou par le titulaire.

Si le titulaire a la qualité de chômeur contrôlé, l'organisme de paiement des allocations de chômage communique à l'organisme assureur, à l'initiative du titulaire, la date de reprise du chômage contrôlé, à l'aide d'un message électronique approuvé par le Comité de gestion.

266 Art. 15, R. du 16 avril 1997.
267 Art. 167, L. du 14 juillet 1994. Art. 17 et 18, R. du 16 avril 1997.

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 juillet 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 àr 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 ;
- voir art.41, A.R. 20 juillet 1971.

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 juillet 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 juillet 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 et 19, A.R. du 20 juillet 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 juillet 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 dans une entreprise de travail adapté ;
- 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 juillet 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.

Les indépendants ne reçoivent pas de pourcentage de leur rémunération perdue, mais un montant forfaitaire qui dépend de leur situation familiale. A partir du 1er janvier 2007, la catégorie des bénéficiaires cohabitants est introduite dans le régime d'incapacité de travail pour les indépendants. Il s'ensuit que trois types d'indemnités pourront être appliqués selon la situation de famille :
- avec personnes à charge ;
- isolé ;
- cohabitant.

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 juillet 2012) :
- titulaire isolé : 39,51 EUR
- titulaire avec charge de famille : 51,41 EUR
- titulaire cohabitant : 32,08 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 16,57 EUR (montant au 1er juillet 2012).

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 juillet 1971)

Au cours de la période d'invalidité, le titulaire obtient une indemnité d'invalidité dont le montant varie suivant que l'intéressé est titulaire cohabitant, titulaire isolé ou titulaire avec charge de famille et a mis fin ou non à son entreprise. Au 1er juillet 2012, les montants sont les suivants :

Invalidité
- titulaire cohabitant : 32,08 EUR
- titulaire isolé : 39,51 EUR
- titulaire avec charge de famille : 51,41 EUR

Invalidité après fermeture de l'entreprise ou cessation complète de l'activité :
- titulaire cohabitant : 35,87 EUR
- titulaire isolé : 41,83 EUR
- titulaire avec charge de famille : 52,28 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 juillet 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 juillet 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. nr° 38 du 27 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 juillet 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 novembre 1998). Celle-ci régit l'incapacité de travail en termes de congé.

Section 1. Les bénéficiaires

Sont visés les personnes nommées à titre définitif, stagiaires statutaires ou mandataires, 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 fédérale, en ce compris les institutions publiques de sécurité sociale.

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.

Chaque agent reçoit annuellement un aperçu de son solde de congé de maladie de son service du personnel.

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'Administration de l'expertise médicale (MEDEX).

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. Prestations réduites pour raisons médicales

A. Principes

Ce congé est applicable :
- au personnel statutaire ;
- aux mandataires.

Il n'est donc pas applicable aux stagiaires.

Il est possible d'effectuer des prestations réduites pour raisons médicales dans deux situations.

B. Prestations réduites « normales »

Après une absence ininterrompue pour maladie d'au moins trente jours, il est possible de se réadapter au rythme de travail normal en effectuant temporairement des prestations réduites. En principe, à la fin des prestations réduites, l'agent effectue à nouveau un travail à temps plein.

Durée :
Les prestations réduites sont toujours accordées pour une période d'un mois. Après un nouvel examen, Medex peut prolonger cette période d'un mois, avec un maximum de deux mois supplémentaires.

Conditions :
Les prestations réduites succèdent directement à une absence pour maladie qui a duré au moins trente jours calendrier.

Demande :
L'agent doit obtenir un avis positif de Medex au moins cinq jours ouvrables avant le début des prestations réduites.

Le médecin de Medex décide :
- si l'agent entre en considération pour des prestations réduites ;
- du pourcentage de la reprise du travail (50%, 60% ou 80% ;
- du calendrier de travail de l'agent. Les prestations réduites sont effectuées chaque jour de façon à se réadapter progressivement au rythme de travail, à moins que le médecin de Medex n'en décide formellement autrement.

Plus d'info sur la procédure sur le site de Medex: www.medex.fgov.be.

C. Prestations réduites « chroniques »

En cas d'incapacité de travailler à temps plein, suite à une inaptitude médicale de longue durée, il est possible d'effectuer des prestations réduites après une absence ininterrompue pour maladie d'au moins trente jours.

Durée :
Les prestations réduites sont accordées pour une période de maximum douze mois, à moins que Medex estime qu'un nouvel examen doit avoir lieu plus tôt. Après un nouvel examen, Medex peut prolonger plusieurs fois la durée pour tout au plus douze mois.

Conditions :
Les prestations réduites succèdent directement à une absence pour maladie qui a duré au moins trente jours calendrier.

Demande :
L'agent doit obtenir un avis positif de Medex au moins cinq jours ouvrables avant le début des prestations réduites.
Le médecin de Medex décide :
- si l'agent entre en considération pour des prestations réduites ;
- du pourcentage de la reprise du travail (50%, 60% ou 80%) ;
- du calendrier de travail de l'agent. Les prestations réduites sont réparties sur l'ensemble de la semaine, conformément à l'avis du médecin de Medex.

Si l'état de santé de l'agent se modifie, il peut demander au cours d'une période de prestations réduites en cours un nouvel examen auprès de Medex afin d'adapter son régime de travail.

Plus d'infos sur la procédure sur le site de Medex: www.medex.fgov.be.

Section 4. Procédure d'octroi des prestations

A. Congés pour maladie et disponibilité pour maladie

L'agent absent pour maladie est soumis au contrôle médical de MEDEX. Le fonctionnaire doit avertir son supérieur hiérarchique. Pour une absence pour maladie ou accident d'une durée supérieure à un jour, le fonctionnaire doit introduire le plus vite possible un certificat médical auprès de MEDEX. Le fonctionnaire ne doit introduire un certificat médical afin de justifier le troisième jour d'absence d'un jour survenant au cours de l'année calendrier qu'après avoir bénéficié de deux fois un jour sans certificat.

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 Personnel et Organisation
Direction générale Ressources humaines et Carrières
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi 51, boîte 4
1040 Bruxelles
Tél. : (02) 790.53.05
Tél. : (02) 790.53.13
Fax : (02) 790.53.99

Administration de l'expertise médicale (MEDEX)
Place Victor Horta 40/10
1060 Bruxelles
Tél. : (02) 524.97.97
Fax : (02) 524.75.00

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Politique sociale
Centre administratif Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 115
1000 Bruxelles
mailto:dg-soc@minsoc.fed.be
(02) 528 64 26

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Indépendants
Centre administratif Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 120
1000 Bruxelles
mailto:zelfindep@minsoc.fed.be
(02) 528 64 50

Banque Carrefour de la Sécurité sociale
Chaussée Saint-Pierre 375
1040 Bruxelles
http://www.bcss.fgov.be/fr/contact/contactfr1.htm
(02) 741 83 11

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Avenue de Tervuren 211
1150 Bruxelles
http://www.inami.fgov.be/fr/contact.htm
(02) 739 71 11

Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants
Place Jean Jacobs 6
1050 Bruxelles
http://www.inasti.fgov.be
(02) 546 42 11

Office de Contrôle des Mutualités et des Unions nationales de Mutualités
Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles
http://www/ocm-cdz.be
(02) 209 19 11

Organismes assureurs

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes
Chaussée de Haecht 579, boîte 40
1031 Bruxelles
mailto : alliance@mc.be
(02) 246 41 11

Union nationale des Mutualités socialistes
Rue St. Jean 32-38
1000 Bruxelles
mailto : unms@mutsoc.be
(02) 515 02 11

Union nationale des Mutualités neutres
Chaussée de Charleroi 145
1060 Bruxelles
mailto : info@unmn.be
(02) 538 83 00

Union nationale des Mutualités libérales
Rue de Livourne 25
1050 Bruxelles
mailto : info@mut400.be
(02) 542 86 00

Union nationale des Mutualités libres
Rue St. Hubert 19
1150 Bruxelles
mailto : info@mloz.be
(02) 778 92 11

Caisse auxiliaire d'Assurance maladie-invalidité
Rue du Trône 30, boîte A
1000 Bruxelles
mailto : info@caami-hziv.fgov.be
(02) 229 35 00

Caisse des Soins de santé de la S.N.C.B. Holding
Rue de France 85
1060 Bruxelles
mailto : 900css-kgv@B-Holding.be
(02) 525 35 57

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 ;
- le réglement du 28 juillet 2003.

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[268] :

- les circulaires aux organismes assureurs ;
- la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ;
- la liste des préparations magistrales remboursables ;
- un aperçu des unions nationales de mutualités et des mutualités ;
- la nomenclature des prestations de santé ;
- 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.

268 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[269]

L'assurance maternité est rattachée fonctionnellement à la structure administrative qui a en charge l'assurance indemnités.

Les différents organes administratifs qui interviennent dans le cadre de l'assurance indemnités sont donc également compétents.

(Voir titre II, chapitre I, Section 1)

269 Art. 111, L. du 14 juillet 1994.

Section 2. Les bénéficiaires[270]

(Voir titre II, chapitre I, Section 2, 1)

Section 3. Les prestations

A. Principe[271]

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[272]

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[273]

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.

270 Art. 112, L. du 14 juillet 1994.
271 Art. 113, L. du 14 juillet 1994
272 Art. 114 à 115, L. du 14 juillet 1994.
273 Art. 114, L. du 14 juillet 1994.

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.

2. Le repos postnatal

2.1. 1. Durée

Le repos postnatal s'étend sur une période de neuf semaines qui prend cours le jour de l'accouchement. La période de neuf semaines commence à courir le jour après le jour de l'accouchement lorsque la travailleuse a entamé le travail le jour de l'accouchement. Cette période peut être prolongée à concurrence de la période pendant laquelle la titulaire a continué à travailler ou à chômer de la sixième à la deuxième semaine y incluse (de la huitième à la deuxième si naissance multiple) précédant 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, à la demande de la titulaire, de 2 semaines.

La période de repos postnatal peut, à la demande de la titulaire, être prolongée d'une semaine lorsque la titulaire a été incapable de travailler durant toute la période de six semaines (ou huit semaines si naissance multiple) précédant la date réelle de l'accouchement.

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[274] :

- 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 ;

274 Art. 220, A.R. du 03 juillet 1996.

- 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.

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. 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. La prolongation du repos postnatal prend cours à l'expiration des neuf semaines de repos postnatal.

Autre possibilité de prolongation :

La travailleuse a la faculté de prolonger la période de repos de maternité en reprenant une partie de ses activités professionnelles : elle peut convertir les deux dernières semaines de la période de repos postnatal et prendre des jours de congé postnatal, selon un planning fixé par elle, dans les huit semaines à dater de la fin de la période ininterrompue du congé de repos postnatal. Pour avoir droit à un de ces jours de congé postnatal, elle doit remplir quelques conditions : elle doit avoir la possibilité de prolonger l'interruption de travail après la neuvième semaine obligatoire d'au moins deux semaines et informer par écrit son employeur de la conversion et du planning qu'elle aura fixé, au plus tard, quatre semaines avant la fin de la période obligatoire de congé postnatal[275].

La travailleuse qui souhaite faire usage de cette faculté de conversion doit également avertir son organisme assureur de son intention par la remise du planning au plus tard quatre semaines avant la fin du repos postnatal obligatoire.

Dans les huit jours qui suivent la fin du repos postnatal ininterrompu (soit la reprise du travail), la travailleuse doit remettre à son organisme assureur, une attestation remplie, datée et signée par son employeur confirmant la date à laquelle elle a repris ses activités professionnelles.

Lorsque la travailleuse a épuisé tous les jours de congé résultant de la conversion, l'employeur est tenu de délivrer à la travailleuse une attestation mentionnant la date de ses jours de congé de repos postnatal ainsi que le nombre d'heures de congé correspondant si la travailleuse était occupée à temps partiel au début du repos de maternité. La travailleuse remet ensuite cette attestation qui vaut demande d'indemnisation à son organisme assureur.

275 Art. 39, al. 3, L. du 16 mars 1971.

2.2. Démarche administrative

(Voir Point 1. Repos prénatal)

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[276]

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 ;
- Interdiction du travail de nuit.

C. L'indemnisation des périodes de protection de la maternité

1. Le repos prénatal et postnatal[277]

Le montant de l'indemnité de maternité est fixé à un pourcentage du salaire perdu plafonné (à 126,4894 EUR au 1er septembre 2012) 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 Max. : 94,87 EUR

276 Art. 114bis L. du 14 juillet 1994. Art. 219bis et 219ter, A.R. du 03 juillet 1996.
277 Art. 216 et 217, A.R. du 03 juillet 1996.

Chômeuses (6 premiers mois d'incapacité de travail (1)	Indemnité de base (*) + 19,5% du salaire plafonné Max. 100,5 EUR	Indemnité de base (*) + 15% du salaire plafonné Max. 94,87 EUR
Invalides (**) et autres	79,5% du salaire plafonné – Max. 100,5 EUR	75% du salaire plafonné – Max. 94,87 EUR

(*) 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.

La travailleuse qui fait usage de la faculté de convertir une partie de son repos de maternité en jours de congé de repos postnatal a droit à une rémunération pour les jours de congé postnatal. Le montant des indemnités ne peut toutefois pas excéder le montant qui aurait été octroyé si la travailleuse n'avait pas fait usage de cette faculté.

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[278]

La travailleuse enceinte 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 78,237% 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. Cette indemnité est allouée jusqu'à la sixième semaine précédant la date présumée de l'accouchement ou la huitième semaine, lorsqu'une naissance multiple est prévue.

La titulaire accouchée ou allaitante 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 fixé à 60% de la rémunération perdue. La période pendant laquelle la titulaire allaitante peut prétendre à l'indemnité de maternité ne peut excéder une période de cinq mois prenant cours le jour de l'accouchement.

Si la travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante 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 qu'elle percevait avant l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque ou le changement de poste de travail.

278 Art. 219 bis, al. 1 et 2, A.R. du 03 juillet 1996.

Le montant de l'indemnité est toutefois réduit compte tenu du montant du revenu professionnel évalué en jours ouvrables que la titulaire perçoit à la suite soit de l'aménagement des conditions ou du temps de travail à risque, soit du changement de poste de travail.

La travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante qui exerce plusieurs activités professionnelles, dont la suspension de l'exécution du contrat de travail ou la dispense de travail ne concerne qu'une ou plusieurs mais pas toutes ses activités, a droit à une indemnité fixée à 60% de la rémunération perdue découlant de l'activité (ou des activités) qu'elle a cessé d'exercer. Cette indemnité se limite toutefois à la somme des rémunérations qu'elle percevait avant la mesure de protection de la maternité et est réduite compte tenu du montant du revenu professionnel qu'elle continue de percevoir.

D. Conversion du congé de maternité[279]

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, une partie du repos postnatal peut être convertie, en un congé en faveur du père ou coparent[280] de l'enfant et ce, moyennant le respect de certaines conditions.

En cas de décès de la mère :
Le père/coparent de l'enfant peut bénéficier d'un congé de paternité. La durée de celui-ci ne peut excéder la partie du repos postnatal non épuisée par la mère 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/coparent bénéficie d'une indemnité pour chaque jour ouvrable de la période de congé de paternité ainsi que pour chaque jour assimilé à un jour ouvrable.
Le montant de l'indemnité est déterminé sur base de la rémunération du père/coparent 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/coparent 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/coparent qui désire bénéficier du congé de paternité doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Cette demande doit être accompagnée d'une attestation de l'établissement hospitalier indiquant la date à laquelle l'hospitalisation de

279 Art. 114, L. du 14.07.1994, Art. 221 à 223, A.R. du 03 juillet 1996.
280 Loi du 13 avril 2011 modifiant, en ce qui concerne les coparents, la législation afférente au congé de paternité, M.B. 10 mai 2011.

la mère a pris cours, certifiant que l'hospitalisation de la mère a une durée supérieure à sept jours et que le nouveau-né a quitté l'hôpital.

Le père/coparent bénéficie pour chaque jour ouvrable de la période de congé de paternité ainsi que pour chaque jour assimilé à un jour ouvrable d'une indemnité fixée à 60% de la rémunération perdue plafonnée. La rémunération prise en considération est celle perdue par le père/coparent 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.

Le titulaire en chômage contrôlé a droit à une indemnité égale au montant de l'allocation de chômage à laquelle il pourrait prétendre s'il ne se trouvait pas en période de congé de paternité.

Pour le titulaire reconnu incapable de travailler, le montant de l'indemnité ne peut être inférieur au montant de l'indemnité d'incapacité de travail à laquelle il pourrait prétendre s'il n'était pas en congé de paternité.

E. Congé de paternité[281] (congé de naissance)

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 d'un enfant, durant dix jours, à choisir par l'intéressé dans les quatre mois à dater du jour de l'accouchement (jour compris dans la période des quatre mois). Ces dix jours peuvent être pris en une fois ou de manière échelonnée.

La loi du 13 avril 2011 a élargi le congé de paternité à une autre catégorie de travailleurs, les coparents.

Le droit au congé de paternité pour le coparent (congé de naissance) peut seulement être ouvert si le lien de filiation légal n'existe qu'à l'égard d'une seule personne (à savoir la mère). Si le lien de filiation légal est établi à l'égard du père, seul le père légal a le droit au congé de paternité.

Le coparent souhaitant prétendre au congé doit fournir la preuve d'un partenariat avec la personne dont la filiation est établie (la mère de l'enfant). Cette preuve peut être apportée par :

- un extrait d'acte de mariage ;
- une preuve de cohabitation légale avec la mère ;
- un extrait du Registre de la population attestant que l' intéressé est inscrit à la même adresse que la mère depuis une période ininterrompue d'au moins 3 ans avant la naissance.

281 Art. 223bis, A.R. du 03.07.1996, Art. 30, L. du 03.07.1978.

Un seul coparent a droit audit congé, à l'occasion de la naissance d'un même enfant. Lorsque plusieurs personnes peuvent prétendre au congé, celui-ci est accordé en vertu des règles de priorité susmentionnées.

Lorsque le coparent adopte l'enfant concerné, le congé est déduit du congé d'adoption. 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 à charge de sa mutualité.

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 103,72 EUR au 1er septembre 2012). Cette indemnité est allouée dans les mêmes conditions que celles fixées pour l'octroi de l'indemnité de maternité.
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 le plus vite possible.

F. Congé d'adoption[282]

Le travailleur, à l'exclusion du travailleur qui bénéficie d'une indemnité pour rupture du contrat de travail, a droit à une indemnité pour les jours ouvrables du congé d'adoption. La durée maximale autorisée du 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 exercer le droit au congé d'adoption ce congé doit prendre cours dans les deux mois qui suivent l'inscription de l'enfant comme faisant partie du ménage du travailleur dans le Registre de la population ou dans le Registre des étrangers de sa commune de résidence.

Concrètement, la durée maximale autorisée du congé d'adoption dépend donc :

1. de l'âge de l'enfant au début du congé :
- de 3 ans ;
- entre 3 ans et 8 ans ;
- plus de 8 ans.

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.

282 Art. 223ter, A.R. du 03 juillet 1996, Art. 30ter, L. du 03 juillet 1978.

Age de l'enfant	Durée max. autorisée du congé d'adoption	Durée max. autorisé du congé d'adoption en cas de handicap
Moins de 3 ans	6 semaines	12 semaines
Entre 3 et 8 ans	4 semaines	8 semaines
A partir de 8 ans	Fin du congé d'adoption	Fin du congé d'adoption

Le congé d'adoption devra être pris en une seule fois, sans pouvoir être fractionné. Le travailleur n'est pas obligé de prendre l'entièreté du congé mais il doit prendre au moins une semaine ou un multiple d'une semaine.

Ce congé prend fin :
- si le père et/ou la mère ne souhaite pas prendre entièrement le congé d'adoption, le congé d'adoption se termine après une semaine ou 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.

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 congé d'adoption doit introduire une demande auprès de sa mutualité. Aucune exigence de forme n'est requise. L'enfant doit faire partie du ménage du travailleur, ce que prouvera la donnée « lieu principal de résidence » du Registre national. Si ces données ne sont pas encore disponibles, il (elle) devra remettre à sa mutualité un document prouvant l'inscription de l'enfant dans le Registre de la population ou le Registre des étrangers de sa commune de résidence. En cas de handicap de l'enfant, une attestation doit également être jointe.
La mutualité fera parvenir une « feuille de renseignements ». Celle-ci doit être complétée par l'employeur (plus spécifiquement les données concernant les jours de congé et le salaire). L'indemnité sera calculée sur base de ces données.
La feuille de renseignements doit également être complétée par le (la) salarié(e) et renvoyée à la mutualité.
Dans certains cas, la feuille de renseignements est directement envoyée à l'employeur par support électronique.

Au niveau des indemnités, trois jours sont à charge de l'employeur. Les autres jours sont indemnisés par l'organisme assureur à concurrence de 82% du salaire plafonné (maximum égal à 103,72 EUR au 1er septembre 2012), à raison de 6 jours par semaine.

G. Pauses d'allaitement[283]

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 neuf 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 onze mois après la naissance.

La travailleuse qui travaille 4h00 par jour a droit à une pause d'une demi-heure. La travailleuse qui travaille au moins 7h30 a droit à deux pauses d'une demi-heure, pauses qu'elle peut prendre en une ou deux fois.

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'employeur doit également déclarer le montant du salaire horaire correspondant à une heure de pause d'allaitement. 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

L'intéressée qui a la qualité de titulaire peut prétendre aux indemnités pour les heures de pause d'allaitement. La qualité de titulaire de l'assurance maternité au moment où elle prend les pauses d'allaitement suffit. Les autres conditions d'assurabilité (Voir Titre II, chapitre I, Section 4) ne sont pas applicables. Les heures de pauses d'allaitement sont assimilées à des heures de travail et entrent donc en ligne de compte pour remplir les conditions d'assurabilité.
(Voir titre II, chapitre I, Section 4)

283 Art. 223quater, A.R. du 03 juillet 1996, C.C.T. du 27 novembre 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 juillet 1971).

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. L'indemnité de maternité

1. Principe

La période de repos de maternité est une période équivalant à une période de maximum 8 semaines. Il n'y a pas d'obligation de prendre toutes les semaines. Depuis le 1er janvier 2009, seules trois semaines doivent être prises obligatoirement, à savoir une semaine avant l'accouchement (repos prénatal) et deux après celui-ci (repos postnatal). En ce qui concerne les cinq semaines facultatives, la mère peut les prendre quand elle le souhaite à partir de trois semaines avant la date prévue pour l'accouchement jusqu'à 23 semaines après celui-ci. Ces congés doivent être pris par période de sept jours calendrier.

Depuis le 1er janvier 2010[284], la période de repos facultatif peut en outre être prolongée, à la demande de la mère, en cas d'hospitalisation du nouveau-né de plus de 7 jours à partir de sa naissance. Dans ce cas, le congé de maternité est prolongé d'une durée égale au nombre de semaines complètes d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces

284 A.R. du 21 février 2010 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants.

sept premiers jours sans toutefois dépasser une période maximale de 24 semaines. Cette prolongation démarre le premier jour qui suit les 2 semaines de repos postnatal obligatoire.
Le repos postnatal facultatif reprend ensuite à la fin de la prolongation.
L'arrêté royal du 20 juin 2012 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants augmente ce montant à 431,86 EUR à partir du 1 juillet 2012, M.B. 10 juillet 2012.

Pendant cette période, la mère a droit à un montant forfaitaire de 398,71€ par semaine (montant au 1er juin 2012)[285]. Depuis le 1er janvier 2010, les allocations de maternité sont versées au plus tard un mois après la dernière semaine du repos postnatal. Lorsque le repos postnatal facultatif est pris de manière fractionnée, l'allocation est payée au plus tard un mois après la dernière semaine de chaque période de repos (obligatoire, facultatif ou prolongation).

Une semaine de repos supplémentaire est accordée en cas de naissance multiple (cette semaine est ajoutée au solde des semaines facultatives). Le jour de l'accouchement est considéré comme le premier jour de repos postnatal, comme dans le cadre du régime des travailleuses salariées. Durant cette période, la titulaire ne peut en outre exercer une autre activité professionnelle en quelque qualité que ce soit.

2. 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[286]. Elle doit également signaler à son organisme assureur, dans les deux jours, la reprise d'une activité professionnelle.

285 A.R. du 20 juin 2012 modifiant l'A.R. du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants augmente ce montant à 431,86 EUR à partir du 1 juillet 2012, M.B. 10 juillet 2012.
286 A.R. du 20 juillet 1971, art. 95.

Depuis le 1er janvier 2009, la titulaire est également tenue de signaler combien de semaines de repos de maternité elle souhaite prendre.

3. Le montant des indemnités de maternité

Durant la période de repos de maternité, la travailleuse bénéficie d'une indemnité forfaitaire de 398,71 EUR par semaine [287]. 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.

Cette allocation est versée en deux tranches. La première tranche, qui couvre les trois semaines de repos obligatoire, est payée endéans le mois qui suit la fin de ce congé de maternité. La seconde tranche, qui couvre le congé de maternité facultatif, sera payée endéans le mois qui suit la reprise définitive du travail.

B. L'aide à la maternité

La prestation d'aide à la maternité (qui en fait ne relève pas et est à distinguer clairement de l'assurance maternité) a été instaurée par l'arrêté royal du 17 janvier 2006, en vigueur à partir du 1er janvier 2006[288]. Il s'agissait d'instaurer au profit des travailleuses indépendantes le pendant des mesures prises du côté salarié dès le 1er juillet 2004 relativement au congé de maternité et de paternité. La prolongation du repos de maternité ne fut pas retenue ici. Cette prestation repose sur le système déjà existant des titres-services mis en place par les autorités fédérales en 2001.

1. Principe

L'aide à la maternité consiste à octroyer une prestation sous la forme de 105 titres-services aux travailleuses indépendantes, aidantes et conjointes aidantes qui viennent d'avoir un enfant et qui, après un repos de maternité minimal, reprennent leurs activités professionnelles.

2. Démarche administrative

La demande doit être introduite par la travailleuse indépendante auprès de sa caisse d'assurances sociales dans des délais très stricts, soit au plus tôt à partir du 6e mois de grossesse et au plus tard à la fin de la 15ème semaine suivant la date de l'accouchement.

287 Voir note de bas de page 284.
288 A.R. du 17 janvier 2006 instaurant un régime de prestations d'aide à la maternité en faveur des travailleuses indépendantes et modifiant l'A.R. du 12 décembre 2001 concernant les titres-services (M.B. 23.01.2006).

C. L'allocation d'adoption

En vertu d'un arrêté royal du 20 décembre 2006, l'adoptant peut, sous certaines conditions, prétendre à une allocation de 398,71 EUR par semaine (montant au 1er juin 2012) pendant une période de 6 semaines maximum[289].

Lorsque l'enfant est âgé de moins de 3 ans au début de la période, celle-ci est de 6 semaines maximum. Si l'enfant est âgé d'au moins 3 ans mais de moins de 8 ans, cette période est de 4 semaines maximum. La durée maximale est doublée s'il s'agit d'un enfant handicapé reconnu comme tel.

Pendant cette période, le travailleur indépendant ne peut exercer d'activité professionnelle à titre personnel et ne peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail primaire ou d'invalidité. En outre, il doit être en règle de cotisations sociales.

Cette allocation d'adoption est payée et gérée par la mutuelle. La demande doit être introduite auprès de la mutuelle[290].

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.

En ce qui concerne l'aide à la maternité, la travailleuse indépendante doit répondre aux conditions d'assujettissement pendant les 2 trimestres qui ont précédé le trimestre de l'accouchement et pendant la période qui précède le moment où est octroyée l'aide à la maternité.

L'enfant doit impérativement être inscrit dans le ménage de l'indépendante pendant la période de l'octroi de l'aide. La travailleuse indépendante doit être en ordre de cotisations sociales pour les deux trimestres précédant le trimestre de son accouchement.

289 A.R. du 20 juin 2012 modifiant l'A.R. du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants augmente ce montant à 431,86 EUR à partir du 1 juillet 2012, M.B. 10 juillet 2012. .

290 L'A.R. du 20 juin 2012 modifiant l'A.R. du 20 décembre 2006 instaurant les conditions d'octroi d'une allocation d'adoption en faveur des travailleurs indépendants augmente ce montant à 431,86 EUR à partir du 1 juillet 2012, M.B. 10 juillet 2012.

III. Le régime des fonctionnaires

Un congé rémunéré de quinze semaines (ou 19 en cas de naissance multiple) est accordé. A la demande de l'agente, il prend cours au plus tôt à partir de la sixième (huitième en cas de naissance multiple) semaine qui précède la date présumée de l'accouchement. Une semaine de repos prénatal doit obligatoirement être prise avant l'accouchement, les 5 (ou 7) autres pouvant être prises après 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 (19) semaines. Cependant, au cas où l'accouchement aurait lieu après la date prévue et que l'intéressée aurait 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, l'agente perçoit 100% de son traitement normal.

Les deux dernières semaines de la période de repos postnatal peuvent être converties, à sa demande, en jours de congé de repos postnatal, lorsque l'agente peut prolonger la période d'interruption de travail d'au moins deux semaines après la neuvième semaine.

Les périodes d'absences pour maladie 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.

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'agente obtient, à sa demande, le congé nécessaire pour lui permettre de se rendre et de subir les examens médicaux prénataux 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.

Dans certaines circonstances, des semaines supplémentaires de congé de maternité peuvent être accordées à l'agente.
En cas de naissances multiples, l'agente peut solliciter un repos postnatal supplémentaire de deux semaines au maximum.

En cas d'hospitalisation prolongée de l'enfant, l'agente 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.

Après une grossesse problématique, lorsque la fonctionnaire est absente pour raisons médicales durant les 6 ou les 8 semaines qui précèdent la naissance, l'agente peut obtenir une semaine supplémentaire de congé postnatal.

Si, en application des articles 42 et 43 de la loi du 16 mars 1971 ou de l'article 18 de la loi du 14 décembre 2000, l'agente est dispensée 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).

Le congé de paternité correspond à une extension du congé de circonstances et est rémunéré complètement et assimilé à une période d'activité de service.

Les choix de vie sont rendus neutres à l'égard de la réglementation sur les congés (mariage – cohabitation légale). L'agent statutaire ou stagiaire reçoit pour l'accouchement de son épouse, 10 jours ouvrables de congé de circonstances. Est assimilé à l'épouse de l'agent, la personne de sexe différent ou de même sexe avec qui l'agent vit en couple au même domicile.
Les contractuels ont le choix entre le congé de circonstances (secteur public) et le congé de naissance (secteur privé).

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 neuf mois après la naissance.

Elles doivent, à cette fin, avertir l'autorité dont elles relèvent deux semaines 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 Ressources humaines et Carrières
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi 51, boîte 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.fedweb.belgium.be.

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[291] 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 extralégale.

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[292]. 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[293], les prépensions conventionnelles[294], 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 »[295] et les allocations aux handicapés notamment aux handicapés âgés[296].

291 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 extralégales sont également fréquemment versées sous forme de capital.
292 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.
293 Voir supra Titre II, L'incapacité de travail résultant d'un accident ou d'une maladie de la vie privée.
294 Voir infra Titre V, Chômage et prépensions.
295 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.
296 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 65 ans pour les femmes[297] et pour les hommes[298]. 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 minimal 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 extralégale, 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 que si les autres ressources sont insuffisantes. 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.

297 65 ans depuis 2009.

298 En ce qui concerne le secteur public, une pension de retraite peut également être octroyée pour cause d'inaptitude physique.

En principe, toutes ces prestations sont au moins adaptées à l'évolution du coût de la vie.

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 minimal 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, salariés et indépendants). 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 (extralégales), 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. : 02/274.19.90.

II. Pensions de retraite et de survie des travailleurs salariés

Section 1. Développements récents

La Cour de justice des Communautés européennes ayant, dans un arrêt du 1er juillet 1993[299], 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[300] 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 minimal d'octroi de la garantie de revenus aux personnes âgées et des pensions pour indépendants et l'âge maximal pour le bénéfice des prépensions conventionnelles, des allocations de chômage et des indemnités en cas d'invalidité seront 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[301].

Durant la période transitoire, l'âge normal de la pension et du bénéfice des autres prestations pour les femmes était 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 a été 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.

299 Arrêt Van Cant n° 154/92, J.T. Droit européen 1993, p. 15.

300 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.

301 A.R. 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 9 juillet 1997 (M.B. du 9 août 1997).

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.

Enfin, le coefficient de réévaluation relatif aux années antérieures à 1975 a été progressivement supprimé durant une période débutant en juillet 1997 et prenant fin en 2004 ce qui a pour effet concret une diminution des montants de pension octroyés pour la carrière durant ces années.

Les dispositions législatives adoptées récemment ont mis fin aux litiges relatifs à l'égalité juridique entre hommes et femmes en supprimant progressivement les discriminations existantes.

Section 2. Champ d'application

A. Principe

L'A.R. n° 50 du 24 octobre 1967[302] 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.

302 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'A.R. 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 décembre 1996).

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.

Section 3. Pensions de retraite

A. Conditions d'octroi et de paiement

1. Age

Depuis le 1er janvier 2009, la pension prend cours normalement au plus tôt le premier jour du mois qui suit celui du 65ème anniversaire pour les femmes et pour les hommes[303]. 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

303 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).

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[304] ne peut prendre cours avant l'âge de 65 ans.

2. Résidence

En principe les pensions de retraite et de survie ne sont octroyées qu'aux bénéficiaires résidant en Belgique[305].
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, 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 et pour les ressortissants de pays tiers bénéficiant de l'extension du Règlement (CEE) n° 1408/71.
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[306]

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.

304 En ce qui concerne les prépensions conventionnelles, voir le titre relatif au chômage.
305 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.
306 Article 64 de l'A. R. du 21 décembre 1967.

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.

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 21.436,50 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 26.075,00 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 17.149,19 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 20.859,97 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 2012.

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.

Sont dispensées de déclaration, les personnes pensionnées de retraite ou de survie qui ont atteint l'âge de 65 ans, excepté avant le premier paiement.

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 20ème 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[307]

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 ;
- 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

307 Voir notamment l'article 34 de l'A.R. du 21 décembre 1967.

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 ;
- du congé pour soins d'accueil pour autant que le travailleur bénéficie de l'allocation payée par l'Office national de l'Emploi.

c) Les périodes assimilées moyennant le versement de cotisations[308]

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 moyen garanti. Le revenu minimum mensuel s'élève à 1.511,48 EUR et la cotisation à verser pour une année est de 1.360,33 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[309]

- 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).

308 Voir notamment les articles 3bis, 6 et 7 de l'A.R. du 21 décembre 1967.
309 Articles 28bis et 36bis de l'A.R. du 21 décembre 1967.

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.

1.3 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 travailleur 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 10.261,06 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 (13.681,41 EUR x 45/45 x 0,75 =10.261,06 EUR).

Si le montant converti dépasse 10.261,06 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 1.026,10 EUR (= 10 % de 10.261,06 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 pour les femmes.

Le dénominateur de la fraction est identique que la pension soit prise à l'âge normal ou de manière anticipée. Un travailleur prenant sa pension à 60 ans aura donc une carrière incomplète sauf s'il a commencé à travailler très jeune.

Dès que la carrière de l'intéressé compte 45 années, il n'est plus possible de constituer des droits à une pension supplémentaire. Seules les 45 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[310] 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 21.753,81 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.

310 Articles 24 bis et 34, §2, 6, b), de l'A.R. du 21 décembre 1967.

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 pareil 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 13.681,41 EUR pour chaque année d'occupation antérieure à 1955[311].

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.

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 Sigedis (sociale individuele gegevens – données individuelles sociales). L'Office national des pensions 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.

311 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 16.417,66 EUR.

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[312]

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 décembre 1967. Depuis 2004 il n'y a 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.

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[313]. Le plafond salarial s'élève à 49.773,66 EUR pour l'année 2011.

312 Voir aussi infra section 10 « Revalorisation des pensions ».

313 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.

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[314]

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 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.

314 Chapitre III de l'A.R. n° 50.

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 maximal de 21.436,50 EUR ; activité indépendante : revenu professionnel annuel maximal de 17.149,19 EUR[315]. Ces montants sont portés à 26.075,00 (activité salariée) ou à 20.859,97 (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. En cas d'activité salariée ou du secteur public : revenu professionnel annuel maximal de 17.280,00 EUR ; activité indépendante : revenu professionnel annuel maximal de 13.824,00 EUR.
Les montants précités sont majorés en cas de charge d'enfant et sont donc portés à 21.600,00 EUR (activité salariée ou du secteur public) ou 17.280,00 EUR (activité indépendante).
Ces montants sont ceux en vigueur pour l'année 2012.
Comme pour la pension de retraite, la pension de survie n'est pas payée si le bénéficiaire jouit d'une prestation sociale.

On peut cumuler la pension de survie pour un période maximale de 12 mois, consécutifs ou non, avec une indemnité de maladie ou d'invalidité, avec une indemnité pour cause de chômage complet involontaire ou une indemnité complémentaire de prépension conventionnelle.

315 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. 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 13.681,41 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 ans. 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 devrait 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 minimal 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[316]

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 ;
- 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.

316 Chapitre XII de l'A.R. du 21 décembre 1967.

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 minimal par année de carrière

Lorsque les rémunérations prises en compte pour le calcul de la pension sont inférieures à 21.753,81 EUR, ces rémunérations sont remplacées par une rémunération minimale garantie annuelle de ce montant[317].

Ce droit est ouvert aux conditions suivantes :
- il faut prouver une carrière de 15 années au moins dans le régime des travailleurs salariés ;

317 Article 8 de l'A.R. du 23 décembre 1996.

- 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 10.876,91 EUR ;
- le montant total de la pension pour une carrière complète ne peut excéder 14.012,34 EUR par an pour un isolé et 17.515,43 EUR par an pour un ménage. Ces montants sont fixés au prorata de la fraction de la carrière retenue.

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 minimal par année de carrière.
La pension pour une carrière complète ne peut être inférieure à 16.310,21 EUR par an au taux ménage, 13.052,28 EUR par an au taux isolé et à 12.847,07 EUR par an pour une pension de survie.

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 comportant moins de 156 jours prestés et assimilés à des jours prestés, convertis le cas échéant en jours équivalents temps plein, ce qui correspond à une activité à mi-temps dans le système de pension.

Lorsque la carrière est composée d'années civiles prestées au moins à mi-temps, le montant minimal garanti est calculé au prorata pur et simple de la durée globale de la carrière. Lorsque la carrière est composée d'années civiles prestées au moins à deux tiers-temps, le montant minimal garanti complet est multiplié par la fraction de carrière attribuée (calcul plus avantageux).
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 12.847,07 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 2011 s'élèvent ensemble à maximum 754,52 EUR ou à 603,61 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[318].

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.

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 897,30 EUR[319].

318 Article 22 de l'A.R. n° 50 et chapitre VIII de l'A.R. du 21 décembre 1967. Les montants sont augmentés de 5% pour les bénéficiaires d'une pension de retraite ou de survie qui a pris cours avant 1968.
319 Chapitre IX de l'A.R. du 21 décembre 1967. Cette allocation se calcule sur base d'un montant de 28,75 EUR par année d'occupation.

Section 9. Pension des travailleurs salariés ayant été occupés à l'étranger

Le règlement (CEE) 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes s'applique dans l'ensemble de l'Espace Economique Européen (EEE), c'est-à-dire les 27 Etats membres de l'Union européenne ainsi que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège.
En vertu d'une convention, ce règlement s'applique également sur le territoire des Etats membres de l'Union européenne et de la Suisse.

Le règlement 1408/71 et les conventions bilatérales conclues avec l'Algérie, l'Australie, le Canada, le Chili, le Congo, la République de Corée, la Croatie, les Etats-Unis, l'Inde, Israël, le Japon, la Macédoine, le Maroc, les Philippines, Saint-Marin, la Tunisie, la Turquie, l'Uruguay et la Yougoslavie[320] 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 de pension belge ou étranger ainsi que les périodes assimilables à des périodes d'occupation effective dans le régime de pension

320 Cette convention reste applicable à la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et le Monténégro.

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'Espace Economique Européen et de la Suisse de cotiser à un régime de pensions payées par l'OSSOM.

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[321]

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 3 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 paiement des pensions de travailleurs salariés. Il en va ainsi, par exemple, d'une partie de la retenue

321 Voir aussi supra section 3 (Pensions de retraite), B, 5 (Réévaluation des rémunérations).

de 0,5 à 2% effectuée sur les pensions et avantages équivalents[322] 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, 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 ;
- 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

322 Voir infra, section 13, D (Paiement de la pension et retenues).

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.

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.

Voir Section 13.D. Paiement de la pension et retenues.

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 estimations.

Cette demande d'information ne vaut pas demande de pension.

L'Office national des pensions examine d'office, les droits constitués et les droits qui peuvent être constitués jusqu'à l'âge normal de la pension pour le futur pensionné qui a sa résidence principale en Belgique, au cours de l'année où il atteint l'âge de 55 ans et délivre d'office à ce moment l'estimation et l'aperçu de carrière.
Ensuite, l'Office, via son site web, met à disposition des travailleurs salariés, quel que soit leur âge, un aperçu de carrière dans un environnement sécurisé. Lorsque les intéressés n'optent pas sur le site web pour une communication par voie électronique, l'Office leur adresse l'aperçu de carrière au moins tous les cinq ans par voie postale.

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'ONP 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'ONP 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'ONP, 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).

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 extralégales, ...).

Une retenue de 3,55%, destinée au financement de l'assurance maladie-invalidité, est effectuée sur les pensions de retraite et de survie[323]. Cette retenue ne peut cependant avoir pour effet de réduire le montant total mensuel des pensions allouées à un montant inférieur à 1.642,74 EUR pour les bénéficiaires ayant charge de famille et à 1.386,11 EUR pour les autres bénéficiaires.

Depuis 1995, une seconde retenue est également effectuée sur le montant des pensions[324]. Cette retenue ne s'effectue cependant que sur les pensions dont le montant dépasse 2.518,75 EUR pour les bénéficiaires ayant charge de famille ou 2.178,61 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 2.805,72 EUR (bénéficiaires ayant

323 Article 191, 7°, de la loi relative à l'assurance obligatoire coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. 27 août 1994, Erratum 13 décembre 1994).
324 Article 68 de la loi du 30 mars 1994 portant des dispositions sociales (M.B. 31 mars 1994). A.R. du 28 octobre 1994 (M.B. 29 décembre 1994). A.R. du 16 décembre 1996 (M.B. 24 décembre 1996).

charge de famille) ou 2.455,01 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.

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[325] 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[326] 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 donnent 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. 6 mars 1997).

325 Loi 15 mai 1984 portant des mesures d'harmonisation dans les régimes de pension, M.B. 22 mai 1984.
326 A.R. du 30 janvier 1997 relatif au régime de pension des travailleurs indépendants, M.B. 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[327]. Cependant une période transitoire a été 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, 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[328], mais aussi lorsque la pension prend cours au plus tôt le 1er janvier 2003, et que le travailleur indépendant prouve une carrière professionnelle complète.

Pour les pensions qui ont pris cours au plus tôt le 1er janvier 2007, lorsqu'elle est prise anticipativement, la pension est réduite de :

- 5 % par année lorsqu'elle prend cours avant l'âge de 61 ans ;
- 4,5 % par année lorsqu'elle prend cours à partir de l'âge de 61 ans mais avant l'âge de 62 ans ;
- 4 % par année lorsqu'elle prend cours à partir de l'âge de 62 ans mais avant l'âge de 63 ans ;
- 3,5 % par année lorsqu'elle prend cours à partir de l'âge de 63 ans mais avant l'âge de 64 ans ;

327 A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 3.
328 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 % par année lorsqu'elle prend cours à partir de l'âge de 64 ans mais avant l'âge de 65 ans.

A partir du 1er janvier 2009, la condition de carrière pour une pension anticipée sans réduction est ramenée à 42 années.
Depuis 1986[329], 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[330]

La pension allouable répond, depuis mai 1984, à deux éléments : d'une part, la carrière et, d'autre part, les revenus professionnels.

1. La carrière professionnelle

1.1 Les années d'activité avant l'année du vingtième anniversaire

La pension allouable répond, depuis mai 1984, à deux éléments : d'une part, la carrière et, d'autre part, les revenus professionnels.

1.2 L'activité exercée entre l'âge de 20 ans et l'âge normal de la pension

a) Période antérieure à 1957[331]

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[332]

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

329 A.R. n° 416 du 16 juillet 1986, M.B. 30 juillet 1986, art. 1er.
330 A.R. n° 72 du 30 janvier 1997, op. cit., art. 4 et 5.
331 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 15, & ler, al. 1er, 1°.
332 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 15, & ler, al. 1er, 2 °et 3°.

en même temps qu'une activité relevant d'un autre secteur, et donne lieu au paiement d'une cotisation réduite.

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.

1.3. L'activité professionnelle après l'âge normale 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[333]

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 indépendant 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.

333 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 15, & ler, al. 1er, 2 °et 3°.

1.6 L'importance de la carrière[334]

L'importance de la carrière s'exprime par une fraction dont le dénominateur est 45.
Une période transitoire a été 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 1/45ème (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 ; 0,541491 pour la partie des revenus professionnels supérieure à 31.820,77 EUR.
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[335], et 0,463605 pour la partie des revenus professionnels supérieure à 35.341,68 EUR[336].

334 A.R. du 30 janvier 1997. op. cit., art. 6.
335 Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation. Ces montants sont liés à l'indice des prix à la consommation 103,14 (1996 = 100).
336 A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 4 §4.

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

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). 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 » (52.378,55 EUR au 1er janvier 2011). Ces revenus sont adaptés à l'indice des prix à la consommation en vigueur à la date de prise de cours de la pension.

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 2009, le montant de ces revenus est égal à 10.113,02 EUR.

C. Pension minimale au 1er juillet 2010

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) 7.891,27 EUR
- pension de retraite « isolé » (montant forfaitaire de base) 6.313,04 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 » 16.038,47 EUR
- pension de retraite « isolé » ou pension de survie 12.327,30 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 16.038,47 EUR (« ménage ») ou 12.327,30 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 autorisés 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 :
- avant l'âge de la pension : 5.937,26 EUR net par an (au 1er juillet 2012)
- à partir de l'âge de la pension : 17.149,19 EUR net par an (au 1er juillet 2012)

b) en qualité de travailleur salarié :
- avant l'âge de la pension : 7.421,57 EUR brut par an (au 1er juillet 2012)
- à partir de l'âge de la pension : 21.436,50 EUR brut par an (au 1er juillet 2012)

c) simultanément ou consécutivement en qualité de travailleur indépendant et salarié :
- avant l'âge de la pension : 5.937,26 EUR brut par an (au 1er juillet 2012)
- à partir de l'âge de la pension : 17.149,50 EUR brut par an (au 1er juillet 2012)

Les montants dans a) et c) sont portés respectivement à 8.905,89 EUR/20.859,98 EUR, s'il s'agit d'un(e) bénéficiaire ayant charge de famille. Les montants dans b) sont portés respectivement à 11.132,37 EUR/26.075,00 EUR, s'il s'agit d'un(e) bénéficiaire ayant charge de famille.

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 brut (salariés) et à 8.905,89 EUR net 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 26.075,00 EUR et 20.859,98 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 indépendant 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 :

- 17.280,00 EUR s'il s'agit d'une activité salariée ;
- 13.824,00 EUR s'il s'agit d'une activité indépendante ou simultanément indépendante et salariée ;
- 17.280,00 EUR s'il s'agit de toute autre activité, mandat, charge ou office.

Ces montants sont portés respectivement à 21.600,00 EUR, 17.280,00 EUR et 21.600,00 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. 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[337].

337 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 4.

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.

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[338]

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 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 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 minimal de la pension de survie pour une carrière complète, multiplié par la fraction représentative de la carrière réelle. A noter que le montant minimal de la pension de survie est le même que celui de la pension minimale de retraite (6.313,04 EUR au 1er juillet 2012 ; montant forfaitaire de base).

338 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 17.

Section 5. La pension de conjoint divorcé[339] [340]

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, mais il y a possibilité d'anticipation ;
- être divorcé et n'avoir pas contracté un nouveau mariage ;
- 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 1/45ème de 62,5% de la pension

forfaitaire au titre d'isolé, s'il s'agit d'une année antérieure à 1984. 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 3.868,09 EUR au 1er juillet 2012.

Section 6. L'allocation spéciale

Tenant compte, d'une part, du fait que la loi du 15 mai 1984 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 129,45 EUR ou 103,58 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.

339 A.R. n° 72 du 10 novembre 1967, op. cit., art. 30.
340 Le conjoint séparé de corps peut sous certaines conditions percevoir r une partie de la pension de son ex-conjoint.

Les montants de 129,45 EUR et 103,58 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.

Section 7. Le supplément de pension pour les personnes qui ont élevé un enfant[341]

Un supplément de pension d'un montant de 163,55 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 163,55 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 anniversaire 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 65 ans.

341 A.R. du 30 janvier 1997, op. cit., art. 14.

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° 1 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 minimal 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 minimal pour le calcul des cotisations sociales obligatoires et limité à un plafond.

Les cotisations sont déductibles à titre de charges professionnelles à condition que le travailleur indépendant soit en règle des cotisations obligatoires pour la même période.

Le travailleur indépendant dont les revenus de référence n'atteignent pas les deux tiers du revenu minimal 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 3 ans a toutefois été introduit au cas où l'indu trouverait son origine dans des manœuvres 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. Depuis le 1er décembre 2007, elles peuvent également être introduites auprès de l'INASTI. 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[342]. 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.

342 Office national des Pensions (ONP) depuis le 1er 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[343], 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 minimaux garantis de pensions[344], peuvent librement fixer le régime de pension de leur personnel[345]. 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[346]. 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[347].

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.

343 C.E., Talloen et Urbain, n° 10.000, du 28 avril 1963.
344 Art. 80 de la loi du 3 février 2003 apportant diverses modifications à la législation relative aux pensions du secteur public.
345 Art. 9, al. 2 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.
346 Art. 87, §3 de la loi spéciale du 8 août 1980 précitée, tel que modifié par la loi du 8 août 1988.
347 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[348] et des services des ministères communautaires et régionaux[349] ;
- les membres de corps spéciaux : magistrats de l'Ordre judiciaire[350], Cour des comptes[351], Conseil d'Etat[352], Cour Constitutionnelle[353] ;
- les gouverneurs de province et les commissaires d'arrondissement[354] ;
- les ministres des cultes reconnus[355] ;
- les militaires et les membres de l'ex-gendarmerie et de la police fédérale[356] ;
- les anciens membres du personnel de carrière des cadres d'Afrique[357] ;
- les membres du personnel de l'enseignement (enseignement relevant des Communautés, enseignement libre subventionné, enseignement communal, enseignement provincial[358] ;
- les agents de La Poste[359] ;
- les agents de l'ex-Régie des transports maritimes[360] ;
- les conseillers laïques[361] ;
- les agents de Belgacom[362] ;
- les membres du personnel de BIAC[363] ;
- les membres du personnel de Belgocontrol[364] ;
- les membres du personnel de la SNCB[365].

348 Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 sur les pensions civiles et ecclésiastiques.
349 Art. 87, §3 de la loi spéciale du 8 août 1980 précitée.
350 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.
351 Art. ler bis de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des comptes.
352 Art. 104 à 106 des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat du 12 janvier 1973.
353 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.
354 Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
355 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.
356 Lois sur les pensions militaires coordonnées par l'A.R. 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.
357 Lois relatives au personnel d'Afrique coordonnées par l'A.R. du 21 mai 1964.
358 Art. 78 de la loi du 20 juillet 1991 portant des dispositions sociales et diverses.
359 Art. 22, 2° de la loi du 6 juillet 1971 portant création de La Poste.
360 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.
361 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.
362 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.
363 La Convention du 4 février 2004 entre l'Etat belge et Brussels International Airport Company (BIAC).
364 A.R. du 22 décembre 2004 de reprise des obligations légales de pension de Brussels International Airport Company.
365 A.R. du 13 mars 2007 portant exécution des art 6,7 et 8 de l'AR du 28 décembre 2005 relatif à la reprise des obligations de pension de la SNCB Holding par l'Etat belge.

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[366] 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[367] ;
- 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, ...)[368].

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[369] ;
- 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 minimaux 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, ou ceux

366 Sur le financement de ces pensions, voyez infra section 8.
367 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.
368 Nouvelle loi communale et loi du 6 août 1993 relative aux pensions du personnel nommé des administrations locales.
369 Art. 156 de la nouvelle loi communale.

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[370] – 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 – et, 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 ou pensions d'office.

Les pensions pour raison d'âge ou d'ancienneté peuvent être obtenues soit parce que l'agent atteint la limite d'âge[371], 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.
Le fonctionnaire qui depuis son soixantième anniversaire compte 365 jours d'absence pour maladie (jour calendrier) est mis d'office à la pension[372].

370 Art. 22 de la loi du 15 mai 1984 portant mesures d'harmonisation dans les régimes de pensions.
371 Art. 1err Loi du 21 juillet 1844.
372 Art. 83 de la loi du 5 août1978 de réformes économiques et budgétaires.

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[373]. Les agents pourvus d'une nomination en qualité de stagiaire sont toutefois assimilés aux agents nommés à titre définitif[374].

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[375]. 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[376] ou un âge variable entre 45 et 62 ans selon le grade et la force à laquelle ils appartiennent pour les militaires.

Le fonctionnaire homme ou femme peut demander à être mis à la retraite anticipativement sous certaines conditions liées à l'âge et à la durée de sa carrière.
Toutefois, suite à la loi du 28 décembre 2011 (M.B. du 30.12.2011) d'importantes modifications ont été apportées à la législation des pensions du secteur public.
Pour suivre l'évolution de la législation, veuillez consulter le site internet du Service des Pensions du Secteur Public : www.sdpsp.fgov.be.

À partir de 2013, l'âge minimal du départ à la pension anticipée, fixé à 60 ans, est relevé chaque année de 6 mois, pour atteindre 62 ans en 2016.

La durée minimale de carrière est également relevée. Alors qu'elle est encore de 5 ans en 2012, elle est portée à 38 ans en 2013 ; puis à 39 ans en 2014 et à 40 ans à partir de 2015.

Pour fixer les nouvelles conditions de carrière exigées, les services qui entrent en ligne de compte pour l'établissement du droit à une pension du secteur public, incluent la période de service militaire ainsi que la bonification de temps pour possession obligatoire d'un diplôme.

Si un agent ne compte pas suffisamment d'années de service dans le secteur public, ses années d'activité comme salarié ou indépendant seront prises en considération afin de pouvoir satisfaire à la condition minimale de durée de carrière.

373 Art. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
374 Art. 32 de la loi du 2 août 1955 portant péréquation des pensions de retraite et de survie.
375 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.
376 Art. 383, § 1er du Code judiciaire.

Cette règle générale vaut pour les personnes ayant une carrière dans une fonction pour laquelle la pension peut être calculée au moyen d'un tantième (= fraction de carrière) de 1/60 par année de service.
Ces fonctions existent dans toutes les administrations fédérales (SPF et SPP), ministères des Régions et Communautés, pouvoirs locaux (villes et communes, CPAS, intercommunales), institutions d'utilité publique (fédérales, des régions et communautés), entreprises publiques etc.

Trois dérogations à la règle générale existent :

Premièrement, les personnes ayant une carrière longue peuvent toujours partir à la pension plus tôt :
- En 2013 : à 60 ans pour une carrière de 40 ans ;
- En 2014 : à 60 ans pour une carrière de 40 ans ;
- En 2015 : à 60 ans pour une carrière de 41 ans ;
- A partir de 2016 : à 60 ans pour une carrière de 42 ans ou 61 ans pour une carrière de 41 ans.

Deuxièmement : Si le fonctionnaire répond, à un moment donné, aux conditions d'âge et de carrière pour prétendre à la pension anticipée, celui-ci conserve par la suite ses droits quelle que soit la date effective de prise de cours de sa pension.

Troisièmement, pour le personnel roulant de la SNCB, pour les militaires et pour la police intégrée, les conditions actuelles pour bénéficier de la pension anticipée sont maintenues.

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 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.

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 du Service des Pensions du Secteur public - SdPSP, au plus tôt dans les douze mois qui précèdent la date à laquelle la pension doit prendre cours.

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. Tel est notamment le cas des agents qui ne comptent pas le nombre minimal 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[377].

1.2. Calcul de la pension

Il n'existe qu'un seul mode de calcul pour les différents types de pension de retraite.

Le calcul de base de la pension de retraite est le suivant :
Le traitement de référence multiplié par le nombre d'années de service admissibles et divisé par 60. Pour certaines catégories de fonctionnaires (enseignants, magistrats,...), la fraction 1/60 est remplacée par une autre fraction.

a) Le traitement de référence (TQM)

Pour les agents qui ont déjà atteint l'âge de 50 ans au 1er janvier 2012, il est tenu compte des traitements des cinq dernières années à 100% hors index, plus, éventuellement, certains complément de traitement énumérés par une loi.

Pour les agents n'ayant pas 50 ans au 1er janvier 2012 il est tenu compte des traitements des dix dernières années à 100% hors index, plus, éventuellement, certains complément de traitement énumérés par une loi.40
En ce qui concerne le personnel de la SNCB, des règles particulières existent.

377 Art. 46 de la loi du 15 mai 1984 précitée.

Le traitement moyen est transposé dans les barèmes en vigueur à la date de prise de cours de la pension[378].

b) La durée des services admissibles (N)

Entrent notamment en ligne de compte[379] : les services réellement prestés à l'Etat, aux Communautés et aux Régions, dans les communes, les provinces, les régies et certains parastataux[380] 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[381], certaines périodes d'absences non rémunérées assimilées à de l'activité de service[382] (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[383] 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[384]. 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. La durée additionnée de la bonification et des services effectifs ne peut excéder la durée comprise entre la date à laquelle l'intéressé a atteint l'âge de 19 ans et celle de sa mise à la retraite[385].
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.

378 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.
379 Art. 6 de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
380 Art. 1er de la loi du 14 avril 1965 établissant certaines relations entre les divers régimes de pensions du secteur public.
381 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.
382 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.
383 Art. 2, 2° de la même loi.
384 Art. 33 et ss. de la loi du 9 juillet 1969 précitée.
385 Art.35, §2 de la loi du 9 juillet 1969 précitée.

Il est en général de l/60e[386]. Dans certaines fonctions bien définies, il peut être de l/55e[387], 1/50e[388], 1/35e ou 1/30e[389], 1/25e[390], 1/20e[391] ou 1/12e[392].

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.

Suite à la loi du 28 décembre 2011 de réforme des pensions, les fonctionnaires qui bénéficient actuellement d'un tantième plus favorable qu'1/48e verront, pour les périodes prestées à partir du 1er janvier 2012, leur pension calculée sur la base du tantième 1/48(les droits acquis le restent selon l'ancien mode de calcul).
Les fonctionnaires agés de 55 ans et plus au 1er janvier 2012 bénéficieront de l'ancien mode de calcul pour l'intégralité de leur pension.

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.

386 Art. 8, § ler, al. 1er de la loi du 21 juillet 1844 précitée.
387 Pour les services prestés dans l'enseignement non universitaire.
388 Par exemple, pour les services actifs visés au tableau annexé à la loi du 21 juillet 1844 précitée.
389 Pour certains services accomplis dans la magistrature.
390 Pour les quinze premières années passées en qualité de commissaire d'arrondissement ou de commissaire d'arrondissement adjoint.
391 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.
392 Pour les sept premières années passées en qualité de gouverneur de province ou de vice-gouverneur de province.

e) La pension du chef de prestations incomplètes[393]

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.
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 ;

393 A.R. n° 206 du 29 août 1983 réglant le calcul de la pension du secteur public pour les services à prestations incomplètes.

- si la pension considérée comme principale a été accordée pour des services exclusivement à prestations complètes.

g) Crédit-carrière[394]

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-carrière).

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-carrière est entré en vigueur le 1er janvier 2002 et peut être résumé comme suit :

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 ont atteint 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 atteignent 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

394 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).

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-carrière.
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.

A partir de 2012 et suite à la réforme des pensions, la prise en compte tant pour le droit que pour le calcul de la pension des périodes d'interruption decarrière ou de réduction deprestations est modifiée.
Des arrêtés d'exécution doivent être pris.

h) Complément de pension de retraite pour services prestés après l'âge de 60 ans[395]

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 minimal 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)[396] ;
- 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)[397].

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 année	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%

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.

Suite à la loi de réforme des pensions, le complément pour raison d'âge ne peut plus est octroyé que jusqu'au 31 décembre 2013. Pour suivre l'évolution de la législation veuillez consulter le site internet du Service des Pensions du Secteur Public (SdPSP) : www.sdpsp.fgov.be.

395 Art. 2 et 5 de la loi du 12 août 2000 portant des dispositions sociales, budgétaires et diverses.
396 Montant non indexé : Montant à partir du 29.02.2012 : 15 EUR x 1,5769 = 23,65 EUR.
397 Montant non indexé : Montant à partir du 29.02.2012 : 20 EUR x 1,5769 = 31,54 EUR.

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[398]. Toutefois, les bonifications de temps accordées pour âge afférent aux services réellement prestés après le 31 décembre 2005, 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 9/10e de ce traitement[399].

b) Maximum absolu[400]

Le montant de la pension ne peut excéder le montant de 46.882,74 EUR par an, à l'indice-pivot 138,01 ce qui, au 31 mai 2011, correspond à 72.480,72 EUR brut par an (6.040,06 EUR 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 minimal garanti[401].

Ce montant minimal 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[402].

- pour un retraité isolé : 9.601,00 EUR brut par an ; à l'indice-pivot 138,01, ce qui au 29 février 2012 correspond à 1.261,65 EUR par mois ;
- pour un retraité marié : 12.001,00 EUR brut par an ; à l'indice-pivot 138,01, ce qui au 29 février 2012 correspond à 1.577,03 EUR par mois[403].

Sont déduites du supplément accordé à titre de minimum garanti, les différentes pensions ou rentes auxquelles le pensionné[404] ou son conjoint[405] 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)[406]. Pour la déduction des revenus du conjoint, il est tenu compte d'une certaine exonération[407]. En outre, il est à

398 Art. 39, al. 1er de la loi du 5 août 1978 de réformes économiques et budgétaires.
399 Loi du 12/8/2000, art.2 modifiée par la loi du 25 avril 2007, art.29.
400 Art. 39, al. 2 de la loi du 5 août 1978.
401 Art. 118 à 133 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses.
402 Art. 118, §2 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
403 Art. 120 de la même loi.
404 Art 125, §1er de la même loi.
405 Art 125, §2 de la même loi.
406 Idem.
407 Art. 126, §3 de la même loi.

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 709,55 EUR au 29 février 2012[408].

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[409].

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[410]. 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 920,92 EUR au 1er janvier 2011[411].

2. Pensions pour cause d'inaptitude physique

Le Service MEDEX 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, MEDEX 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 condition d'âge ou de durée de services n'est exigée en cas d'inaptitude physique lorsqu'il s'agit de fonction principale. En cas de fonction accessoire, un minimum de 10 années de services admissibles est requis, sauf dérogation.

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.

408 Art. 127 de la même loi.
409 Art. 126, §2 de la même loi.
410 Art. 125, §3 de la même loi.
411 Art. 123 de la même loi.

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 avec un minimum de 9.601,00 EUR et un maximum de 13.499,00 EUR à l'indice-pivot 138,01, ce qui au 29 février 2012 correspond à un minimum brut mensuel de 1.261,65 EUR et un maximum de 1.773,88 EUR ;
- pour un retraité marié : 62,5% de ce traitement moyen avec un minimum de 12.001,00 EUR et un maximum de 16.873,55 EUR à l'indice-pivot 138,01, ce qui au 29 février 2012 correspond à un minimum brut mensuel de 1.577,03 EUR et un maximum de 2.217,33 EUR.

Lorsque le traitement moyen annuel brut visé ci-dessus est inférieur à 30.319,95 EUR, (index 1,5460) il est porté à ce montant.

Le montant minimal 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 annuel brut qui sert de base au calcul du montant minimal garanti pour cause d'inaptitude physique est limité à 30.319,95 EUR lorsqu'il est supérieur à ce montant)[412].

2.4. Limitations

Les pensions pour cause d'inaptitude physique 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 minimal garanti en dessous de ce « minimum de base ». Ce minimum de base correspond à 40 p.c. de la rétribution garantie à savoir 40% de 13.499,00 EUR ou 5.399,60 EUR (non indexé) soit 709,55 EUR par mois (à l'index 1,5769).

412 Art. 121 de la loi du 26 juin 1992 précitée.

Par contre, le bénéfice du supplément minimal garanti qui s'ajoute au supplément minimal 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[413].

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.

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 postérieur à la date du mariage ou causé par une maladie professionnelle[414].

Le conjoint survivant dont le mariage a duré moins d'un an et qui ne réunit pas les conditions reprises ci-dessus, a droit à la pension pendant un an à compter du premier jour du mois qui suit le décès[415].
En cas de remariage, le paiement de la pension est suspendu à partir du premier jour du mois qui suit celui du remariage et jusqu'au premier jour du mois qui suit celui du décès du conjoint ou de l'ex-conjoint avec lequel le conjoint survivant s'est remarié.

413 Art. 127 et 130 de la même loi.
414 Art. 2 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
415 Art. 2, §2 de la même loi.

Pour pouvoir bénéficier d'une pension de survie, le conjoint survivant ne peut avoir été condamné pour avoir attenté à la vie de son conjoint.

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[416] :

$$PS = TM \times 60\% \times \frac{N}{D}$$

TM = le traitement moyen annuel des 5 ou 10 dernières années suivant que l'ayant droit ou l'un des ayants droit a atteint l'âge de 55 ans avant ou après le 1 er janvier 2012 (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.

1.3. Limitations

- Maximum relatif

La pension de survie ne peut être supérieure à 50 % du traitement maximal 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[417].

Le traitement maximal 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.
Aussi longtemps que le conjoint survivant n'a pas atteint l'âge de 45 ans, (sans avoir un enfant à charge ou justifier d'une incapacité permanente de travail de 66% au moins), le montant le la pension calculée est limité au montant minimum garanti (voir ci-dessous point 1.4).

- Maximum absolu

Une pension de survie ne peut en aucun cas excéder 50 % du traitement maximal de secrétaire général d'un ministère[418].

416 Art. 4, § 1er de la même loi.
417 Art. 4, §2 de la même loi.
418 Art. 4, §4 de la même loi.

Le cumul de plusieurs pensions de retraite et de survie ne peut excéder 6.040,06 EUR brut par mois au 31 mai 2011[419].

1.4. Minimum garanti

La pension de survie allouée au conjoint survivant ne peut être inférieure au montant minimal garanti de 13.197,08 EUR brut par an, soit 1.099,76 EUR brut par mois au 29 février 2012[420].

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 et qui n'a pas été condamné pour avoir attenté à la vie de son ex-conjoint a droit à une pension de survie[421] cette demande doit avoir été introduite dans l'année qui suit le décès s'il y a simultanément un conjoint survivant. 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.

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[422].

$$Pcd = Pcs \times \frac{N}{D}$$

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).

419 Art. 40 de la loi du 5 août 1978 précitée.
420 Art. 122 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
421 Art. 6 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
422 Art. 7 de la même loi.

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. Limitations

Voir conjoint survivant.

2.4. Minimum garanti

Le conjoint divorcé n'a pas droit au minimum garanti.

3. Pension d'orphelin

3.1. Conditions d'octroi[423]

- 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[424]

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. Limitation

Voir conjoint survivant.

3.4. Minimum garanti

L'orphelin n'a pas droit au minimum garanti.

423 Art. 9 de la même loi.
424 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[425].

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 2012 qui ne peut pas être dépassé pour qu'un pécule de vacances puisse être attribué s'élève à 2.128,81 EUR brut.

Le montant du pécule s'élève à :

- 327,11 EUR (taux ménage) ;
- 245,33 EUR (taux isolé) (montants indexés pour l'année 2012).

1.2. Pécule complémentaire pour les bénéficiaires du montant minimal garanti (titulaire d'une pension de retraite)

Le montant du pécule complémentaire s'élève à :
- 444,73 EUR (marié) ;
- 370,90 EUR (isolé)(montants indexés pour l'année 2012).

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 2012 qui ne peut pas être dépassé pour qu'un pécule de vacances puisse être attribué s'élève à 1.703,05 EUR brut.
Le montant du pécule s'élève à 245,33 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 370,90 EUR.

425 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. Indemnité pour frais de funérailles

Il est institué[426] 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 2.410,31 EUR au 01.01.2012).

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.

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[427].

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[428].

426 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.
427 Art. 134 à 138 de la loi du 26 juin 1992 précitée.
428 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.

B. Péréquation

Les pensions de retraite et survie suivent l'évolution des rémunérations.
Cette adaptation s'appelle la péréquation.
Depuis le 1er janvier 2007, les pensions sont, à partir du 1er janvier 2009, augmentées de manière automatique, au terme d'une période de référence de deux ans, à concurrence d'un pourcentage.
Ce pourcentage est établi, par corbeille, sur base des augmentations des maxima des échelles de traitement, des suppléments de traitement, du pécule de vacances et de l'allocation de fin d'année des pensions de retraite qui ont pris cours durant les 4 années précédant la période de référence[429].

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 6.040,06 brut par mois[430] (montant valable au 31 mai 2011).

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 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[431].

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[432]. S'il y a charge d'enfant, ce montant est porté à 11.132,37 EUR[433].
- 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)[434] et à 8.905,89 EUR s'il y a

429 Art. 12 § 1er de la loi du 9 juillet 1969 précitée et remplacé par l'art. 44 de la loi du 25 avril 2007.
430 Art. 40 de la loi du 5 août 1978 précitée.
431 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.
432 Art. 4, § 5 de la loi du 5 avril 1994 précitée.
433 Art. 9 de la même loi.
434 Art. 4, § 5 de la loi du 5 avril 1994 précitée.

charge d'enfant[435]. 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 21.436,50 EUR[436]. S'il y a charge d'enfant, ce montant est porté à 26.075,00 EUR[437].
- S'il s'agit d'une activité professionnelle comme indépendant, les montants limites précités s'élèvent à 17.149,19 EUR (sans charge d'enfant)[438] et à 20.859,97 EUR s'il y a charge d'enfant[439]. 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[440] :

$$\frac{\text{Nombre de mois de la période}}{12}$$

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[441].
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[442].

435 Art. 9 de la même loi.
436 Art. 4, § 1er de la même loi.
437 Art. 9 de la même loi.
438 Art. 4, § 1er de la même loi.
439 Art. 9 de la même loi.
440 Art. 4, § 2 de la même loi.
441 Art. 13, §ler de la même loi.
442 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 maximal 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[443]. 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 13.677,71 EUR brut par an[444].

Si, après application de cette réduction, le montant mensuel global de l'ensemble des pensions de retraite et de survie est inférieur à 1916,22 EUR bruts, la réduction n'est effectuée qu'à concurrence de 75%, sans que le nouveau montant mensuel global ainsi obtenu ne puisse excéder 1.916,22 EUR brut (montant à l'indice-pivot 138,01)[445].

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 69.663,05 EUR brut par an[446].

La pension de survie du secteur public peut être cumulée, dans certaines limites, avec des revenus provenant d'une activité professionnelle. Si le montant limite applicable 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 survie est suspendue.

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 17.280,00 EUR[447].
S'il y a charge d'enfant, le montant de la pension est payé intégralement si les revenus professionnels bruts sont inférieurs à 21.600,00 EUR[448].

443 Art. 40bis, §ler, alinéas 1 à 4 de la loi du 5 août 1978 précitée.
444 Art. 40bis, §1 » alinéa 5 de la même loi.
445 Art. 40bis, § ler alinéa 6 de la même loi.
446 Art. 42 de la même loi.
447 Art. 7 de la loi du 5 avril 1994 précitée.
448 Art. 9 de la mëme loi.

S'il s'agit d'une activité professionnelle comme travailleur indépendant, les montants limites précités s'élèvent à 13.824,00 EUR et à 17.280,00 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).

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[449]

3.1 Le bénéficiaire cumule une pension de survie avec une allocation pour cause d'interruption de carrière ou de réduction de prestations

La pension de survie est suspendue pendant les mois calendrier durant lesquels le bénéficiaire perçoit effectivement :
- une allocation pour cause d'interruption de carrière ou de réduction des prestations ou de crédit-temps (c'est-à-dire l'interruption de carrière complète ou partielle) ;
- une prime octroyée à un fonctionnaire dans le cadre du départ anticipé à mi-temps.

Si le bénéficiaire souhaite maintenir le paiement de sa pension de survie, il doit renoncer à ce revenu de remplacement.

Ceci ne concerne pas :
- l'allocation accordée en cas d'interruption de carrière ou de réduction des prestations en vue d'assurer des soins palliatifs ;
- l'allocation accordée pour congé parental ;
- l'allocation accordée pour l'assistance ou l'octroi de soins à un membre de sa famille jusqu'au deuxième degré qui souffre d'une maladie grave.

Une telle allocation est assimilée à un revenu professionnel de salarié et ce sont les règles normales de cumul avec les revenus découlant d'une activité professionnelle qui s'appliquent.
Cette règle concerne également le complément de traitement accordé dans le cadre du régime de la semaine volontaire des 4 jours.

449 Loi du 25 avril 2007, art. 61, 62 et 63.

3.2 Le bénéficiaire cumule une pension de survie avec une allocation de chômage, une indemnité d'incapacité primaire, une indemnité d'invalidité, une indemnité complémentaire accordée dans le cadre d'une prépension conventionnelle

A partir du 1er janvier 2007, la pension de survie est suspendue pendant les mois calendrier durant lesquels le bénéficiaire perçoit effectivement :

- une indemnité d'incapacité primaire ;
- une allocation de chômage ;
- un de ces deux avantages accordés en vertu d'une législation étrangère ou par une institution de droit international public ;
- une indemnité d'invalidité accordée en vertu de la législation belge ;
- une indemnité complémentaire accordée dans le cadre d'une prépension conventionnelle.

La pension de survie qui a pris cours avant le 1er juillet 1982 ne sera pas suspendue mais subira une réduction de 10%.
Par dérogation à ce principe, le cumul est autorisé pour une durée limitée dans le temps à 12 mois consécutifs ou non pour l'ensemble de la durée de vie de la pension et ce peu importe que le revenu de remplacement soit perçu pour tous les jours ouvrables du mois ou non.
Si, durant ces 12 mois, le montant de la pension de survie dépasse le montant de la garantie de revenus aux personnes âgées (c'est ce qu'on appelle la GRAPA), soit 635,53 EUR par mois (au 1er septembre 2011), la pension de survie est ramenée à ce montant. Sur le site web de l'ONP, vous trouverez plus d'information concernant la GRAPA.

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.

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.

- Vous trouverez sur le site web du SPF Finances le détail des retenues sociales et fiscales applicables aux pensions de retraite et survie : www.scdfpensions.fgov.be.

Section 6. Récupérations

Le SdPSP ne peut pas récupérer les sommes payées indûment lorsqu'il est constaté qu'une erreur de droit (c.-à-d. l'application incorrecte de dispositions légales ou réglementaires) ou une erreur matérielle (par ex : une erreur lors de l'encodage de données) a été commise.

Toutefois, le SdPSP peut réclamer le remboursement des sommes payées indûment dans un délais de 6 mois, lorsque le SdPSP ne pouvait pas disposer des informations permettant d'éviter le paiement des sommes versées indûment ou que celui-ci a tenu compte des seuls éléments disponibles mais ceux-ci s'avèrent par la suite erronés ou qu'il n'était matériellement pas possible au SdPSP de tenir compte d'un nouvel élément qui lui a été communiqué.

Et enfin, le SdPSP procédera à la récupération des montants de pension payés indûment les trois dernières années s'il s'avère que le paiement indu est le résultat de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ou s'ils n'ont pas été signalés, l'exercice d'une nouvelle activité professionnelle, la reprise d'une activité professionnelle, une modification dans les revenus, la perte de la charge d'enfant, l'octroi d'un revenu de remplacement.

Section 7. Contrôle, gestion, paiement et contentieux

L'ouverture du droit[450] 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.

Le Service des Pensions du Secteur public ouvrira d'office un dossier de pension de survie si l'agent décédé était lui-même bénéficiaire d'une pension de retraite gérée par cet organisation 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

450 Art. 42 de la loi du 21 juillet 1844 (pension de retraite) et art. 11 et 12 de l'A.R. du 29 janvier 1985 (pension de survie).

de survie gérée par le Service des Pensions du Secteur public 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 le Service des Pensions du Secteur public qui est également compétent pour calculer les pensions. Ce service 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[451].

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[452].
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 fédéral des pensions[453]. 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

451 Art. 17 de la loi du 29 octobre 1846 relative à l'organisation de la Cour des Comptes.
452 J. Sarot, Précis de Fonction publique, Bruxelles, Bruylant, 1994, n° 835 ss. et les références citées p. 523 ss.
453 J. Sarot, op. cit., n° 832, p. 520.

le budget fédéral des pensions, une contribution de responsabilisation a été instaurée à charge de l'Etat, des Communautés et des Régions[454].

Le produit de cette contribution est versé chaque année au Fonds des pensions de survie[455]. 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%[456]. 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[457]. 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%[458].

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[459] 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.

454 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.
455 cf. note suivante.
456 Art. 60 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
457 Art. 61 de la loi du 15 mai 1984 précitée.
458 Art. 2 de l'A.R. n°442 précité.
459 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[460]. 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.

460 Art. 113 de l'A.R. du 26 décembre 1938 relatif au régime des pensions du personnel communal.

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.

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)[461]. 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[462].

Section 1. Conditions générales d'octroi

A. Age

Depuis 2009, l'âge pour bénéficier de la garantie de revenus est fixé uniformément pour les hommes et les femmes à 65 ans.

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, le Royaume-Uni, 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.

461 Les deux dispositions qui valent pour cette question, sont généralement la loi du 22 mars 2001 instaurant 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.
462 La loi du 22 mars 2001 instituant 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. Montant

Les montants maximaux de la garantie des revenus sont :
- pour le demandeur cohabitant (taux de base) : 7.779,12 EUR
- pour le demandeur isolé (taux majoré) : 11.668,68 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 (sauf pour les personnes qui vivent dans une communauté religieuse ou laïque). 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 ;
- aux indemnités perçues dans le cadre du volontariat si elles n'excèdent pas les montants visés au chapitre VII de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires.

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

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 ont 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 :

- 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 refusé.
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 ont bénéficié dans une certaine mesure des droits acquis. Ils ont été soumis automatiquement au régime de la GRAPA si ce système leur était plus avantageux.

Depuis le 1er avril 2009, un nouveau calcul du revenu garanti ne peut plus être effectué mais son montant, gelé au montant de mars 2009, continue néanmoins d'être indexé. Si une pension déjà prise en compte pour l'octroi du revenu garanti est augmentée hors index, le revenu garanti est adapté en tenant compte de 90% de ce nouveau montant de pension. Si une demande en révision est introduite et qu'il n'y a ni nouvelle ressource ni nouvelle pension, le droit à la GRAPA est examiné et le montant le plus avantageux est octroyé. En cas d'attribution d'une pension ou d'augmentation des ressources, seul un droit à la GRAPA est calculé et attribué même si le montant obtenu est inférieur à celui du revenu garanti.

VI. Les pensions extralégales

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 engagements de pensions collectifs qui sont organisés au niveau d'un secteur d'activité ou d'une entreprise pour les travailleurs salariés en complément de la pension légale.

Ces régimes de pension sectoriels et d'entreprise peuvent, être ordinaires ou sociaux. A côté existent les engagements individuels de pension octroyés de façon occasionnelle et non systématique à un travailleur, ainsi que la continuation à titre individuel d'un engagement de pension collectif. Toute la matière est actuellement régie par la loi du 28 avril 2003 [463], connue sous l'appellation de « loi sur les pensions complémentaires » ou « LPC ».

Le deuxième pilier concerne également les pensions complémentaires que les indépendants peuvent se constituer dans le cadre de leur activité professionnelle. Cette matière est actuellement régie par la loi-programme du 24 décembre 2002[464], connue sous l'appellation de « loi sur les pensions complémentaires des indépendants ou LPCI ».

Enfin, le troisième pilier concerne la prévoyance individuelle : c'est-à-dire l'assurance-vie et l'épargne-pension.

463 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).

464 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.

Section 1. La pension 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, « d'organisateur » a été introduite par la LPC. Elle, vise :

- pour les régimes sectoriels, une personne morale composée paritairement et désignée via une convention collective de travail (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 de travail, lorsqu'il existe au sein de 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 les travailleurs déjà en service au moment de l'instauration du régime de pension.

Les affiliés peuvent refuser de participer à une modification de l'engagement de pension qui entraîne une augmentation de leurs obligations sauf si cette modification a été instaurée par une convention collective de travail. Dans ce cas, ils ont le droit de continuer l'ancien engagement de pension.

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.

La LPC interdit à l'organisateur d'un engagement de pension d'instaurer des discriminations entre les travailleurs, c'est-à-dire d'instaurer entre des personnes qui se trouvent dans des situations comparables, des distinctions de traitement qui ne reposent pas sur un critère objectif et ne sont pas raisonnablement justifiées.

Sont également illégales les distinctions visées par les lois qui interdisent la discrimination fondée sur des critères spécifiques (loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie, loi du 5 mars 2002 relative au principe de non-discrimination en faveur des travailleurs à temps partiel, loi

du 5 juin 2002 sur le principe de non-discrimination en faveur des travailleurs avec un contrat de travail à durée déterminée, loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre la discrimination entre les femmes et les hommes et loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination). De plus, 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.

Un examen médical ne peut être imposé que dans des cas bien précis. Son résultat ne peut servir qu'à déterminer le montant d'une éventuelle surprime et non à empêcher l'affiliation au régime de pension.

Quant aux régimes de pension sociaux, ils sont encouragés fiscalement par la suppression de la taxe de 4,40% normalement perçue sur les contributions, et ils tombent en dehors de la norme salariale.

Une des conditions auxquelles doivent répondre les régimes de pension sociaux est la constitution d'un engagement de solidarité au bénéfice des travailleurs à côté de l'engagement de pension ordinaire. Cet engagement de solidarité comprend un certain nombre d'avantages qui seront organisés sur la base de la solidarité. Les prestations de solidarité qui sont prises en considération peuvent revêtir différentes formes :

- le financement de la constitution de l'engagement de pension pendant certaines périodes d'inactivité déterminées telles que le chômage, l'incapacité de travail, la formation, l'interruption de carrière ou la faillite de l'employeur ;
- la compensation des pertes de revenus dans des cas déterminés d'incapacité de travail permanente, de maladie grave reconnue ou de décès pendant la carrière professionnelle ;
- l'augmentation des paiements en cours dans le cadre du régime de pension ordinaire.

Outre la présence d'un engagement de solidarité, qui doit lui-même répondre à des normes précises, un régime de pension social doit répondre à des conditions supplémentaires par rapport aux régimes de pension ordinaires :

- le régime 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 ;
- son 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 prévue par la LPC.

B. Règles de calcul

Le but poursuivi par les engagements de pensions complémentaires est d'éviter une diminution trop importante des revenus lors de la prise de la retraite. En outre, de tels engagements 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.

Etant donné que ces engagements sont prévus 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 types d'engagement de pension selon le système 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 à la fin de la 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 contributions, 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 : la prestation est égale à la somme de montants forfaitaires attribués (mais pas nécessairement versés) augmentée d'un rendement promis. L'organisateur verse les contributions nécessaires pour atteindre la prestation ainsi déterminée.

En d'autres termes, en cas d'engagement de type prestations définies, c'est le financement nécessaire qui est l'inconnue du calcul, tandis qu'en cas d'engagement de type contributions définies, c'est la prestation qui n'est pas connue au préalable. Quant à l'ngagement de type cash balance, il se situe à mi-chemin entre les deux premiers. La LPC prévoit une garantie de rendement sur les contributions personnelles des travailleurs, ainsi que, pour les engagements de type contributions définies et cash balance, sur les contributions des employeurs.

Les régimes 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 des réserves acquises

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 de l'engagement 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 pas 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 aux réserves acquises. 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 l'engagement de pension 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 mentionnant, 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 règlement 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 de l'entreprise (autrement que suite à la retraite ou au décès), plusieurs choix sont offerts à l'affilié :

- transférer les réserves acquises vers le nouvel employeur. Ce transfert doit s'opérer sans frais à charge de l'affilié. Les réserves peuvent être intégrées dans l'engagement de pension du nouvel employeur ou dans une structure d'accueil spécifique ;
- laisser les réserves acquises auprès de l'employeur qu'il quitte, soit dans l'engagement de pension, soit dans une structure d'accueil spécifique ;
- transférer les réserves acquises dans une entreprise d'assurances qui a l'obligation de répartir entièrement ses bénéfices entre les affiliés (cf. section 2).

Dans certaines conditions, le travailleur qui quitte l'entreprise peut également poursuivre à titre individuel le financement de la pension complémentaire instaurée par son ancien employeur.

D. Organisation et contrôle

Tout engagement de pension est régi par un règlement de pension qui détermine les droits et obligations de l'organisateur et des affiliés. Ces derniers peuvent obtenir un exemplaire du règlement de pension sur simple demande.
L'exécution de l'engagement de pension doit être confiée à un organisme de pension qui est soit une entreprise d'assurance, soit une institution de retraite professionnelle (IRP) (également appelée fonds de pension).

L'assurance de groupe se définit comme un contrat souscrit auprès d'une entreprise d'assurance par un ou plusieurs employeurs au profit de tout ou partie des membres de leur personnel ou au profit de tout autre ensemble de personnes à qui il(s) verse(nt) une rémunération régulière. Les assurances de groupe sont régies par l'A.R. du 14 novembre 2003 relatif à l'assurance sur la vie.

Les IRP sont régies par la loi du 27 octobre 2006. Elles sont constituées sous une forme juridique spécifique : l'organisme de financement de pensions (OFP) dont l'objet social est limité à la fourniture de prestations de retraite liées à une activité professionnelle.

Le contrôle des entreprises d'assurances est confié, depuis le 1er avril 2011 à la Banque nationale de Belgique (BNB) tandis que le contrôle des institutions de retraite professionnelle et le contrôle des engagements de pensions relèvent de lacompétence de l'Autorité des Services et Marchés financiers (FSMA).

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 FSMA et les SPF Emploi et Travail, Sécurité sociale et Finances. La seconde est un organisme consultatif regroupant notammentdes représentants de tous les intérêts concernés par les pensions complémentaires des travailleurs salariés (travailleurs, employeurs, organismes de pension, pensionnés.

Section 2. La pension complémentaire organisée par l'A.R. du 14 novembre 2003

L'A.R. du 14 novembre 2003 a remplacé 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, l'A.R. 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 organisme d'assurance agréé par la Banque Nationale de Belgique et le Ministre des Pensions.

Le régime est géré selon les principes de la capitalisation. Les entreprises d'assurance agréés pour pratiquer les opérations visées par l'A.R. du 14 novembre 2003 ont l'obligation de redistribuer aux affiliés l'ensemble de leurs bénéfices, après déduction des frais qui doivent être limités.

En outre, les entreprises d'assurances qui ont cet agrément peuvent recevoir les réserves acquises des travailleurs qui quittent une entreprise dans laquelle était organisé un régime de pension complémentaire (cf. section 1, C).

Section 3. La pension complémentaire des travailleurs indépendants

La pension complémentaire des travailleurs indépendants est régie par la section 4, du chapitre 1er, du titre II, de la loi-programme du 24 décembre 2002, appelée « Loi sur les pensions complémentaires des indépendants » (LPCI). Celle-ci a remplacé le régime de la pension libre des travailleurs indépendants (PLCI) mis en place en 1982. Le régime actuel présente de nombreux points communs avec celui des travailleurs salariés.

Le travailleur indépendant, ainsi que le conjoint aidant ou l'aidant indépendant peuvent se constituer une pension complémentaire auprès d'un organisme de pension à savoir soit une entreprise d'assurances, soit une institution de retraite professionnelle.

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 12 janvier 2007 qui reprend, dans ses grandes lignes, le régime de la PLCI.
La cotisation minimale est fixée à 100 EUR par an. Quant à la cotisation maximale, elle est fixée à 8,17% des revenus professionnels du travailleur indépendant fixés dans les limites d'un seuil et d'un plafond déterminés par A.R. par référence aux revenus professionnels définis pour le calcul des cotisations sociales obligatoires.
Tout comme la LPC pour les travailleurs salariés, la LPCI permet aux travailleurs indépendants de conclure des conventions sociales de pension. Ces dernières doivent comporter, outre le régime de pension complémentaire, un régime de 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 taux maximum de cotisation est porté de 8,17% à 9,40% des revenus professionnels.

En matière d'impôt sur les revenus, les cotisations versées en vue de la constitution d'une pension complémentaire sont déductibles pour autant que le travailleur indépendant ait, pendant l'année concernée, effectivement et entièrement payé les

cotisations sociales obligatoires dont il est redevable en vertu du statut social des travailleurs indépendants.

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, les prestations ne peuvent être inférieures à la somme des contributions versées qui n'a pas été consommée pour la couverture du risque décès avant la retraite.

La pension complémentaire des travailleurs 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)
Tour du Midi
1060 Bruxelles
Tél. : (02) 529 30 01
+ n° vert gratuit : 0800/50256 (FR)
Fax : (02) 529 33 33
Internet: http://www.onprvp.fgov.be

Service public fédéral Sécurité sociale
Domaine réglementation
Boulevard du Jardin Botanique 50, bte 115
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 528 63 80
Fax : (02) 528 69 72
Internet: http://socialsecurity.fgov.be

B. Pensions des travailleurs indépendants

Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)
Place Jean Jacobs 6
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 546 42 11
Internet : http://www.inasti.be

Office national des Pensions (ONP)
Tour du Midi
1060 Bruxelles
Tél. : (02) 529 30 01
+ n° vert gratuit : 0800/50256
Fax : (02) 529 33 33
Internet : http://www.onprvp.fgov.be

C. Pension des travailleurs du secteur public

Service des Pensions du Secteur public
Place Victor Horta 40, boîte 30
1060 Bruxelles
Contact center
Tél. : (02) 558 60 00 - Fax : (02) 558 60 10
e-mail : cc@sdpsp.fgov.be
Internet : http://www.sdpsp.fgov.be

Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL)
rue Joseph II 47
1040 Bruxelles
Tél. : (02) 238 32 11
Internet : http://onssapl.fgov.be

D. Pensions extralégales

Autorité des Services et Marchés financiers (FSMA)
Rue du Congrès 12-14
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 220 52 11
Fax : (02) 220 52 75
http://www.fsma.be

Banque Nationale de Belgique
Boulevard de Berlaimont 14
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 221 21 11
http://www.nbb.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.

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 extralégales 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.
L'Autorité des Services et Marchés financiers dispose d'une coordination de ces textes (www.fsma.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.
L'Autorité des Services et Marchés financiers dispose d'une coordination de ces textes (www.fsma.be).

Section 3. Publications

A. Pensions de travailleurs salariés et revenu garanti aux personnes âgées

L'Office national des Pensions dispose d'une brochure intitulée : « travailler et conserver votre pension ».
L'Office a également réalisé un mémento gratuit destiné au grand public et intitulé : « Les pensions du régime salarié et la garantie de revenus aux personnes âgées ».
Mentionnons enfin le « guide pratique du pensionné » et divers dépliants sur des thèmes particuliers.

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

Le Service des Pensions du Secteur public (SdPSP) édite quatre brochures gratuites sur les pensions publiques, à savoir :

- Pensions de retraite du secteur public ;
- Pensions de survie du secteur public ;
- Interruption de carrière et périodes d'absence. Quelles en sont les conséquences sur ma pension ? ;
- Cumul des pensions du secteur public avec un revenu professionnel ou un revenu de remplacement.

Les brochures peuvent être commandées directement auprès du SdPSP

- E-mail : cc@pdos.fgov.be
- Tél. : 02/558.60.00
- Fax : 02/558.60.10

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'A.R. du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou l'A.R. 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.

ÂGE	NOMBRE DE JOURS MINIMAL 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.
À 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 entre autres en cas de: détention préventive ou privation de liberté, force majeure, inactivité pour élever son enfant (min. 6 mois, uniquement pour les périodes situées avant le sixième anniversaire de l'enfant), 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, 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 (uniquement pour les périodes situées avant le douzième anniversaire de l'enfant à dater de chaque naissance ou adoption) ou pour un autre motif (max. 3 ans à dater de la réduction volontaire des prestations), des études de plein exercice ou ayant une durée d'au moins 9 mois dont le nombre d'heures de cours atteint en moyenne par semaine au moins 20 heures ou un apprentissage pour une profession indépendante.

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 15 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: la détention préventive ou privation de liberté, l'impossibilité de travailler pour raison de force majeure, inactivité pour élever son enfant (min. 6 mois, uniquement pour les périodes situées avant le sixième anniversaire de l'enfant), 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 (uniquement pour les périodes situées avant le douzième anniversaire de l'enfant) ou pour un autre motif (max. 3 ans). 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 12 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'insertion sur base de leurs études.

Le régime des allocations octroyées aux jeunes sortant des études est modifié à partir du 1er janvier 2012. Dorénavant, les allocations d'attente et le stage d'attente s'appellent « allocations d'insertion » et « stage d'insertion professionnelle ».

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 novembre 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 d'insertion professionnelle comportant 310 jours. Le stage d'insertion professionnelle débute au plus tôt le 1er août qui suit la fin de vos études, sauf si vous avez interrompu vos études dans le courant de l'année scolaire.

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.

Le droit aux allocations d'insertion est limité dans le temps. Il est accordé un droit aux allocations d'insertion pendant une période de 36 mois maximum. Cette période de 36 mois peut être prolongée sous certaines conditions. Après l'expiration de la période de 36 mois, des allocations d'insertion peuvent être accordées à nouveau pendant 6 mois supplémentaires, si entre-temps le travail comme salarié a été repris et qu' il est satisfait à certaines conditions.

Le crédit de 36 mois est calculé de date à date, à partir du jour où le droit aux allocations d'insertion a été accordé pour la première fois. Pour le calcul du crédit, il n'est toutefois pas tenu compte de la période qui précède le 1er janvier 2012, pendant laquelle éventuellement des allocations d'attente ont été accordées.

En outre, si un travailleur est considéré comme travailleur ayant charge de famille, comme isolé ou comme cohabitant privilégié (parce que le conjoint ou le partenaire ne dispose que de revenus de remplacement), il n'est pas non plus tenu compte, pour le calcul du crédit de 36 mois, de la période qui précède le mois qui suit le 30ème anniversaire. Ceci signifie que dans ce cas, le crédit de 36 mois débute à partir du mois qui suit le 30ème anniversaire et qu'il est donc droit aux allocations d'insertion jusqu'au dernier jour du mois du 33ème anniversaire.

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 et les journées d'absence du travail en vue de fournir des soins d'accueil.

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. Etat 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 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 volontairement, 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. Sous certaines conditions et moyennant une déclaration préalable au bureau de chômage, le chômeur peut exercer un volontariat avec maintien des avantages matériels et financiers.

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. Ne sont notamment pas considérées comme du travail : l'activité artistique effectuée comme hobby, la tutelle des mineurs étrangers non accompagnés, certaines activités comme pompier volontaire et la préparation à l'installation comme indépendant ou à la création d'une entreprise (6 mois maximum).
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 sur 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. Etre en possession d'une carte de contrôle

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 des 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 la localité ou de l'entreprise ; quant aux jours fériés, la réglementation chômage prévoit des règles particulières.

L'allocation de base est fixée à 40% de la rémunération journalière moyenne plafonnée (voir en dessous).

Pendant les douze premiers mois de chômage, les chômeurs ont en outre droit à un complément d'adaptation de :
- 15% pour le travailleur ayant charge de famille et pour le travailleur isolé ;
- 20% pour le travailleur cohabitant.

Pour le travailleur ayant charge de famille, l'allocation de base est, pendant toute la durée du chômage, majorée d'un complément de 5% pour perte de revenu unique et 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 15%.

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 (18,61 EUR par jour).

Plafond salarial

Une première période de 12 mois est constituée de deux périodes consécutives de 6 mois :
- dans la première période de six mois, le plafond salarial supérieur est appliqué (2.370,76 EUR par mois) ;
- dans la deuxième période de six mois, le plafond salarial intermédiaire est appliqué (2.209,59 EUR par mois).

Après cette période de 12 mois le plafond de base de 2.064,81 EUR est valable. (toutefois en ce qui concerne les isolés 2.019,88 EUR par mois).

Les chômeurs complets, qui sont âgés d'au moins de 50 ans et qui justifient de 20 ans de travail salarié peuvent, après un an de chômage complet et s'ils ne bénéficient pas du régime de chômage avec complément d'entreprise ou s'ils ne l'ont pas refusée, prétendre à un complément d'ancienneté. Les travailleurs avec charge de famille reçoivent alors une allocation avec complément d'ancienneté se situant entre 43,97 EUR (montant minimum) et 52,23 EUR par jour (montant maximum). Les isolés reçoivent un complément de 0,8% jusqu'à l'âge de 55 ans et de 6,2% 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'insertion

Les jeunes qui sont admis au chômage sur base de leurs études ou d'un apprentissage, perçoivent des allocations d'insertion 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 ;
- un chômeur qui dans le cadre de la recherche active d'un emploi ne participe pas à la procédure peut être suspendu ;
- un chômeur qui travaille au noir ;
- un travailleur de 45 ans et plus qui refuse de participer à une cellule pour l'emploi ou qui refuse d'accepter une offre de reclassement professionnel.

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. Le régime de chômage avec complément d'entreprise

A partir du 1er janvier 2012, le système de la prépension conventionnelle a été remplacé le régime de chômage avec complément d'entreprise. Ce statut 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 du complément d'entreprise 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 3.697,61 EUR diminuée de la cotisation personnelle à la sécurité sociale et du précompte professionnel.

b) ont droit à ce statut de prépensionné sur base de l'A.R. du 3 mai 2007.

Ainsi, il faut que les conditions suivantes soient remplies :

- le travailleur doit avoir atteint l'âgeprévu. La règle générale est que la prépension avant l'âge de 60 ans n'est plus possible, sauf dans des conditions strictement définies et à caractère temporaire et hormis entre autre 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 du régime de chômage avec complément d'entreprise à 60 ans, selon la CCT 17 le nombre d'années de travail salarié exigé est porté à partir du 1er janvier 2012 à 35 ans pour les hommes et à 28 ans pour les femmes. 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 reconnaissance comme entreprise en difficulté ou en restructuration) ou plus élevé (CCT de secteur ou d'entreprise conclue pour la toute première fois après le 31 décembre2011, hommes 40 ans, femmes35 ans) ;.
- Pour les régimes particuliers (58 ans et 35 ans de carrière professionnelle pour le travailleur ayant des problèmes médicaux sérieux, 56 ans avec 33 ans de carrière dont 20 années de prestations de nuit, le régime à 56 ans dans la construction, le régime à 56 ou 57 ans et 38 ans de carrière professionnelle, le régime de la CCT 92 56 ans et 40 ans de carrière) le passé professionnel reste inchangé ;
- 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.

Sur le montant total (= l'allocation de chômage + complément d'entreprise), une retenue de 6,5% est effectuée par le débiteur de l'indemnité complémentaire. Elle est versée à l'Office national de sécurité sociale.

Cette retenue ne peut avoir pour effet de ramener le montant qui est accordé au travailleur en dessous de 1.601,98 EUR en cas de charge de famille et de 1.329,23 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 14 de l'A.R. du 3 mai 2007. 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 :

- entreprises reconnues en difficulté, la condition d'âge est porté à 52 ans à partir du 1er janvier 2012 et sera également graduellement relevée pour atteindre 55 ans en 2018 ;

- entreprises reconnues en restructuration, 52 ans, mais à partir du 1er janvier 2013 la condition d'âge est portée à 55 ans.

Le Ministre peut, après consultation d'une commission d'évaluation, ramener l'âge à 50 ans, pour autant que la date du début de la période de la reconnaissance se situe avant le 1er janvier 2013.

L'employeur est tenu de remplacer le travailleur prépensionné. Cette obligation générale de remplacement souffre deux exceptions : le travailleur concerné 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 régimes 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 valable.

L'employeur doit remplacer le travailleur concerné 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 3 mai 2007 :
- assimile certaines catégories de travailleurs à des chômeurs complets indemnisés (p.ex. les jeunes travailleurs en période d'insertion professionnelle 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 le régime auprès d'un organisme de paiement (syndicat ou CAPAC) au moyen d'un formulaire C4-régime de chômage avec complément d'entreprise sur lequel l'employeur indique les renseignements nécessaires et un formulaire C17 sur lequel l'employeur indique le montant du complément d'entreprise.

Les travailleurs dans le régime de chômage avec complément d'entreprise 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 à 2.039,32 EUR par mois, quelle que soit la situation familiale ;
- ils sont à partir de 58 ans 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 du complément d'entrepris.

Ils sont pour ce qui concerne l'exercice d'une activité professionnelle, soumis aux règles de la réglementation du chômage ordinaire.

Les travailleurs licenciés de moins de 58 ans qui ont droit au régime de chômage avec complément d'entreprise suite à un licenciement collectif dans le cadre de la gestion active des restructurations sont obligés de s'inscrire dans une cellule pour l'emploi, qui a comme tâche d'accompagner ces travailleurs vers un nouvel emploi en leur offrant au moins une offre de reclassement professionnel (outplacement).

Fin août 2012, 114.305 personnes bénéficiaient de ce régime, parmi lesquelles 83.645 hommes et 30.660 femmes.

Section 9. La prépension à mi-temps

La prépension à mi-temps a été abrogé à partir du 1er janvier 2012. Des disposition de transition ont été prévu pour les travailleurs qui bénéficient déjà de ce système.

Fin août 2012, 639 personnes bénéficiaient encore de ce régime parmi lesquelles 490 hommes et 149 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. Réduction 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 dans une réduction de cotisations patronales les englobant. 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 minimal ne s'applique toutefois pas aux travailleurs engagés au moins à mi-temps. Depuis le 1er avril, cette limite inférieure est également supprimée pour les travailleurs du secteur horeca soumis à tous les régimes ; cette suppression s'applique uniquement à la réduction structurelle.

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, 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 (471 EUR pour les entreprises de travail adapté). Afin de stimuler le recrutement dans les fonctions faiblement rémunérées (inférieures à 5.870,71 EUR pour la catégorie générale Maribel social et 7.107,74 EUR pour les entreprises de travail adapté), 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 12.240 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, 400 EUR ou 300 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 ; en principe, elles ne peuvent 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 demandeurs d'emploi inoccupés 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 établissements d'enseignement pour leur personnel contractuel d'entretien, administratif ou d'encadrement ;
- les polders, les wateringues et les fabriques d'église.

Cette réduction est aussi accessible aux représentations diplomatiques en Belgique et aux organismes internationaux.

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.

Âge	Période en tant que demandeur d'emploi (6 jours par semaine)	Forfait (en EUR) et durée (trimestres)[459]
Moins de 45 ans	312 jours en 18 mois	1.000 (5)
	624 jours en 36 mois	1.000 (9)
	936 jours en 54 mois	1.000 (9) et 400 (4)
	1560 jours en 90 mois	1.000 (9) et 400 (12)
Au moins 45 ans	156 jours en 9 mois	1.000 (5) et 400 (16)
	312 jours en 18 mois	1.000 (21)
	468 jours en 27 mois	1.000 (21)

Des modalités d'application spécifiques existent pour l'engagement d'un demandeur d'emploi par les autorités locales dans le cadre de la politique locale de sécurité et de prévention.

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.

465 Le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement.

En fonction de l'âge du travailleur et de la période couverte par des allocations, l'employeur peut bénéficier des réductions suivantes :

Âge	Période couverte par des allocations	Forfait (EUR) en durée (trimestres)[460]
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)	1.000 (5) et 400 (4)
	12 mois d'allocation d'attente / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1.000 (5) et 400 (4)
	24 mois d'allocation de chômage / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1.000 (9)
Au moins 45 ans	12 mois d'allocation d'attente / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1.000 (5) et 400 (8)
	24 mois d'allocation de chômage / de l'intégration sociale ou de l'aide sociale financière	1.000 (13)

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.
En outre, moyennant le respect de certaines conditions les Régions octroient des subventions complémentaires.

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'ayants 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 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 logements sociaux (Communauté flamande) ;
- les sociétés de logements de service public (Région wallonne) ;

466 Le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement.

- 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 initiatives locales de développement de l'emploi (Région de Bruxelles-Capitale) ;
- les employeurs qui organisent les services de proximité ou des initiatives d'économie locale de service (Communauté flamande) ;
- les employeurs qui organisent des initiatives de développement de l'emploi dans le secteur des services de proximité à finalité sociale (Région wallonne) ;
- les employeurs qui organisent des entreprises de formation par le travail (Région wallonne) ou des ateliers de formation par le travail (Commission communautaire française 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 :

Âge	Statut au moment de l'engagement	Période couverte par des allocations (6 jours par semaine)	Forfait (EUR) en durée (trimestres)[461]
Moins de 45 ans	CCI	312 jours en 18 mois 624 jours en 36 mois	1.000 (11) 1.000 (21)
	Ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière	156 jours en 9 mois 312 jours en 18 mois	1.000 (11) 1.000 (21)
Au moins 45 ans	CCI ou ayant droit à l'intégration sociale ou à l'aide sociale financière	156 jours en 9 mois	1.000 (illimité)

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.

467 Le premier trimestre est, à chaque fois, le trimestre de l'engagement.

2.2. Les jeunes

La réduction groupe-cible « jeunes travailleurs » consiste en trois réductions distinctes :

1. la réduction de cotisations pour les très jeunes travailleurs qui sont occupés avant le 1er janvier de l'année de leur 19ème anniversaire et qui ne sont pas encore assujettis à toutes les branches de la sécurité sociale ;
2. la réduction de cotisations pour les jeunes de 19 à 26 ans en convention de premier emploi moins qualifiés ou très peu qualifiés ;
3. la réduction de cotisations pour les jeunes de plus de 18 à moins de 30 ans ayant un bas salaire.

A l'exception de la réduction de cotisations pour les jeunes ayant un bas salaire, aussi bien les employeurs du secteur privé que ceux du secteur public entrent en ligne de compte pour les réductions mentionnées ci-dessus. Afin de pouvoir bénéficier d'une réduction « jeunes travailleurs » de quel que type que se soit au cours d'un trimestre précis, les employeurs qui sont soumis à l'obligation d'engager des jeunes doivent satisfaire à cette obligation au cours de ce trimestre. Cette obligation implique que les entreprises d'au moins 50 travailleurs doivent occuper au moins 3% de jeunes travailleurs (-26 ans). Pour les pouvoirs publics et les organisations du secteur non marchand, la norme est fixée à 1,5%. L'Etat fédéral et les établissements publics qui en dépendent doivent également engager 3% de jeunes. Aucun pourcentage minimal d'occupation de jeunes n'est imposé aux petites entreprises et à celles qui ont obtenu une dispense sectorielle. Afin de déterminer si une 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 fixé 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.

La réduction de cotisations pour les très jeunes travailleurs (occupés avant le 1er janvier de l'année de leur 19ème anniversaire) est octroyée sans autres conditions jusqu'au dernier trimestre y compris de l'année au cours laquelle le jeune atteint l'âge de 18 ans. Le montant de la réduction s'élève à 1.000 EUR par trimestre.

Pour ouvrir le droit à la réduction de cotisations pour les jeunes moins qualifiés ou très peu qualifiés, les conditions suivantes doivent être remplies :

- le jeune est occupé après le 31 décembre de l'année de son 18ème anniversaire et il a moins de 26 ans ;
- le jeune est moins qualifié ou très peu qualifié :
- un jeune moins qualifié n'a pas obtenu de diplôme de l'enseignement secondaire ;
- un jeune très peu qualifié a, au plus, un certificat de 2ème cycle de l'enseignement secondaire ou de l'enseignement secondaire professionnel ou technique à temps partiel ;
- son occupation doit se faire dans les liens d'une convention de premier emploi.

La réduction est octroyée aussi longtemps que le jeune est occupé sous convention de premier emploi. Cela signifie jusqu'au dernier jour du trimestre au cours duquel le jeune atteint l'âge de 26 ans ou jusqu'à la fin de son occupation auprès de l'employeur concerné si cette fin est antérieure à la date précitée.

Pour les moins qualifiés, le montant de la réduction s'élève à 1.000 EUR par trimestre pour le trimestre de l'engagement et les 7 trimestres suivants. Pour les très peu qualifiés, les moins qualifiés handicapés ou les moins qualifiés d'origine étrangère, le montant de la réduction est égal à 1.000 EUR par trimestre pour le trimestre de l'engagement et les 15 trimestres suivants. A l'issue de cette période de réduction de 1.000 EUR par trimestre, on passe pour les deux groupes à une période de réduction de 400 EUR par trimestre et ce pour tous les trimestres aussi longtemps que l'occupation a la qualité de convention de premier emploi.

La réduction de cotisations pour les jeunes travailleurs ayant un bas salaire ne s'applique pas aux employeurs du secteur non marchand (champ d'application du Maribel social voir ci-après) et du secteur public.

Le jeune doit être entièrement assujetti à la sécurité sociale, ce qui signifie que l'occupation se situe après le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 18 ans. En outre, le jeune ne peut avoir atteint l'âge de 30 ans. Enfin, le salaire trimestriel de référence du jeune ne peut dépasser la limite « bas salaires » (5.870,71 EUR).

La réduction est accordée au plus tôt à partir du premier trimestre de l'année au cours de laquelle le jeune atteint l'âge de 19 ans et, au plus tard, jusque et y compris le trimestre précédant le trimestre au cours duquel le jeune atteint l'âge de 30 ans. Il va de soi que la réduction n'est plus accordée dès que le salaire du jeune dépasse la limite « bas salaires ». La réduction des cotisations varie en fonction de l'âge du jeune et se calcule selon la formule suivante : (30 – âge) x 300 EUR / 10 ; le résultat de ce calcul est plafonné à 300 EUR.
La réduction pour les jeunes travailleurs ayant un bas salaire peut être cumulée avec la réduction structurelle et avec la réduction pour les jeunes moins qualifiés ou très peu qualifiés en convention de premier emploi.

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 50/57 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.

La réduction groupe-cible travailleurs âgés diffère selon que le salaire trimestriel de référence du travailleur concerné est inférieur à 12.240 EUR ou au moins égal à 12.240 EUR.

A condition que le dernier jour du trimestre, ils aient au moins 50 ans, les travailleurs avec un salaire trimestriel de référence inférieur à 12.240 EUR ouvrent le droit à une réduction des cotisations dont le montant augmente en fonction de leur âge. La réduction se calcule de la façon suivante : [(âge - 49) x 50 EUR].

A partir de 57 ans, la réduction est cumulée avec la réduction forfaitaire de 400 EUR, ce qui implique que la formule est adaptée de la façon suivante : 400 EUR + [(âge - 57) x 50 EUR].

Les travailleurs avec un salaire trimestriel de référence égal ou supérieur à 12.240 EUR donnent droit à une réduction des cotisations de 400 EUR par trimestre à condition qu'ils aient au moins 57 ans le dernier jour du trimestre.

2.4. Les premiers engagements

Cette réduction est réservée aux employeurs qui du secteur privé 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 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 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.
La réduction s'applique également lors de l'engagement de travailleurs licenciés suite à une faillite, une fermeture ou une liquidation d'entreprise.

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.

Le travailleur ouvre le droit à la réduction des cotisations patronales à condition que son salaire trimestriel de référence ne dépasse pas les limites suivantes :
- s'il a moins de 30 ans au moment de l'entrée en service : 5.870,71 EUR ;
- s'il a au moins 30 ans au moment de l'entrée en service : 12.240 EUR.

Si le travailleur a moins de 45 ans le jour de son entrée en service, la réduction s'élève à 1.000 EUR pendant le trimestre de l'engagement et les 4 trimestres suivants. Si le travailleur a au moins 45 ans le jour de son entrée en service, les cotisations patronales sont réduites de 1.000 EUR pendant le trimestre de l'engagement et les 4 trimestres suivants et ensuite de 400 EUR pendant 16 trimestres.

2.7. Tuteurs

Un employeur peut bénéficier d'une réduction groupe-cible « tuteurs » pour certains travailleurs qui assurent le suivi de stages ou assument des responsabilités pour des formations dans le cadre d'une formation professionnelle. Par « suivi de stages » et « responsabilité pour des formations », on entend l'accompagnement pendant au minimum 400 heures par année de 5 personnes au maximum.

Tant les employeurs du secteur public que les employeurs du secteur privé peuvent bénéficier de cette réduction groupe-cible lorsqu'ils ont pris un engagement pour organiser des stages ou des formations dans le cadre de formations professionnelles. L'employeur conclut une convention avec:

- le service régional de l'emploi et de la formation professionnelle compétent lorsqu'il s'agit de jeunes demandeurs d'emploi ;
- un établissement ou opérateur d'enseignement ou de formation lorsqu'il s'agit de la formation d'enseignants ou de jeunes autres que les jeunes demandeurs d'emploi mentionnés ci-dessus.

Dans son engagement, l'employeur indique le nombre de jeunes et d'enseignants auxquels il offre la possibilité de suivre un stage ou une formation, le nombre d'heures et d'éventuels détails supplémentaires relatifs à l'encadrement pédagogique et la répartition dans le temps des stages et des formations.

Pour pouvoir être reconnu comme tuteur, le travailleur doit justifier d'une expérience professionnelle d'au moins 5 ans dans la profession concernée et être détenteur d'une attestation de réussite « tuteur » délivrée par un établissement d'enseignement ou de formation institué ou agréé par la Communauté compétente.

L'employeur bénéficie d'une réduction de 400 EUR par trimestre pendant l'exécution de la convention (quatre trimestres au 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), du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004), du 11 juillet 2005 (M.B. du 12 juillet 2005), du 23 décembre 2005 (M.B. du 30 décembre 2005), du 20 juillet 2006 (M.B. du 28 juillet 2006), du 27 décembre 2006 (M.B. du 28 décembre 2006), du 27 avril 2007 (M.B. du 8 mai 2007), du 22 décembre 2008 (M.B. du 29 décembre 2008), du 27 mars 2009 (M.B. du 7 avril 2009), du 19 juin 2009 (M.B. du 25 juin 2009), du 23 décembre 2009 (M.B. du 30 décembre 2009),du 30 décembre 2009 (M.B. du 31 décembre 2009) et du 4 juillet 2011 (M.B. du 19 juillet 2011).
- 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), par l'A.R. du 16 juillet 2004 (M.B. du 6 août 2004), par l'A.R. du 10 novembre 2005 (M.B. du 7 décembre 2005), par l'A.R. du 29 mars 2006 (M.B. du 31 mars 2006), par l'A.R. du 20 juillet 2006 (M.B. du 28 juillet 2006), par la loi du 27 décembre 2006 (M.B. du 28 décembre 2006), par l'A.R. du 28 mars 2007 (M.B. du 6 avril 2007), par l'A.R. du 28 mars 2007 (M.B. du 10 avril 2007), par l'A.R. du 21 avril 2007 (M.B. du 30 avril 2007), par l'A.R. du 26 avril 2007 (M.B. du 1er juin 2007), par l'A.R. du 29 juin 2007 (M.B. du 13 juillet 2007), par l'A.R. du 22 avril 2009 (M.B. du 30 avril 2009), par l'A.R. du 30 avril 2009 (M.B. du 20 mai 2009), par les A.R. du 28 juin 2009 (M.B. du 6 juillet 2009), par la loi du 30 décembre 2009 (M.B. du 31 décembre 2009), par l'A.R. du 3 février 2010 (M.B. du 18 février 2010), par l'A.R. du 2 avril 2010 (M.B. du 13 avril 2010), par l'A.R. du 21 février 2011 (M.B. du 16 mars 2011), par l'A.R.du 13 août 2011 (M.B. du 30 août 2011), par l'A.R. du 28 mars 2012 (M.B. du 30 mars 2012) et par l'A.R. du 26 mai 2012 (M.B. 13 juin 2012).

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.

Un régime spécifique de réduction des cotisations patronales et d'activation est applicable pour l'occupation dans le cadre de la politique locale de prévention et de sécurité.

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 de longue durée 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 notamment 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. Les demandeurs d'emploi inoccupés ayant une aptitude réduite au travail bénéficient de modalités d'application particulières.

Âge du travailleur	Durée d'inscription comme demandeur d'emploi	Allocation de travail Montant et durée
< 25 ans	12 mois dans les 18 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	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	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), du 21 septembre

2004 (M.B. du 6 octobre 2004), du 28 mars 2007 (M.B. du 10 avril 2007), du 21 décembre 2009 (M.B. du 30 décembre 2009), du 1er février 2010 (M.B. du 11 févier 2010)), du 19 juillet 2011 (M.B. du 10 août 2011) et du 28 décembre 2011 (M.B. du 30 décembre 2011).

- 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. du 17 avril 2003).
- 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 28 mars 2007 (M.B. du 10 avril 2007).

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 2011 à 387,83 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% (33% pour les entreprises de travail adapté) 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, du §5 au §7 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), du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004), du 27 décembre 2005 (M.B. du 30 décembre 2005), du 27 décembre 2006 (M.B. du 28 décembre 2006), du 27 mars 2009 (M.B. du 7 avril 2009),du 30 décembre 2009 (M.B. du 31 décembre 2009), et du 28 avril 2010 (M.B. du 10 mai 2010).
- 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), du 19 janvier 2005 (M.B. du 3 mars 2005), du 18 juillet 2005 (M.B. du 4 août 2005), du 1er septembre 2006 (M.B. du 11 septembre 2006), du 27 février 2007 (M.B. du 8 mars 2007), du 18 juillet 2008 (M.B. du 1er août 2008), du 17 juillet 2009 (M.B. du 29 juillet 2009), du 31 juillet 2009 (M.B. du 14 août 2009), du 13 juin 2010 (M.B. du 25 juin 2010) et du 19 janvier 2011 (M.B. du 27 janvier 2011).

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'A.R. 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 ayant 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).

Tranches et montants d'application à partir du 1er février 2012, secteur privé :

Employés	
S (salaire mensuel de référence à 100 % en EUR)	R (montant de base en EUR)
<= 1.472,40	175,00
> 1.472,40 en < = 1.797,13	175,00 – (0,2636 x (S – 1.472,40))
> 1.797,13 en < = 2.338,58	143,00 – (0,1651 x (S – 1.472,40))
> 2.338,58	0

Ouvriers	
S (salaire mensuel de référence à 100 % en EUR)	R (montant de base en EUR)
<= 1.472,40	189,00
> 1.472,40 en < = 1.797,13	189,00 – (0,2847x (S – 1.472,40))
> 1.797,13 en < = 2.338,58	154,44 – (0,1783 x (S – 1.472,40))
> 2.338,58	0

Tranches et montants d'application à partir du 1er février 2012, secteur public :

Employés et ouvriers	
S (salaire mensuel de référence à 100 % en EUR)	S (montant de base en EUR)
<= 1.472,40	175,00
> 1.472,40 en < = 1.797,13	175,00 – (0,2636 x (S – 1.472,40))
> 1.797,13 en < = 2.338,58	143,00 – (0,1651 x (S – 1.472,40))
> 2.338,58	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 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 26 janvier 2000) modifiée par l'A.R. du 7 avril 2000 (M.B. du 28 avril 2000), l'A.R. du 26 juin 2000 (M.B. du 29 juillet 2000), la loi du 12 août 2000 (M.B. du 31 août 2000), l'A.R. du 13 janvier 2003 (M.B. du 24 janvier 2003), la loi du 8 avril 2003 (M.B. du 17 avril 2003), la loi du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003), la loi du 27 décembre 2004 (M.B. du 31 décembre 2004), l'A.R. du 1er février 2005 (M.B. du 22 février 2005), la loi du 11 juillet 2005 (M.B. du 12 juillet 2005), l'A.R. du 10 août 2005 (M.B. du 16 septembre 2005), l'A.R. du 10 octobre 2005 (M.B. du 12 décembre 2005), l'AR du 1er septembre 2006 (M.B. du 8 septembre 2006), l'A.R. du 21 avril 2007 (M.B. du 28 avril 2007), l'A.R. du 6 juin 2008 (M.B. du 16 juin 2008),la loi du 19 juin 2009 (M.B du 25 juin 2009) et la loi du 4 juillet 2011 (M.B. du 19 juillet 2011) ;
- 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 28 janvier 2000), modifié par l'A.R. du 7 avril 2000 (M.B. du 28 avril 2000), l'A.R. du 26 juin 2000 (M.B. du 29 juillet 2000), l'A.R. du 13 janvier 2003 (M.B. du 24 janvier 2003), l'A.R. du 16 juillet 2004 (M.B. du 6 août 2004), l'A.R. du 1er février 2005 (M.B. du 22 février 2005), l'A.R. du 10 août 2005 (M.B. du 16 septembre 2005), l'A.R. du 10 octobre 2005 (M.B. du 12 décembre 2005), l'A.R. du 1er septembre 2006 (M.B. du 8 septembre 2006), loi du 27 décembre 2006 (M.B. du 28 décembre 2006), l'A.R. du 28 mars 2007 (M.B. du 6 avril 2007), l'A.R. du 21 avril 2007 (M.B. du 28 avril 2007), l'A.R. du 6 octobre 2008 (M.B. du 15 octobre 2008), l'A.R. du 22 avril 2009 (M.B. du 30 avril 2009) et l'A.R. du 28 juin 2009 (M.B du 6 juillet 2009),la loi du 30 décembre 2009 (M.B. du 31 décembre 2009) et l'A.R. du 13 août 2011 (M.B. du 30 août 2011).

F. Encourager le remplacement 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 :

- Dans certaines conditions, un employeur en restructuration peut obtenir de l'ONEM un remboursement des frais d'outplacement pour un travailleur licencié dans le cadre de la restructuration et à qui une carte de réduction restructurations a été délivrée.
  Le travailleur doit avoir suivi au minimum 30 heures d'outplacement pendant la période d'inscription dans la cellule pour l'emploi.
  En outre, si, pendant la durée de validité de la carte de réduction, le travailleur a été lié pendant au moins 120 jours calendrier par 1 ou plusieurs contrats de travail avec 1 ou plusieurs nouveaux employeurs, l'ONEM peut rembourser un montant plus élevé.
  Le remboursement est limité aux frais réellement engagés et à un montant maximal déterminé qui dépend de l'âge du travailleur au moment de l'annonce du licenciement collectif et de la situation dans laquelle il se trouve.

  Le tableau ci-après fournit un aperçu des montants maximaux.

	30 heures d'outplacement suivies pendant la période d'inscription	**Pendant la durée de validité de la carte, lié pendant au minimum 120 jours calendrier par 1 (ou plusieurs) contrat(s) de travail avec 1 (ou plusieurs) nouvel/nouveaux employeur(s) et 30 heures d'outplacement suivies pendant la période située entre l'inscription et la reprise du travail**
>= 45 ans au moment de l'annonce du licenciement collectif	1.000 EUR	2.000 EUR
< 45 ans au moment de l'annonce du licenciement collectif	500 EUR	1.000 EUR

- Les travailleurs en possession d'une carte de réduction restructurations qui reprennent le travail auprès d'un nouvel employeur, bénéficient d'une diminution des cotisations personnelles de sécurité sociale de 133,33 EUR par mois. Pour les ouvriers, ce montant est fixé à 144 EUR. Ce montant est adapté au prorata des prestations de travail dans le courant du mois et est cumulable avec le bonus à l'emploi (cf Section 1, E).
  La réduction des cotisations personnelles est valable à partir du jour de la première embauche situé dans la période de validité de la carte de réduction restructurations et se termine le dernier jour du deuxième trimestre suivant le trimestre de cette première embauche.
  Pour obtenir la diminution des cotisations personnelles, le salaire mensuel de référence du travailleur ne peut dépasser 1.956 EUR, si le travailleur est âgé de moins de 30 ans au moment de l'entrée en service. Pour les travailleurs d'au moins 30 ans, cette limite est de 4.080 EUR.

- L'employeur qui engage des travailleurs victimes d'une restructuration bénéficie d'une réduction importante des cotisations patronales de sécurité sociale (cf. Section I, A, 2.6).

Législation :
- Loi-programme du 22 décembre 2003 (M.B. du 31 décembre 2003).
- A.R. du 16 juillet 2004 visant à promouvoir l'emploi de travailleurs licenciés dans le cadre de restructurations (M.B. du 6 août 2004) modifié par A.R. du 28 mars 2007 (M.B. du 6 avril 2007) et A.R. du 22 avril 2009 (M.B. du 30 avril 2009).

Section 2. Formation et intégration des demandeurs d'emploi

A. Régime des premiers emplois (« Rosetta »)

L'objectif poursuivi par cette mesure consiste à favoriser l'accès des jeunes au marché du travail. Pour atteindre cet objectif, les employeurs du secteur privé dont l'effectif du personnel atteint au moins 50 travailleurs (exprimés en unités) au 30 juin de l'année civile précédente, doivent occuper des jeunes 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 à concurrence de 1,5% de l'effectif du personnel (calculé en équivalents temps plein) au 2ème trimestre de l'année précédente. Les services et institutions qui dépendent de l'Etat fédéral, doivent toutefois occuper des jeunes à concurrence de 3%. Les jeunes d'origine étrangère ou ayant un handicap comptent double pour le respect des obligations en matière d'occupation de jeunes travailleurs. La double comptabilisation s'applique également pour les jeunes liés par une convention de premier emploi de type 2 (combinaison d'un contrat de travail à temps partiel et d'une formation) et de type 3 (contrat d'apprentissage, convention de stage ou d'insertion).

Une dispense de l'obligation d'embaucher des jeunes 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, les employeurs ayant conclu une convention d'offre de stages) et moyennant le respect d'une procédure particulière.

1. Catégories de bénéficiaires de la convention de premier emploi

Entre en considération pour une CPE toute personne qui, au moment de son entrée au service d'un employeur, est âgée de moins de 26 ans.

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 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 socioprofessionnelle).

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 31décembre 2003), du 9 juillet 2004 (M.B. du 15 juillet 2004), du 3 juillet 2005 (M.B. du 19 juillet 2005), du 23 décembre 2005 (M.B. du 30 décembre 2005), du 17 mai 2007 (M.B. du 19 juin 2007), du 8 juin 2008 (M.B. du 16 juin 2008), du 27 mars 2007 (M.B. du 27 avril 2009), du 30 décembre 2009

(M.B. du 31 décembre 2009), du 6 juin 2010 (M.B. du 1er juillet 2010) et du 1 février 2011 (M.B. du 7 février 2011).

- 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), du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004), du 29 mars 2006 (M.B. du 31 mars 2006), du 20 septembre 2009 (M.B. du 15 octobre 2009) et du 19 mai 2010 (M.B. du 31 mai 2010).
- 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), du 21 janvier 2004 (M.B. du 3 février 2004), du 27 septembre 2006 (M.B. du 20 octobre 2006), du 10 novembre 2006 (M.B. du 14 décembre 2006) et du 3 février 2010 (M.B. du 10 février 2010).

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, Actiris 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.

L'objectif de la nouvelle procédure de suivi des chômeurs 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 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 étaient concernés. Ensuite, l'activation du comportement de recherche d'emploi a été étendue aux chômeurs de moins de 40 ans (à partir de juillet 2005). Le champ d'application de la nouvelle procédure a été élargi 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. du 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.

C. Le complément de reprise du travail pour les chômeurs de 50 ans et plus

Certains chômeurs âgés qui reprennent le travail (comme salarié, statutaire ou indépendant à titre principal) peuvent bénéficier d'un complément de reprise du travail. Ce complément de reprise du travail est une indemnité à charge de l'ONEM qui vient s'ajouter au salaire.
Le chômeur complet indemnisé qui reprend le travail comme salarié ou statutaire a droit au complément de reprise du travail s'il répond aux conditions suivantes :

- avoir 50 ans ou plus ;
- être chômeur par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ;
- ne pas bénéficier ni avoir bénéficié du chômage avec complément d'entreprise ;
- ne pas avoir été en service chez le même employeur ou dans le groupe dont l'employeur fait partie, dans les 6 mois qui précèdent le moment de la reprise du travail (sauf si, pendant cette occupation, il satisfaisait déjà aux conditions pour pouvoir bénéficier de ce complément).

Le complément est accordé quels que soient l'horaire de travail (temps plein ou à temps partiel), le montant de la rémunération ou le type de contrat (durée déterminée, durée indéterminée, contrat de remplacement, intérimaire, Activa, ...).

Le chômeur complet indemnisé qui lance une activité comme indépendant à titre principal a droit au complément de reprise du travail s'il répond aux conditions suivantes :

- avoir 50 ans ou plus ;
- être chômeur par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ;
- ne pas bénéficier ni avoir bénéficié du chômage avec complément d'entreprise ;
- être actif comme indépendant à titre principal dans le mois pour lequel la prime est demandée ;
- pouvoir prouver qu'il est inscrit auprès d'une caisse d'assurances sociales pour indépendants ;
- s'engager à ne prester, pendant les 6 mois qui suivent sa période de service auprès d'un employeur, aucun service comme indépendant au profit ou pour le compte de cet employeur ou du groupe auquel l'employeur appartient.

Le complément de reprise du travail est dégressif et temporaire :

- 194,04 EUR pendant les 12 premiers mois de reprise du travail ;
- 129,36 EUR du 13e au 24 mois après la reprise du travail ;
- 64,68 EUR du 25e au 36 mois après la reprise du travail.

Le chômeur complet indemnisé qui satisfait aux conditions susmentionnées et qui, en outre, prouve 20 années de passé professionnel, peut bénéficier d'un complément de reprise du travail pour une durée indéterminée : 194,04 EUR pendant 12 mois, période qui peut être chaque fois prolongée de 12 mois et ce aussi longtemps que dure la reprise du travail.

Législation :
- Arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, notamment l'article 7, §1er, alinéa 3, p, inséré par la loi du 30 décembre 2001 (M.B. du 31 décembre 2001) et modifié par la loi du 23 décembre 2005 (M.B. du 30 décembre 2005) et du 24 juillet 2008 (M.B. du 7 août 2008).
- L'article 129 bis de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, inséré par A.R. du 11 juin 2002 (M.B. du 29 juin 2002), modifié par A.R. du 9 mars 2006 (M.B. du 17 mars 2006) et par A.R. du 19 mai 2009 (M.B. du 28 mai 2009).
- L'article 129ter de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage, inséré par A.R. du 9 mars 2006 (M.B. du 17 mars 2006), modifié par A.R. du 19 mai 2009 (M.B. du 28 mai 2009).

D. Activa start

A partir du 1er avril 2006, une mesure d'activation a été instaurée pour les jeunes très peu qualifiés, les jeunes moins qualifiés d'origine étrangère et les jeunes moins qualifiés handicapés ; dans ce cadre, une partie du salaire net est prise en charge par l'ONEM sous la forme d'une allocation de travail.
L'occupation du jeune doit se faire dans les liens d'une convention de premier emploi de type 1 (contrat de travail normal) d'une durée de six mois au moins.
L'allocation de travail s'élève à 350 EUR par mois et est octroyée pendant le mois d'entrée en service et pendant les cinq mois suivants ; l'employeur peut déduire l'allocation du salaire net.
Cette allocation ne peut être cumulée avec un autre avantage d'activation payé par l'ONEM ou le CPAS. Toutefois, l'octroi de l'allocation de travail peut être cumulé avec les réductions de cotisations patronales applicables (réduction structurelle et réduction groupe-cible jeunes travailleurs – voir ci-dessus « A. Harmonisation des régimes de réductions de cotisations de sécurité sociale »).
Le jeune n'a droit qu'une seule fois à l'allocation de travail, c'est-à-dire dans le cadre d'une occupation déterminée pour le compte d'un seul employeur déterminé.

Législation :
- Arrêté royal du 29 mars 2006 d'exécution de l'article 7, §1er, alinéa 3, m, de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs pour la promotion de mise à l'emploi des jeunes moins qualifiés ou très peu qualifiés (M.B. du 31 mars 2006), modifié par A.R. du 20 juillet 2006 (M.B. du 28 juillet 2006) et par A.R. du 2 mai 2007 (M.B. du 14 mai 2007).

E. Le bonus de démarrage et le bonus de stage

Le bonus de démarrage est une prime payée par l'ONEM au jeune de moins de 18 ans qui, pendant l'obligation scolaire et dans le cadre d'une formation en alternance, suit une formation pratique ou acquiert une expérience professionnelle chez un employeur. Le contrat de formation ou d'emploi conclu à cette fin doit prévoir une durée minimale de 4 mois.
Le bonus de démarrage est octroyé pour 3 années maximum d'un même cycle de formation en alternance. A la fin de chaque année de formation réussie, le jeune a droit au bonus de démarrage. Le bonus s'élève à 500 EUR pour une 1ère ou une 2ème année de formation et à 750 EUR pour une 3ème année de formation.

Le bonus de stage est une prime payée par l'ONEM à l'employeur qui forme ou occupe un jeune tel que visé ci-dessus dans le cadre d'un contrat de formation ou de travail.
Comme le bonus de démarrage, le bonus de stage est octroyé pour trois années maximum d'un même cycle de formation en alternance.
A la fin de chaque année de formation terminée par le jeune (peu importe qu'il ait réussi ou non), l'employeur qui a formé ou occupé le jeune durant cette année de formation a, en principe, droit au bonus de stage. En cas de fin prématurée du contrat de travail ou de formation, le bonus de stage ne sera octroyé que si le contrat a été exécuté pendant au moins trois mois au cours de l'année de formation écoulée. Le montant du bonus de stage est identique à celui du bonus de démarrage.

Législation :
- A.R. du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, notamment l'article 7, §1er, alinéa 3, w, inséré par la loi du 23 décembre 2005 (M.B. du 30 décembre 2005).
- Loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations (M.B. du 30 décembre 2005).
- A.R. du 1er septembre 2006 relatif aux bonus de démarrage et de stage (M.B. du 7 septembre 2006).

III. Financement

Les dépenses des secteurs chômage et chômage avec complément d'entreprise sont principalement financées par 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, l'ONEM dispose de recettes propres comprenant le produit des cotisations sociales spéciales, des interventions (essentiellement dans le cadre du financement alternatif) et des recettes diverses (principalement des récupérations de prestations sociales perçues indûment).
Pour ce qui concerne les cotisations spéciales, notamment le produit des cotisations suivantes est attribué (en tout ou en partie) à l'ONEM.

Section 1. Fonds de Fermetures d'Entreprises – financement du chômage temporaire

Afin de responsabiliser les employeurs qui font appel au régime de chômage temporaire, le Fonds de Fermeture d'Entreprises prend en charge 33 % des dépenses engagées par l'ONEM dans le cadre du chômage temporaire des ouvriers et ce par le biais d'un financement provenant des employeurs. Depuis 2009, le Fonds prend également en charge une partie du coût (27 %) de l'allocation de crise pour cause de chômage temporaire des employés.

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 2011, les régularisations à payer s'élevaient à 52.845.665 EUR.

Section 2. 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 0,05% a été inscrite au budget de l'ONEM, en exécution de la loi-programme du 19 juillet 2001. Pour l'année 2011, les recettes s'élevaient à 46,25 millions EUR.

Section 3. Financement des conventions de premier emploi

En vertu de l'article 212 de la loi-programme du 24 décembre 2002, un montant, fixé par arrêté royal, est prélevé annuellement sur le disponible de la gestion globale et octroyé ensuite comme indemnité spéciale à l'ONEM pour le financement des conventions de premier emploi. Pour l'année 2011, le prélèvement a été fixé à 26,05 millions d'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'Office national de l'Emploi dispose depuis le 1er janvier 2002 d'un contrat d'administration. Le contrat d'administration est un instrument de responsabilisation qui doit permettre un fonctionnement plus souple et une plus grande responsabilité de l'institution concernée. L'ONEM a conclu un nouveau contrat d'administration avec l'Etat pour la période 2010-2012. Ce contrat définit les missions de l'ONEM et ses objectifs en termes de qualité et d'efficience. Il précise comment mesurer le suivi des activités, fixe l'importance des crédits de fonctionnement et détermine les règles de comportement à l'égard du public. Voici quelques exemples de thèmes importants :

- traitement des dossiers : 95% des demandes d'allocations de chômage ou de prépension doivent être traitées dans les 24 jours et 100% des paiements effectués par les organismes de paiement sont vérifiés ;
- exactitude des dossiers : l'ONEM contrôle l'exactitude des dossiers traités sur base d'un échantillonnage ; les droits des intéressés sont épuisés ce qui veut dire l'ONEM fait à l'organisme de paiement une proposition de complément à l'allocation déjà versée à l'assuré social, chaque fois qu'il s'avère que le montant introduit est inférieur au montant auquel l'assuré social peut prétendre ;
- information : les bureaux de chômage doivent être ouverts au public au moins 15 heures par semaine et les services mettent des brochures d'information et des documents sur la réglementation du chômage gratuitement à disposition, et ce également via le site internet de l'ONEM ;
- service axé sur le public : l'ONEM délivre 90% des attestations demandées en vue d'un engagement dans les 24 heures et 95% dans la semaine ; tous les deux ans, une enquête est menée auprès des visiteurs pour mesurer leur satisfaction à l'égard de l'accueil sous tous ses aspects et les temps d'attente. Les services s'adaptent en fonction des résultats ;
- développement durable : l'ONEM entreprend des actions afin de maîtriser la consommation d'eau et d'énergie de ses bâtiments.

En outre, l'ONEM investit dans de nombreux projets d'amélioration concernant la demande et la délivrance électronique de données, la lisibilité des formulaires, ...

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 le travailleur est lié 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 et des employeurs affiliés de plein droit à l'Office national de Sécurité sociale des administrations provinciales et locales (les communes, les établissements publics qui dépendent des communes, les provinces, les établissements publics qui dépendent des provinces, etc.).

Les communes, les centres publics d'action sociale (CPAS), les provinces, les associations de communes et les associations de CPAS visées au chapitre XII de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976 sont également assujettis aux lois

coordonnées pour les personnes et leurs remplaçants qui y perçoivent une rémunération pour l'exercice d'un mandat politique exécutif visé à l'article 37quater de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

La société anonyme de droit privé Brussels International Airport Company et ses successeurs juridiques sont également assujettis aux lois coordonnées pour les membres du personnel visés à l'article 1er, 15°, de l'arrêté royal du 27 mai 2004 relatif à la transformation de B.I.A.C. en société anonyme de droit privé et aux installations aéroportuaires.

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 tenus d'accorder eux-mêmes les prestations familiales, ne doivent s'affilier à un organisme 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, les provinces, les établissements publics qui dépendent des provinces, la Commission communautaire française, la Commission communautaire flamande, 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.

L'Office national de Sécurité sociale des administrations provinciales et locales octroie également les prestations familiales :

- aux bourgmestres et échevins visés à l'article 19, §4, de la nouvelle loi communale ;
- aux personnes qui perçoivent une rémunération pour l'exercice d'un mandat politique exécutif auprès d'une commune, d'un centre public d'action sociale (CPAS), d'une province, d'une association de communes ou d'une association de CPAS visée au chapitre XII de la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976, et à leurs remplaçants visés à l'article 37quater de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés ;
- aux membres du personnel du cadre opérationnel et du cadre administratif et logistique des services de police, au sens de l'article 106 de la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux, ainsi qu'aux membres du personnel de l'inspection générale de la police fédérale et de la police locale, à l'exception toutefois des militaires visés à l'article 4, § 2, de la loi du 27 décembre 2000 portant diverses dispositions relatives à la position juridique du personnel des services de police.

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 juillet 2012 pour un :

- premier-né du père ou de la mère 1.199,10 EUR
- chaque enfant qui n'est pas un premier-né du père ou de la mère 902,18 EUR

2. La prime d'adoption

Une prime d'adoption est accordée à l'occasion de l'adoption d'un enfant aux conditions suivantes:

1° une requête est déposée devant le tribunal compétent ou, à défaut, un acte d'adoption est signé : ces documents expriment la volonté de l'attributaire d'adopter un enfant ;
2° l'adoptant ou son conjoint remplit les conditions pour ouvrir le droit aux allocations familiales, à l'exception de celles ayant trait au lien qui doit unir l'attributaire à l'enfant ;
3° l'enfant fait partie du ménage de l'adoptant ;
4° l'enfant remplit les conditions pour être bénéficiaire des allocations familiales.

Lorsque l'enfant fait déjà partie du ménage de l'adoptant à la date du dépôt de la requête ou, à défaut de celle-ci, à la date de la signature de l'acte, l'adoptant ou son conjoint doivent remplir les conditions pour ouvrir le droit aux allocations familiales et l'enfant pour en être bénéficiaire à cette date.

Lorsque l'enfant ne fait pas encore partie du ménage de l'adoptant à la date du dépôt de la requête ou, à défaut de celle-ci, à la date de la signature de l'acte, l'adoptant ou son conjoint doivent remplir les conditions pour ouvrir le droit aux allocations familiales à la date du jugement découlant de la requête ou, à défaut de celle-ci, à la date de la passation de l'acte ainsi qu'au moment où l'enfant fait réellement partie du ménage de l'adoptant. L'enfant doit remplir les conditions pour être bénéficiaire des allocations familiales au moment où il fait réellement partie du ménage de l'adoptant.

Le montant de la prime d'adoption accordé pour l'enfant adopté est celui d'application à la date du dépôt de la requête ou, à défaut de celle-ci, à la date de la signature de l'acte d'adoption. Toutefois, si l'enfant ne fait pas encore partie du ménage de l'adoptant à cette date, le montant de la prime d'adoption est celui d'application à la date à laquelle l'enfant fait réellement partie de ce ménage.

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 juillet 2012 à 1.199,10 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 juillet 2012 s'élèvent pour :
- le premier enfant 88,51 EUR
- le deuxième enfant 163,77 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants 244,52 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 juillet 2012 à 340,01 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, tant que cette personne garde un contact régulier avec l'enfant ou marque un intérêt à cet enfant . Lorsque l'allocataire ne remplit plus cette condition, l'allocation forfaitaire est payée à la personne qui éduque partiellement l'enfant, en ayant régulièrement des contacts ou marquant un intérêt à l'enfant.

L'allocation forfaitaire s'élève au 1er juillet 2012 à 59,39 EUR.

6. Les suppléments

6.1. Le supplément pour les familles monoparentales

Les allocations familiales ordinaires sont majorées d'un supplément :

- pour le premier enfant de 45,06 EUR
- pour le deuxième enfant de 27,93 EUR
- pour le troisième enfant et chacun des suivants de 22,52 EUR aux conditions cumulatives qui suivent :
  - l'allocataire ne forme pas un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au 3ème degré inclusivement et n'est pas marié, sauf si le mariage est suivi d'une séparation de fait. 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 ;
  - l'allocataire ne bénéficie pas de revenus professionnels et/ou de remplacement qui dépassent, par mois, le montant de 2.187 EUR ;
  - l'attributaire ne peut, en outre, ouvrir le droit à l'un des suppléments sociaux.

6.2. Les suppléments d'âge

Les allocations familiales ordinaires et les allocations d'orphelins sont majorées d'un supplément d'âge au 1er juillet 2012 de :

1° Enfants de premier rang bénéficiaire des taux ordinaires (ne bénéficiant pas d'un supplément pour familles monoparentales, ni d'un supplément social et qui n'est pas atteint d'une affection)

Enfant né après le 31 décembre 1990

- Enfant de 6 à 12 ans 15,42 EUR
- Enfant de 12 à 18 ans 23,48 EUR
- Enfant plus de 18 ans 27,06 EUR
- Enfant né entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1996 qui devient rang 1 en remplacement d'un enfant plus âgé, à partir de 12 ans : 30,75 EUR
- Enfant né entre le 1er janvier 1991 et le 31 décembre 1996 qui devient rang 1 en remplacement d'un enfant plus âgé, à partir de 18 ans: 32,28 EUR

Enfant né avant le 1er janvier 1991

- Enfant né entre le 1er janvier 1985 et le 31 décembre 1990, à partir de 18 ans : 33,03 EUR

2° Autres enfants (y compris tout enfant bénéficiant d'un supplément pour familles monoparentales et tout enfant atteint d'une affection)

- Enfant de 6 à 12 ans 30,75 EUR
- Enfant de 12 à 18 ans 46,98 EUR
- Enfant de plus de 18 ans 59,74 EUR

3° Enfant handicapé né avant le 1er juillet 1966

- Bénéficiaire de premier rang 51,85 EUR
- Autre bénéficiaire 59,74 EUR

6.3. Le supplément d'âge annuel aux allocations familiales ordinaires et aux allocations d'orphelin

Les montants des allocations familiales ordinaires et des allocations d'orphelin sont majorés lors de l'octroi de ces allocations relatif au mois de juillet 2012 d'un supplément d'âge annuel de :

- 27,06 EUR pour un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de 5 ans le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû ;
- 57,44 EUR pour un enfant âgé de 5 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû et qui n'a pas encore atteint l'âge de 11 ans à cette date ;

- 80,41 EUR pour un enfant âgé de 11 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément annuel est dû et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans à cette date ;
- 108,25 EUR pour un enfant âgé de 17 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû.

6.4. Les suppléments sociaux

1° Suppléments pour enfants de chômeurs de plus de six mois et de pensionnés

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, d'un attributaire qui bénéficie d'une pension de survie s'il pouvait prétendre à ce supplément lors du décès de l'ayant droit ou de la personne qui, immédiatement avant l'ouverture d'un droit aux allocations familiales dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés, suite à un début d'activité, était bénéficiaire de ce supplément en vertu de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties.

Le supplément au 1er juillet 2012 s'élève pour :

• le premier enfant	45,06 EUR
• le deuxième enfant	27,93 EUR
• le troisième enfant et chacun des suivants	
- d'une famille monoparentale	22,52 EUR
- d'une autre famille	4,90 EUR

L'octroi du supplément est soumis à certaines conditions.

Pour les enfants du bénéficiaire d'une pension et du chômeur complet indemnisé à partir du septième mois de chômage, l'attributaire, s'il habite seul avec l'enfant, ne peut bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.187 EUR au 1er juillet 2012. Si l'attributaire cohabite avec l'enfant et avec son conjoint ou avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, cet attributaire, ainsi que son conjoint ou la personne avec laquelle il forme un ménage de fait, ne peuvent bénéficier ensemble de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.261,74 EUR par mois au 1er juillet 2012. L'allocataire divorcé, séparé de corps ou de fait de son conjoint ou ex-conjoint attributaire et le parent allocataire dont l'autre parent est attributaire, ne peuvent bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.187 EUR par mois au 1er juillet 2012. L'attributaire qui a atteint le 7ème mois de chômage complet indemnisé demeure assimilé à un chômeur complet indemnisé si l'interruption de son indemnisation est formée par des journées d'incapacité de travail ou, à défaut, si elle ne dépasse pas le nombre de jours civils consécutifs fixé par la réglementation du chômage n'imposant pas au chômeur d'introduire une nouvelle demande d'allocations de chômage. Il demeure également assimilé à un chômeur

complet indemnisé si l'interruption de son indemnisation est liée à une activité, alors qu'il était chômeur complet indemnisé et ouvrait le droit aux suppléments au moment où il entame cette activité, durant le trimestre au cours duquel cette activité a débuté, ainsi que durant les sept trimestres qui suivent ledit trimestre.

Pour les enfants qui, immédiatement avant l'ouverture d'un droit aux allocations familiales dans le régime des allocations familiales pour travailleurs salariés, suite à un début d'activité, étaient bénéficiaires du supplément en vertu de la loi du 20 juillet 1971 instituant des prestations familiales garanties, l'allocataire, s'il habite seul avec l'enfant, ne peut bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.187 EUR par mois au 1er juillet 20121. L'allocataire, s'il cohabite avec l'enfant et avec son conjoint ou avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, ne peut, avec ce conjoint ou cette personne, bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.261,74 EUR au 1er juillet 2012. Le supplément dû en raison d'une activité, est octroyé pour le mois au cours duquel le droit aux allocations familiales s'ouvre à la suite de cette activité, les mois restants du trimestre, ainsi que les huit trimestres qui suivent.

2° Suppléments pour enfants de travailleurs invalides

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 juillet 2012 pour :

- le premier enfant 95,04 EUR
- le deuxième enfant 27,38 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants
  - d'une famille monoparentale 22,08 EUR
  - d'une autre famille 4,81 EUR

L'octroi du supplément est soumis à certaines conditions.

L'attributaire, s'il habite seul avec l'enfant, ne peut bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.187 EUR par mois au 1er juillet 2012. Si l'attributaire cohabite avec l'enfant et avec son conjoint ou avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait, cet attributaire, ainsi que son conjoint ou la personne avec laquelle il forme un ménage de fait, ne peuvent bénéficier ensemble de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.261,74 EUR par mois au 1er juillet 2012. L'allocataire divorcé, séparé de corps ou de fait de son conjoint ou ex-conjoint attributaire et le parent allocataire dont l'autre parent est attributaire, ne peuvent bénéficier de revenus professionnels et/ou de remplacement dont la somme dépasse le montant de 2.187 EUR par mois au 1er juillet 2012. L'attributaire qui exerce une activité maintient le droit au supplément aux conditions cumulatives suivantes :

- si l'activité fait immédiatement suite aux incapacités de travail ou, à défaut, si l'intervalle entre les deux périodes 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 ;
- si l'attributaire ouvrait le droit au supplément au moment où il entame l'activité. L'attributaire ouvre le droit au supplément durant le trimestre au cours duquel l'activité a débuté, ainsi que durant les sept trimestres qui suivent ledit trimestre.

6.5 Le supplément pour enfants handicapés

1° Nouveau système d'évaluation

Le nouveau système d'évaluation de l'incapacité à trois piliers mis en place en 2003 était initialement applicable aux enfants nés après le 1er janvier 1996. Le système a été étendu une première fois en 2007 aux enfants nés après le 31 décembre 1992. Actuellement, le nouveau système d'évaluation est d'application à chaque nouvelle demande. L'ancien système est ainsi réduit à un système transitoire en extinction
Les suppléments sont fixés en fonction de la gravité des conséquences de l'affection constatées à l'aide d'une échelle médico-sociale.

Si l'enfant obtient minimum 4 points dans le premier pilier et maximum 5 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	77,62 EUR
S'il obtient minimum 6 points et maximum 8 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	103,37 EUR
S'il obtient minimum 9 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	241,22 EUR
S'il obtient minimum 12 points et maximum 14 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale ou s'il obtient minimum 4 points dans le premier pilier et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	398,18 EUR
S'il obtient minimum 15 points et maximum 17 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	452,76 EUR
S'il obtient minimum 18 points et maximum 20 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	485,10 EUR
S'il obtient minimum 21 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale, le supplément est de	517,44 EUR

2° Ancien système d'évaluation

Dans le cadre de l'ancien système d'évaluation, le critère d'accès aux suppléments repose sur la reconnaissance d'une incapacité physique ou mentale de 66 p.c. au moins. Les suppléments sont fixés en fonction du degré d'autonomie de l'enfant, Ce système reste applicable à l'enfant qui est né au plus tard le 31 décembre 1992 jusqu'à la prochaine révision.

Trois montants sont prévus selon que l'enfant obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie, 4, 5, ou 6 points d'autonomie et 7, 8 ou 9 points d'autonomie :

- Si l'enfant obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie, le supplément au 1er juillet 2011 est de 398,18 EUR.
- S'il obtient 4, 5 ou 6 points d'autonomie, le supplément est de 435,87 EUR.
- S'il obtient 7, 8 ou 9 points d'autonomie, le supplément est de 465,94 EUR.

Le supplément n'est pas octroyé en cas d'autonomie déficitaire consécutive à un refus de traitement.

Pour bénéficier de l'allocation supplémentaire, l'enfant ne peut exercer d'activité qui donne lieu au paiement de cotisations de sécurité sociale sauf lorsque cette activité est exercée dans le cadre d'un contrat de travail conclu avec un atelier protégé, un atelier social ou une entreprise de travail adapté, ou en exécution d'un contrat d'apprentissage ou d'un engagement d'apprentissage ne donnant pas lieu à l'octroi d'une rémunération qui dépasse le montant de 509,87 EUR par mois (montant au 1er juillet 2012).

Toutefois, si l'enfant handicapé remplit les conditions pour bénéficier des allocations familiales en une autre qualité comme mentionné au B-2, point 2.3. (conditions particulières selon son titre pour le bénéfice des allocations familiales), il conserve l'octroi de l'allocation supplémentaire sous les mêmes conditions que celles applicables aux enfants bénéficiant des allocations familiales ordinaires.

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 :

1° la personne occupée au travail en Belgique par un employeur assujetti aux lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ;

2° 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 ;
3° les personnes et leurs remplaçants qui perçoivent une rémunération pour l'exercice d'un mandat politique exécutif dans les communes, les centres publics d'action sociale, les provinces, les associations de communes et les associations de centres publics d'action sociale.

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, les jours d'absence non rémunérés autorisés pour des raisons familiales impérieuses, le congé de paternité, le congé d'adoption et le congé comme parent d'accueil.

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 né 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 légale 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.

L'attributaire qui cesse d'être affecté par l'une des incapacités de travail visées ci-avant et exerce une activité dans les liens d'un contrat de travail ou est assujetti à un statut le liant à un employeur maintient, sous certaines conditions, le droit au supplément pour enfants de travailleurs invalides. Pour plus de détails à ce sujet, voir le point : Les suppléments sociaux sous la section 2, A., 6.4. : 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, une personne pouvant ouvrir un droit aux allocations familiales, soit parce qu'elle présente le lien requis avec cet enfant, soit en raison d'une dérogation individuelle ou générale 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) Le handicapé

Le handicapé 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 ces 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 des allocations d'orphelins, l'orphelin, si au moment du décès de l'un de ses parents, une personne 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. Cette clause d'exclusion n'est pas applicable lorsque l'orphelin est abandonné par son auteur survivant.

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 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 des Règlements (CEE) n° 1408/71 et 883/2004, 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 demandeur ne doit pas satisfaire à la condition de résidence préalable de 5 ans en Belgique si la demande concerne un enfant ressortissant d'un Etat auquel s'applique les Règlements (CEE) 1408/71 et 883/2004 relatifs à la sécurité sociale, ou un enfant apatride, réfugié politique reconnu ou 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 31 décembre 1992 et qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66% au moins et l'enfant 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 ou les conséquences de l'affection doivent avoir débuté avant que l'enfant ait cessé de remplir les conditions d'octroi en tant qu'enfant bénéficiaire ou être occupé dans une entreprise de travail adapté.

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 p.c. au moins 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 la situation de ce chômeur 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) 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 cordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou en vertu du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants.

m) 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.

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 (ou ses demi-frères et demi-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 (ou ses demi-frères et demi-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 ;

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 509,87 EUR par mois (au 1er juillet 2012) ;

c) s'il suit des cours (étudiant) ou effectue un stage pour pouvoir être nommé à une charge.

S'il est étudiant

- Dans l'enseignement non supérieur

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 dix-sept heures par semaine. Une période de cours de 50 minutes est assimilée à une heure.
Sont assimilées à des heures de cours :

1° les heures consacrées obligatoirement à des exercices pratiques sous la surveillance des professeurs dans l'établissement d'enseignement ;
2° jusqu'à concurrence de quatre heures de cours par semaine au maximum, les heures d'études obligatoires passées sous surveillance dans l'établissement d'enseignement ;
3° les stages, si leur accomplissement est une condition à l'obtention d'un diplôme, certificat ou brevet reconnu légalement, par décret, par ordonnance ou réglementairement.

Les allocations familiales sont également accordées (jusqu'à l'âge de 25 ans) en faveur de l'enfant qui, n'étant plus soumis à l'obligation scolaire, suit, soit un des types d'enseignement secondaire à horaire réduit, ordinaire ou spécial, tels qu'organisés aux conditions fixées par les Communautés, soit une formation reconnue par la loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire.

Les cours et les activités assimilées doivent être suivis régulièrement.

L'octroi des allocations familiales est maintenu pendant les vacances de Noël et de Pâques, si l'enfant a suivi régulièrement les cours depuis le début du mois civil qui précède le mois dans le courant duquel ces vacances commencent ; les allocations familiales sont également maintenues pendant les vacances d'été si l'enfant a suivi régulièrement les cours depuis la fin des vacances de Pâques.
Si l'enfant ne reprend pas effectivement la fréquentation scolaire, les allocations familiales sont accordées pendant les vacances d'été octroyées par l'établissement d'enseignement dont l'enfant est sorti ; ces vacances sont censées se terminer au plus tard le 31 août.

- Dans l'enseignement supérieur

Est bénéficiaire d'allocations familiales (jusqu'à l'âge de 25 ans), l'enfant qui est inscrit dans un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur situé(s) dans le Royaume ou hors de celui-ci, afin de poursuivre une ou plusieurs formation(s), totalisant au moins 27 crédits par année académique.
Les crédits octroyés dans le cadre de la rédaction d'une thèse de doctorat ne peuvent être pris en compte pour constituer la norme de 27 crédits.

Lorsque l'enfant est inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume et est engagé dans une formation dispensée dans un autre Etat membre de l'Espace Economique Européen ou dans un autre Etat qui participe à un programme d'action communautaire en matière d'éducation, cette formation doit faire partie intégrante du programme d'études de cet établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume et bénéficier d'une pleine reconnaissance dudit établissement.

Le droit aux allocations familiales est acquis pour l'ensemble de l'année académique lorsque le total de 27 crédits est atteint à la suite :
- d'une inscription intervenue au plus tard le 30 novembre de l'année académique concernée ;
- de plusieurs inscriptions dont la première est intervenue, au plus tard le 30 novembre de l'année académique concernée.

Lorsque le total de 27 crédits est atteint à la suite d'une ou de plusieurs inscription(s) intervenue(s) après le 30 novembre de l'année académique concernée, le droit aux allocations familiales est acquis lors de cette inscription ou lors de la première de ces inscriptions.

Le droit aux allocations familiales reste acquis aux étudiants de dernière année auxquels est encore offerte la possibilité d'achever, après la deuxième session et sans nouvelle inscription, certaines activités d'études requises pour l'obtention du diplôme, et ce, aux conditions suivantes :
- l'étudiant doit avoir achevé un programme d'études de 41 crédits au moins durant l'année académique écoulée ;

- le droit prend fin lorsque toutes les activités d'études pour l'obtention du diplôme sont achevées et au plus tard le 31 janvier de l'année académique suivante.

Les allocations familiales cessent d'être dues si l'enfant, dans le courant de l'année académique, ramène son inscription ou ses inscriptions sous le seuil de 27 crédits ou met, dans le courant de l'année académique, un terme à la formation à laquelle ou aux formations auxquelles il s'était inscrit.

L'octroi des allocations familiales est maintenu pendant la période qui sépare deux années académiques consécutives. Cet intervalle ne peut toutefois dépasser cent vingt jours civils.

Si l'enfant n'entame pas une nouvelle formation par une inscription dans un établissement d'enseignement supérieur, les allocations familiales sont accordées pendant les vacances d'été octroyées par l'établissement d'enseignement supérieur dont l'enfant est sorti. Ces vacances sont censées se terminer au plus tard le 30 septembre.

- Dispositions communes aux étudiants dans l'enseignement non supérieur et dans l'enseignement supérieur

L'activité lucrative de l'enfant n'entraîne pas la suspension des allocations familiales :

a) lorsqu'elle est exercée durant les mois de juillet, août et septembre ; toutefois, durant les dernières vacances d'été, l'activité lucrative n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales si elle n'excède pas 240 heures durant le trimestre civil dans lequel elles s'inscrivent ;

b) pour chaque mois du premier, du deuxième et du quatrième trimestre civil, si elle n'excède pas 240 heures par trimestre.

Constitue une activité lucrative, toute activité exercée dans le cadre d'un contrat de travail ou d'un statut, ou en tant que travailleur indépendant.

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'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales lorsque cette prestation découle d'une activité lucrative autorisée.
Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage ou 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, entraîne la suspension des allocations familiales.

Les enfants qui suivent un des types d'enseignement secondaire à horaire réduit, ordinaire ou spécial ou une formation reconnue et les enfants qui effectuent un stage nécessaire à l'obtention d'un diplôme, certificat ou brevet reconnu légalement, ne peuvent bénéficier d'une rémunération brute, d'une prestation sociale ou les deux ensemble qui excèdent 499,86 euros par mois (au 1er juillet 2011).

Tout avantage pécuniaire versé à l'enfant qui effectue un stage nécessaire à l'obtention d'un diplôme est considéré comme une rémunération obtenue dans le cadre d'une activité lucrative

Le bénéfice d'un pécule de vacances n'est pas pris en compte pendant les mois au cours desquels ce pécule est payé.
Le volontariat au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité lucrative. Les indemnités au sens des articles 10 et 11 de cette loi ne sont pas considérées comme un revenu, un bénéfice, une rémunération brute ou une prestation sociale, pour autant que le volontariat ne perde pas son caractère non rémunéré.

Les dispositions qui règlent le maintien des allocations familiales pendant les vacances ne sont pas applicables si une activité lucrative ou le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, au chômage, à l'interruption de carrière, aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles a entraîné la suspension de l'octroi des allocations familiales pour le mois civil précédant le mois au cours duquel les vacances ou l'intervalle séparant deux années académiques débute.

L'enfant inscrit pour une ou plusieurs formations de l'enseignement supérieur totalisant moins de 27 crédits et qui suit, en outre, des cours dans l'enseignement non supérieur, a droit aux allocations si les cours sont donnés pendant au moins dix-sept heures par semaine. Dans ce cas, les crédits attribués dans le cadre de l'enseignement supérieur sont convertis en heures de cours.

- Dispositions transitoires en faveur de l'enfant qui suit exclusivement des cours de l'enseignement supérieur dont les modalités ne sont pas exprimées en termes de crédits et en faveur de l'enfant qui est inscrit afin de poursuivre une ou plusieurs formations de l'enseignement supérieur dont les modalités sont exprimées en termes de crédits, mais dont le total est inférieur à 27, et qui suit des cours de l'enseignement supérieur dont les modalités ne sont pas exprimées en termes de crédits (dans ce cas, les crédits sont, si nécessaire, convertis en heures de cours)

Les allocations familiales sont également accordées à l'enfant :

1° 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 ;

2° 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 ;
3° pendant qu'il est régulièrement inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume, suit un enseignement à temps plein dans un autre Etat membre de l'Espace Economique 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'études de cet établissement d'enseignement supérieur situé dans le Royaume et bénéficier d'une pleine reconnaissance dudit établissement.

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 n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales si elle n'excède pas 240 heures par trimestre.
Une activité lucrative est toute activité professionnelle exercée dans le cadre d'un contrat de services ou en tant que travailleur indépendant dans un but lucratif.

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'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales lorsque cette prestation découle d'une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage ou d'une allocation d'interruption visée au chapitre IV, section 5, de la loi du 22 janvier 1985 contenant des dispositions sociales, entraîne la suspension de 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 reconnu par l'autorité compétente.

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.

L'activité lucrative de l'enfant n'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales si elle n'excède pas 240 heures par trimestre.

Constitue une activité lucrative, toute activité exercée dans le cadre d'un contrat de travail ou d'un statut, ou en tant que travailleur indépendant.
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'entraîne pas la suspension de l'octroi des allocations familiales lorsque cette prestation découle d'une activité lucrative autorisée.

Le bénéfice d'une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif au chômage ou 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, entraîne la suspension de 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, en faveur de l'enfant qui a terminé des études, un apprentissage, une formation ou un stage pour être nommé à une charge, à condition :
- qu'il se soit pas inscrit comme demandeur d'emploi ;
- qu'il ne soit pas chômeur en raison de circonstances dépendant de sa volonté.

La période de 360 jours civils commence :
- le 1er août après la dernière année scolaire ou académique ;
- le jour après la fin de toutes les activités imposées par le programme d'études, lorsque cette fin a lieu après le 1er juillet ou le 1er août ou le jour après la fin de l'apprentissage ou de la formation ;
- le jour après la remise d'un mémoire de fin d'études supérieures ou le jour après l'interruption de la préparation de celui-ci ;
- le jour après la fin de la période de stage, exigée pour être nommé à une charge publique, ou le jour après l'interruption de ce stage ;
- le jour après la date à laquelle il a été mis fin prématurément à de nouvelles études, un apprentissage ou une formation, à condition :

  1° qu'il ne se soit pas écoulé un délai de plus de quinze mois entre la fin d'études, d'un apprentissage ou d'une formation et la reprise d'études, d'un apprentissage ou d'une formation ;
  2° que les nouvelles études, l'apprentissage ou la formation aient duré au moins six mois, lorsque le délai sous a) est dépassé.

La période de 360 jours civils est prolongée de la période durant laquelle l'enfant était suspendu comme demandeur d'emploi pour cause de maladie, conformément à la réglementation relative au chômage.
Si l'enfant n'était pas en mesure de s'inscrire comme demandeur d'emploi conformément à la réglementation relative au chômage pour cause de maladie, au moment où la période susmentionnée aurait dû prendre cours, les allocations familiales sont octroyées durant toute la période au cours de laquelle le jeune ayant quitté l'école n'a pas pu s'inscrire comme demandeur d'emploi, ainsi que durant la période d'octroi subséquente de 360 jours civils, si l'enfant s'inscrit comme demandeur d'emploi sans intervalle après la maladie.
Ce qui précède n'est pas d'application si l'enfant ne se réinscrit pas ou ne s'inscrit plus comme demandeur d'emploi après la maladie.

L'octroi des allocations familiales est suspendu pour tout le mois durant lequel l'enfant perçoit un revenu brut tiré d'une activité lucrative ou une prestation sociale en application d'un régime belge ou étranger relatif à la maladie, à l'invalidité, aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, ou les deux, de plus de 509,87 euros par mois (au 1er juillet 2012).

f) s'il se porte volontaire

Pour l'application des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, le volontariat au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'est pas considéré comme une activité lucrative. Les indemnités au sens de l'article 10 de la loi précitée ne sont pas considérées comme un revenu, un bénéfice, une rémunération brute ou une prestation sociale, pour autant que le volontariat ne perde pas son caractère non rémunéré conformément au même article 10 de la même loi.

g) s'il exerce un service volontaire d'utilité collective

Pour l'application des mêmes lois coordonnées, l'exercice d'un service volontaire d'utilité collective au sens de la loi du 11 avril 2003 instituant un service volontaire d'utilité collective n'est pas considéré comme une activité lucrative. La solde au sens de l'article 5, § 3, de la loi précitée n'est pas considérée comme un revenu, un bénéfice, une rémunération brute ou une prestation sociale.

h) s'il s'engage dans un service volontaire militaire

Pour l'application des présentes lois, l'exercice d'un engagement volontaire militaire au sens de la loi du 10 janvier 2010 instituant l'engagement volontaire militaire et modifiant diverses lois applicables au personnel militaire jusqu'au premier jour du sixième mois calendrier qui suit le mois au cours duquel le militaire souscrit l'engagement visé à l'article 21, alinéa 2, de la loi précitée, n'est pas considéré comme une activité lucrative. Les avantages visés à l'article 50, alinéa 2, de la loi

précitée, ne sont pas considérés comme un revenu, un bénéfice, une rémunération brute ou une prestation sociale.

i) 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 31 décembre 1992 et qui est atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66% au moins et ceci par mesure transitoire.
Cette incapacité doit avoir pris cours avant que l'enfant en cause ait atteint la limite d'âge d'obtenir le bénéfice des allocations familiales.
L'incapacité physique ou mentale est établie selon le Barème officiel belge des invalidités et/ou une liste de pathologies.

Le degré d'autonomie de l'enfant est mesuré à l'aide d'un guide aux termes desquels il est tenu compte des catégories fonctionnelles suivantes : le comportement ; la communication ; les soins corporels ; le déplacement ; l'utilisation du corps dans certaines situations et l'adresse ; l'adaptation au milieu. Il est octroyé à chacune des catégories fonctionnelles un nombre de points selon les éléments suivants : 0 point : autonomie suffisante ; 1 point : présence d'une difficulté ; 2 points : aide d'une tierce personne de manière discontinue ; 3 points : aide d'une tierce personne de manière continue. Le nombre de points obtenus détermine le montant du supplément d'allocations familiales.

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%.

L'augmentation s'élève à 15% s'il est satisfait à au moins quatre des cinq conditions ci-après et de 20% 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 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.

Les conséquences de l'affection de l'enfant sont constatées à l'aide d'une échelle médico-sociale à trois piliers :

1° le pilier 1 a trait aux conséquences de l'affection sur le plan de l'incapacité physique ou mentale de l'enfant ;
2° le pilier 2 a trait aux conséquences de l'affection sur le plan de l'activité et de la participation de l'enfant ;
3° le pilier 3 a trait aux conséquences de l'affection pour l'entourage familial de l'enfant.

Le pilier 1 repose sur l'incapacité suivant la Liste des affections pédiatriques ou le Barème officiel belge des invalidités.

Le pilier 2 comprend les catégories fonctionnelles suivantes :

a) apprentissage, éducation, et intégration sociale ;

b) communication, mobilité et déplacement ;

c) soins corporels.

Le pilier 3 mesure l'effort investi par la famille et comprend les catégories suivantes :

a) traitement dispensé à domicile ;

b) déplacement pour surveillance médicale et traitement ;

c) adaptation du milieu de vie et des habitudes de vie.

Le résultat final de la constatation des conséquences de l'affection qui s'obtient par l'addition des points attribués pour chaque pilier détermine le montant du supplément d'allocations familiales.

La demande est introduite auprès de l'organisme compétent. Cet organisme envoie les formulaires nécessaires (Demande de constatation médicale et Formulaire d'informations) 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 Attestations) du Service public fédéral Sécurité sociale, Centre administratif Botanique, Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 150 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. En cas d'adoption plénière de l'enfant par deux personnes de même sexe ou en cas d'adoption plénière par une personne de l'enfant ou de l'enfant adoptif de son conjoint ou cohabitant de même sexe, les allocations familiales sont payées au plus âgé des parents au premier degré. Si cette personne 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 de sexe différent 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 dater de sa demande, si l'enfant et lui-même ont, à cette date, 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.

Lorsque l'un des parents conteste l'opportunité du paiement des allocations familiales réalisé en vertu des dispositions qui précèdent, il peut demander au tribunal du travail de le désigner comme allocataire, dans l'intérêt de l'enfant. Cette désignation produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel la décision du tribunal est notifiée à l'organisme d'allocations familiales compétent.

Dans les situations où les parents qui ne cohabitent pas exercent conjointement l'autorité parentale à l'égard de leur(s) enfant(s), le versement des allocations familiales peut, à la demande des deux parents, être effectué sur un compte auquel ils ont l'un et l'autre accès.

Lorsque les deux parents de même sexe 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 familiales sont payées intégralement au plus âgé des parents au premier degré. Toutefois, les allocations sont payées intégralement à l'autre parent, à dater de sa demande, si l'enfant et lui-même ont, à cette date, 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.

Il existe la possibilité pour les parents de même sexe de percevoir les allocations familiales sur un compte commun ou de s'adresser au tribunal du travail pour désigner l'allocataire, comme c'est le cas pour les parents de sexe différent. La prime d'adoption est payée à l'adoptant.

Si les époux ou les cohabitants, au sens de l'article 343 du Code civil 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'adoptante si les époux ou

cohabitants sont de sexe différent, ou au plus âgé des époux ou des cohabitants lorsque ceux-ci sont de même sexe.

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.

En cas de l'enlèvement de l'enfant est considérée comme allocataire, la personne suivante, si elle n'a pas participé directement ou indirectement à l'enlèvement de l'enfant et si elle a sa résidence principale en Belgique et l'avait au moment de l'enlèvement :

1° le parent, père ou mère, qui était allocataire pour l'enfant enlevé immédiatement avant l'enlèvement ;
2° à défaut, la mère de l'enfant enlevé qui n'était pas allocataire pour cet enfant ;
3° à défaut, le père de l'enfant enlevé qui n'était pas allocataire pour cet enfant ;
4° à défaut, la personne qui était allocataire pour l'enfant enlevé, immédiatement avant l'enlèvement.

Il y a lieu d'entendre par « enlèvement de l'enfant », l'acte qui a pour but de soustraire illégalement l'enfant à l'autorité de l'un de ses parents, père ou mère, ou de la personne qui était allocataire avant cet acte, ou de l'institution dans laquelle l'enfant était placé, lorsque cet acte :

1° fait l'objet d'une plainte ou d'une déclaration à la police, au parquet ou auprès des autorités administratives belges compétentes en matière d'enlèvement d'enfants ;
2° concerne un enfant âgé de moins de dix-huit ans.

La désignation de l'allocataire est valable à partir de la date de l'enlèvement de l'enfant et aussi longtemps que ce dernier n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans.

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

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'arrêté royal 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 :

1° 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 ;
2° 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 de l'orphelin attributaire des 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 sont répartis entre cet allocataire et l'institution proportionnellement au nombre d'enfants élevés par chacun d'eux (à l'exception des suppléments d'âge et du supplément pour enfants handicapés qui 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.

Lorsque l'allocataire est dans l'impossibilité matérielle de percevoir les prestations familiales qui sont dues, en raison de ce qu'il ne peut pas prouver son identité, celles-ci sont payées, pour son compte, entre les mains de l'attributaire. Le paiement réalisé par l'organisme d'allocations familiales est libératoire tant que l'allocataire, qui est en mesure de prouver son identité, ne lui a pas notifié par écrit sa volonté de percevoir dorénavant directement ces prestations.

Les prestations familiales sont payées par virement sur un compte auprès d'un établissement de crédit comme défini à l'article 1er de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit. Les prestations familiales sont payées par chèque circulaire si elles ne peuvent pas être payées par virement en raison de circonstances techniques ou sociales.

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

L'octroi des allocations familiales prend cours dès le premier jour du mois qui suit le mois dans lequel le droit aux allocations familiales naît.

L'octroi des allocations familiales prend toutefois cours le premier jour du mois dans lequel le droit aux allocations familiales naît, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- durant ce mois, aucun autre droit aux allocations familiales ne peut être octroyé en faveur de l'enfant en vertu de dispositions légales ou réglementaires belges ou étrangères, ou en vertu des règles des conventions internationales de sécurité sociale en vigueur en Belgique ou des règles applicables au personnel d'une institution de droit international public ;
- durant le mois qui précède le mois de la naissance du droit, un droit aux allocations familiales était accordé en faveur de l'enfant en vertu des dispositions et règles dont question ci-avant.

L'octroi des allocations familiales s'éteint à la fin du mois dans lequel ce droit prend fin.

Tout événement impliquant une modification du montant des allocations familiales donne lieu à l'octroi du montant modifié des allocations familiales à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel cet événement est survenu.

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.

La restriction suivant laquelle les allocations familiales ne sont pas dues en faveur des enfants qui sont élevés ou suivent des cours hors du Royaume n'est pas applicable, sous certaines conditions :

1° aux enfants ayant déjà obtenu un diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire et qui suivent un enseignement non supérieur dans un pays hors de l'Espace Economique Européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire) ;
2° aux enfants n'ayant déjà obtenu un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur ni en Belgique, ni à l'étranger et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace Economique Européen ;
3° aux enfants ayant déjà obtenu, en Belgique ou à l'étranger, un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace Economique Européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire).

Rappelons que :
- les enfants d'attributaires belges ou de la nationalité d'un Etat membre de l'Espace Economique 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.

Par dérogation générale, le père, la mère, le beau-père, la belle-mère ou la personne avec laquelle le père ou la mère forme un ménage de fait qui est attributaire non prioritaire est désigné comme attributaire prioritaire si un montant plus élevé d'allocations familiales peut être octroyé. Cet attributaire doit toutefois faire partie du même ménage que l'enfant. Cette désignation peut se faire à la demande de l'allocataire ou d'un des attributaires non prioritaires ou sur constatation de l'organisme d'allocations familiales compétent. Le droit en application de la dérogation générale peut être octroyé avec effet rétroactif de cinq ans précédant la demande.

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.

Par dérogation générale, la condition portant sur le lien de parenté ou le lien juridique requis entre l'attributaire et l'enfant bénéficiaire ne doit pas être remplie, sous certaines conditions, dans chacun des cas suivants :

1° pour les enfants âgés de moins de 12 ans au moment où ils commencent à faire partie du ménage de l'attributaire ;
2° pour les enfants âgés de 12 ans ou plus au moment où ils commencent à faire partie du même ménage que l'attributaire, à condition qu'ils soient parents au quatrième degré de cet attributaire.

La dérogation générale reste d'application aussi longtemps que l'enfant est bénéficiaire des allocations familiales et continue à faire partie du ménage de l'attributaire ou est placé en institution.

1.5. Réduction 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.

Par dérogation générale, la condition selon laquelle la détention doit avoir lieu en Belgique ne doit pas être remplie pour les détenus qui sont placés par la Belgique dans

l'établissement pénitentiaire de Tilburg aux Pays-Bas, suite à la Convention signée le 31.10.2009 entre les deux Etats.

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 aux conditions pour prétendre à au moins six allocations forfaitaires mensuelles en vertu des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés au cours des douze mois précédant immédiatement l'événement visé dans ces situations d'attribution.

Par dérogation générale, la condition d'être attributaire ne doit pas être remplie si le travailleur salarié a rempli les conditions pour prétendre à au moins vingt-quatre allocations forfaitaires mensuelles en vertu desdites lois au cours des cinq années précédant immédiatement l'événement en cause s'il n'existe pas d'autre droit aux prestations familiales pour 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, accorder dispense de la condition d'être attributaire pendant la période exigée, 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.

Par dérogation générale, les conditions concernant le droit à l'allocation de naissance et le droit à une prime d'adoption ne doivent pas être remplies si un des parents, l'adoptant ou son conjoint a exercé pendant au moins 480 jours une activité professionnelle assujettie à la sécurité sociale belge des travailleurs salariés sur une période de cinq

ans précédant la naissance ou l'adoption de l'enfant et si la mère ou l'adoptant est inscrit dans les Registres de la population ou dans les Registres des étrangers tenus dans les communes de Belgique au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant et y a sa résidence principale légale. Ces dérogations générales sont uniquement valables s'il n'existe pas d'autre droit aux prestations familiales pour ces enfants.

Les demandes de dérogation individuelle doivent être adressées au Service public fédéral Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale, Centre administratif Botanique – Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 115 à 1000 Bruxelles.

Section 3. Les règles de cumul

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.

A. Ordre de dévolution des droits

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 élèvent 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. En cas d'adoption plénière de l'enfant par des personnes de même sexe ou en cas d'adoption plénière par une personne de l'enfant ou de l'enfant adoptif de son conjoint ou cohabitant de même sexe, le droit aux allocations familiales est fixé par priorité dans le chef du plus âgé des parents au premier degré ;
- 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.

Lorsqu'il y a plusieurs attributaires avec un droit résiduaire en faveur du même enfant en vertu des lois coordonnées, le droit aux allocations familiales est fixé par priorité dans le chef de l'attributaire désigné selon le même ordre, à moins qu'une priorité puisse être fixée sur base d'autres dispositions de ces lois.

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 autres que les père, mère, beau-père ou belle-mère ;
- 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'une 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.

Ladite réduction ne s'applique pas lorsqu'il peut être prétendu à des prestations de même nature en faveur d'un enfant bénéficiaire en vertu des règles statutaires applicables aux fonctionnaires et autres agents des Communautés européennes.

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 la requête exprimant la volonté d'adoption a été déposée devant le tribunal compétent ou, à défaut de celle-ci, 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.

La répétition des prestations familiales indûment payées ne peut être réclamée après l'expiration d'un délai de trois ans prenant cours à la date à laquelle le paiement a été effectué.

Le délai de prescription est porté :
- à 5 ans, si les prestations payées indûment ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ;
- à 1 an, si le paiement indu résulte d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de

l'organisme d'allocations familiales et que la personne erronément créditée ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

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 (ONAFTS)

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, antérieurement 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 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 :

a) 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 ;

b) 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 ;

c) 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 génératrice d'un droit du parent survivant qui répond à cette condition et, à défaut, en raison de la situation génératrice d'un droit d'un autre attributaire pouvant ouvrir un droit aux allocations familiales en faveur de l'enfant dans le régime des travailleurs salariés déterminé selon l'ordre de priorité.

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, Belgacom, La Poste, de Belgocontrol, BIAC, la Régie des transports maritimes et 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 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 n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de la sécurité sociale, et qui, conformément à l'article 1er de ce Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 et 883/2004 du 29 avril 2004 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 est chargé d'octroyer les prestations familiales du chef du parent, père ou mère, qui a sa résidence principale en Belgique et est victime de l'enlèvement de l'enfant ou, à défaut, du chef de la personne qui a sa résidence principale en Belgique et est victime de l'enlèvement de l'enfant si, immédiatement avant l'enlèvement, elle était allocataire pour cet enfant. Les allocations familiales dues du chef du parent ou de la personne, victime de l'enlèvement de l'enfant, sont accordées aux taux ordinaires et les

montants sont fixés comme si l'enfant enlevé faisait encore partie du ménage de l'allocataire où il séjournait avant l'enlèvement ou, le cas échéant, comme si l'enfant enlevé séjournait encore dans l'institution dans laquelle il était placé avant l'enlèvement. Le droit aux allocations familiales est accordé à partir de la date de l'enlèvement de l'enfant et aussi longtemps que ce dernier n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans. Ce droit est tributaire de l'absence d'un droit aux allocations familiales 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. Il n'est accordé que dans la mesure où il n'y avait pas un droit effectif en faveur de l'enfant enlevé en vertu du régime d'allocations familiales pour travailleurs indépendants immédiatement avant l'enlèvement de l'enfant.
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.

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, 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 2010 au moins à 12.129,76 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) ;
- la personne qui bénéficie de l'assurance sociale en cas de faillite ;
- 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

Jusqu'au 30 juin 2008, une seconde différence résidait dans le paiement des allocations familiales. Celles-ci n'étaient versées que si les cotisations sociales afférentes aux deuxième et troisième trimestres civils précédents étaient payées.

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[468] :

- 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 à avoir une résidence distincte de son conjoint[469] ;
- lorsque l'allocataire qui ne réside pas avec l'attributaire bénéficie d'un revenu d'intégration sociale alloué par le Centre public d'aide sociale ;
- 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 ;
- en faveur de l'attributaire qui bénéficie de l'assurance sociale en cas de faillite, pour les allocations familiales afférentes à la période débutant à partir du premier jour du trimestre qui suit celui du jugement déclaratif de faillite ou de sa cessation d'activité selon le cas.

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.
Le lien entre le paiement des cotisations sociales et celui des allocations familiales n'est plus d'application pour les allocations familiales se rapportant à la période débutant le 1er juillet 2008.

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.

468 A.R. du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations en faveur des travailleurs indépendants, M.B. du 6 mai 1976, art. 2 à 9.
469 Articles 223 du Code civil et 1280 du Code judiciaire.

Ainsi, le montant mensuel au 1er juillet 2012 est de 82,78 EUR pour le premier enfant et de 109,14 EUR si l'attributaire est pensionné.
De plus, l'enfant bénéficiaire unique ne peut prétendre qu'au seul montant de base de 82,78 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.

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'arrêté royal 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 en 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 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 et ceux qui sont désignés en service permanent afin d'exercer une mission auprès d'Interpol ;
- les membres du personnel de la Sûreté de l'Etat qui exercent une fonction d'officier de liaison auprès d'un organisme international à l'étranger.

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

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.).

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 fixés 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 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 à l'allocataire à la fin du mois auxquels ils se rapportent.

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 et le supplément social ;
- l'allocation supplémentaire en fonction de l'âge ;
- l'allocation de naissance ;
- l'allocation spéciale ;
- la prime d'adoption ;
- le supplément d'âge annuel.

A. Description

1. Les allocations familiales et le supplément social

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 juillet 2012 s'élèvent pour :

• le premier enfant	88,51 EUR
• le deuxième enfant	163,77 EUR
• le troisième enfant et chacun des suivants	244,52 EUR

Le supplément social au 1er juillet 2012 s'élève pour :

- le premier enfant 45,06 EUR
- le deuxième enfant 27,93 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants[470] 4,90 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 (pour les demandes introduites avant le 1er janvier 2010.

Dans ce cas, les montants s'élèvent au 1er juillet 2012 pour :

- le premier enfant 82,78 EUR
- le deuxième enfant 163,77 EUR
- le troisième enfant et chacun des suivants[471] 244,52 EUR

Les allocations familiales sont accordées aux taux pour orphelins en faveur de l'enfant orphelin pour autant qu'au moment du décès de l'un de ses parents, un droit aux prestations familiales garanties était ouvert pour cet enfant ou que les conditions fixées par la loi étaient satisfaites.

Les allocations d'orphelins s'élèvent au 1er juillet 2012 à 340,01 EUR.

Ces allocations sont toutefois accordées aux taux ordinaires majorés du supplément social lorsque le père survivant ou la mère survivante est engagée 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 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

470 L'enfant de troisième rang ou d'un rang subséquent bénéficiaire du supplément social a droit, à la place de ce supplément social, à un supplément mensuel de 22,08 EUR au 1er juillet 2011, à la condition que l'allocataire ne forme pas un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement et ne soit pas marié, sauf si le mariage est suivi d'une séparation de fait. 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.

471 L'enfant de troisième rang ou d'un rang subséquent bénéficiaire du supplément social a droit, à la place de ce supplément social, à un supplément mensuel de 22,52 EUR au1er juillet 2012, à la condition que l'allocataire ne forme pas un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement et ne soit pas marié, sauf si le mariage est suivi d'une séparation de fait. 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.

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.

2. L'allocation supplémentaire en fonction de l'âge

Les allocations familiales sont majorées d'un supplément d'âge au 1er juillet 2012 de :
- 30,75 EUR pour un enfant de 6 ans au moins ;
- 46,98 EUR pour un enfant de 12 ans au moins ;
- 59,74 EUR pour un enfant de 18 ans au moins[472].

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 (pour les demandes introduites avant le 1er janvier 2010).

Les allocations familiales correspondantes sont majorées d'un supplément d'âge au 1er juillet 2012:
- pour un enfant de 6 ans au moins 30,75 EUR ;
- pour un enfant de 12 au moins 46,98 EUR ;
- pour un enfant de 18 ans au moins :
  - 51,85 EUR pour le premier-né d'un groupe ;
  - 59,74 EUR pour les autres enfants.

L'enfant unique ou le dernier-né ne bénéficie pas de supplément d'âge.

3. Le supplément d'âge annuel aux prestations familiales garanties et aux allocations d'orphelin

Les montants des prestations familiales garanties et des allocations d'orphelin sont majorés lors de l'octroi de ces allocations relatif au mois de juillet d'un supplément d'âge annuel de :
- 27,06 EUR pour un enfant qui n'a pas encore atteint l'âge de 5 ans le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû ;
- 57,44 EUR pour un enfant âgé de 5 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû et qui n'a pas encore atteint l'âge de 11 ans à cette date ;

472 L'enfant de troisième rang ou d'un rang subséquent bénéficiaire du supplément social a droit, à la place de ce supplément social, à un supplément mensuel de 22,52 EUR au1er juillet 2012, à la condition que l'allocataire ne forme pas un ménage de fait avec une personne autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement et ne soit pas marié, sauf si le mariage est suivi d'une séparation de fait. 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.

- 80,41 EUR pour un enfant âgé de 11 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément annuel est dû et qui n'a pas encore atteint l'âge de 17 ans à cette date ;
- 108,25 EUR pour un enfant âgé de 17 ans au moins le 31 décembre de l'année civile précédant celle au cours de laquelle ce supplément est dû.

4. 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 juillet 2012 pour un :
- premier-né du père ou de la mère 1.199,10 EUR
- chaque enfant qui n'est pas un premier-né du père ou de la mère 902,18 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.

5. L'allocation spéciale

Le montant mensuel de l'allocation spéciale s'élève au 1er juillet 2012 à 59,39 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 au 1er juillet 2012 à 82,78 EUR lorsque l'enfant est déjà bénéficiaire d'allocations familiales pendant un mois entier en vertu d'un régime belge, étranger ou international (pour les demandes introduites avant le 1er janvier 2010).

B. Condition 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.

La perception par l'enfant d'une indemnité visée dans la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires n'empêche pas l'octroi de prestations familiales.
La perception par l'enfant d'une solde visée dans la loi du 11 avril 2003 instituant un service volontaire d'utilité collective n'empêche pas l'octroi de prestations familiales.

L'enfant demeure à charge lorsqu'il accomplit un engagement volontaire militaire, jusqu'au premier jour du sixième mois calendrier qui suit le mois au cours duquel le militaire souscrit l'engagement visé à l'article 21, alinéa 2, de la loi du 10 janvier 2010

instituant l'engagement volontaire militaire et modifiant diverses lois applicables au personnel militaire.
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 :

1° 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 et n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de la sécurité sociale ;
2° l'apatride ;
3° 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 ;
4° la personne qui est ressortissante d'un pays qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée).
5° La personne qui introduit une demande de prestations familiales garanties pour un enfant ressortissant d'un Etat auquel s'appliquent les Règlements (CEE) 1408/71 du 14 juin 1971 et 883/2004 du 29 avril 2004 relatifs à la sécurité sociale, ou pour un enfant apatride, réfugié politique reconnu ou ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée).

Si la personne physique 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.

Par dérogation générale, la condition concernant le fait d'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, ne doit pas être remplie dans chacun des cas suivants :

1° le demandeur est encore soumis à l'obligation scolaire belge. Cette dérogation générale reste accordée après la fin de l'obligation scolaire ;
2° la situation de séjour du demandeur a été régularisée sur la base de la loi du 22 décembre 1999 relative à la régularisation de séjour de certaines catégories d'étrangers séjournant sur le territoire du Royaume (autorisation de séjour en Belgique illimitée) ;
3° le demandeur a résidé effectivement en Belgique de manière non interrompue pendant au moins les quatre dernières années.

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 3.983,07 EUR au 1er juillet 2012.

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

Toutes les ressources, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, 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, autre qu'un parent ou allié jusqu'au troisième degré inclusivement, avec laquelle elle forme un ménage de fait, sont prises en considération. Pour l'application de ce qui précède, la cohabitation 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 :

1° 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 ;
2° des prestations qui relèvent de l'assistance publique ou privée ;
3° 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 ;
4° 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 ;
5° des rentes de chevrons de front et de captivité ainsi que des rentes attachées à un ordre national pour fait de guerre ;
6° de l'indemnité de milice ;
7° 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 ;
8° 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 perçue 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 ;

9° 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 ;

10° 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 ;

11° des indemnités visées aux articles 10 et 11 de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, pour autant que le volontariat ne perde pas son caractère non rémunéré conformément à ces articles.

Pour l'octroi des allocations familiales, les ressources qui sont prises en considération sont celles 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, pendant le trimestre civil dans lequel s'inscrit le mois à partir duquel ces allocations peuvent être octroyées.

Pour l'octroi de l'allocation spéciale, les ressources qui sont prises en considération sont celles dont disposent la personne qui avait la charge de l'enfant immédiatement avant le placement, son conjoint non séparé de fait ou de corps et de biens ou la personne avec laquelle elle est établie en ménage, pendant le trimestre civil dans lequel s'inscrit le mois à partir duquel cette allocation peut être octroyée.

Pour l'octroi de l'allocation de naissance, les ressources qui sont prises en considération sont celles 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, pendant le trimestre civil au cours duquel la naissance a eu lieu.

2. Conditions dans le chef de l'enfant

Bénéficie des prestations garanties, l'enfant :

1° 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 déclare former un ménage de fait, à l'exclusion des personnes parentes ou alliées jusqu'au troisième degré inclusivement, 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.

La condition de résidence préalable de 5 ans en Belgique n'est pas non plus exigée pour l'enfant ressortissant d'un Etat auquel s'appliquent les Règlements (CEE) 1408/71 du 14 juin 1971 et 883/2004 du 29 avril 2004 relatifs à la sécurité sociale, ou pour l'enfant apatride, réfugié politique reconnu ou ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée).

2° qui, soit n'est pas bénéficiaire de prestations familiales en vertu d'un régime belge, étranger ou international.

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.

Par dérogation générale, la condition concernant le fait d'avoir résidé effectivement en Belgique de manière non interrompue pendant les cinq dernières années qui précèdent l'introduction de la demande de prestations familiales garanties, ne doit pas être remplie dans chacun des cas suivants :

1. pour les enfants âgés de moins de 12 ans au moment où ils commencent à faire partie du même ménage que le demandeur (la dérogation générale reste d'application aussi longtemps que l'enfant est bénéficiaire des allocations familiales et continue à faire partie du ménage du demandeur) ;
2. pour les enfants âgés de 12 ans ou plus au moment où ils commencent à faire partie du ménage du demandeur, à condition qu'ils soient parents au quatrième degré de ce demandeur (cette dérogation générale reste d'application aussi longtemps que l'enfant est bénéficiaire des allocations familiales et continue à faire partie du ménage du demandeur).

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 3.983,07 EUR au 1er juillet 2012.
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 (Section 2, sous B. Conditions d'octroi).

C. La demande, le paiement, les avances

La demande d'allocations familiales et d'allocations 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, télécopie, 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.
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.

Si l'intérêt de l'enfant l'exige, le père, la mère, l'adoptant, le tuteur officieux, le tuteur, le curateur ou le demandeur peut faire opposition au paiement à la mère ou à la personne physique qui remplit le rôle d'élever l'enfant, conformément à l'article 594, 8° du Code judiciaire.
Les allocations familiales, les allocations de naissance et les primes d'adoption sont payées directement à l'allocataire.
Lorsque l'allocataire est dans l'impossibilité matérielle de percevoir les prestations familiales qui sont dues, en raison de ce qu'il ne peut pas prouver son identité, celles-ci sont payées, pour son compte, entre les mains du demandeur. Le paiement réalisé par l'office est libératoire tant que l'allocataire, qui est en mesure de prouver son identité, ne lui a pas notifié par écrit sa volonté de percevoir dorénavant directement ces prestations.

Les prestations familiales sont payées par virement sur un compte auprès d'un établissement de crédit comme défini à l'article 1er de la loi du 22 mars 1993 relative au statut et au contrôle des établissements de crédit. Les prestations familiales sont payées par chèque circulaire si elles ne peuvent pas être payées par virement en raison de circonstances techniques ou sociales.

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 :

1° à l'Etat, à concurrence, au maximum, du montant de la majoration prévue à l'article 2 de l'arrêté ministériel 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 ;
2° 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.

La demande de prime d'adoption doit être introduite dans l'année de l'adoption.

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.
La répétition des prestations familiales garanties indûment payées ne peut être réclamée après l'expiration d'un délai de trois ans prenant cours à la date à laquelle le paiement a été effectué.

Le délai de prescription est porté :
- à 5 ans, si les prestations payées indûment ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ;
- à 1 an, si le paiement indu résulte d'une erreur de droit ou d'une erreur matérielle de l'organisme d'allocations familiales et que la personne erronément créditée ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'elle n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée.

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 :

1° le recouvrement s'avère contre-indiqué pour des raisons sociales ou techniquement impossible ;
2° 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
Centre Administratif Botanique
Finance Tower
Boulevard du Jardin botanique 50, boîte 115
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 528 63 00
Fax : (02) 528 69 68
E-mail : dgsoc@minsoc.fed.be

Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)
Rue de Trèves, 9 (accueil), 70 (adresse postale)
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 237 21 12
0800 - 94 434
Fax : (02) 237 24 70
E-mail : bxl.fam@rkw-onafts.fgov.be

Travailleurs indépendants

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Indépendants
Centre Administratif Botanique – Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique, 50, boîte 120
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 528 64 50
Fax : (02) 528 69 77
E-mail : zelfindep@minsoc.fed.be

Institut national d'Assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)
Place Jean Jacobs, 6
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 546 42 11
Fax : (02) 511 21 53
E-mail : info@rsvz-inasti.fgov.be

Fonctionnaires

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Organisation
Service Conditions de travail et Gestion des Rémunérations
Rue de la Loi 51, boîte 4
1040 Bruxelles
Tél. : (02) 790 58 00

B. Publications

L'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés publie les ouvrages suivants :

- Rapport annuel ;
- Rapport démographique – Séries statistiques ;
- Statistiques semestrielles ;
- Enfants élevés hors du Royaume ;
- Le régime des allocations familiales des indépendants.

Titre VII.
Le risque professionnel

I. La réparation des accidents du travail dans le secteur privé

Section 1. Evolution et caractéristiques

Lesquelles 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[473 474 475].

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 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. Cette notion de risque professionnel vise 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 fut importante[476].

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. 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.

473 Delaruwiere, Y. et Bertrand, R. (1947), La réparation des dommages résultant des accidents du travail, Bruxelles, Bruylant.
474 Vanthemsche (1994), La Sécurité sociale - Les origines du système belge – Le présent face à son passé – De Boeck Université.
475 Horion, P. (1964), Traité des Accidents du travail, Bruxelles, Bruylant.
476 David, S. (1958), Responsabilité civile et risque professionnel, Bruxelles (364 p.).

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 deuxième étant limité à un plafond légal. La réparation accordée ne tient pas compte des tranches de salaire supérieures au salaire plafonné.

C. Loi d'orde 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). Par conséquent, on ne peut déroger aux dispositions de la loi. Elle précise que toute convention contraire serait nulle de plein droit[477].

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 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[478].

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 seraient 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[479].

477 Article 6, §2 de la loi du 10 avril 1971.
478 Cass.10.01.1983 -R.G.A.R.10905. Exposé des motifs de la loi du 10 avril 1971.
479 Art. 6, §3 de la loi.

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[480], qui possède la faculté de couvrir sa responsabilité auprès d'assureurs privés, explique l'important dispositif de contrôle mis en place dès 1903.

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 sur les plans technique et médical est réalisé par le Fonds des accidents du travail[481].
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.
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 moindres.

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 de tout 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 comprenait 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

480 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.
481 M.A. Swartenbroekx, Les nouvelles dispositions de surveillance de la loi du 10 avril 1971.

travail auxquels s'ajoutent trois fonds communautaires en matière de réadaptation[482]. 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 également des représentants du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale.

Ces mesures permettent de faire mieux respecter les dispositions 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.

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 et 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 les 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.

482 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.

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 21 organisations de 18 pays : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique[483], le Danemark, la Finlande, l'Italie, le Luxembourg, le Portugal, la Suisse, l'Espagne, la Suède, la France, la Grèce, la Pologne, la Russie, la Norvège, la Roumanie et la Lituanie.

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.

483 La Belgique présidera le forum dans le deuxième semestre de 2010.

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 entre autres[484] 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 ou, en dehors des mois de vacances, 23 jours quand leur présence n'est pas requise dans l'établissement d'enseignement ;
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 ;
6° les stagiaires non rémunérés[485].

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 qui occupent les catégories de personnes protégées décrites ci-dessus sont visés par l'obligation d'assurer ce personnel en matière d'accidents du travail.

484 A.R. du 25 octobre 1971 étendant le champ d'application [et fixant les règles spéciales d'application] de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.
485 Cette adaptation légale fait suite à un arrêt de la cour constitutionnelle qui avait relevé une inégalité par rapport aux maladies professionnelles : arrêt n° 186/2004 du 16 novembre 2004.

En pratique, l'employeur qui engage une des personnes protégées 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[486] [487].

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 ou des dégâts à des prothèses, (quoique ces conséquences ne doivent pas nécessairement se produire au même moment que l'événement[488]), 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[489]. 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.

Afin d'adapter la législation à la situation particulière du télétravail, l'article 7 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail a été complété par une présomption d'exécution du contrat de travail délimitée temporellement et spatialement.

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

486 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.
487 Jourdan, M., Swartenbroekx, M. et 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.
488 Cass. 28.5.1979, R.W. 79-80, 1028 et Cass. 1.4.85, RBSS n° 9-10, 1985, 869 et suiv.
489 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.

sa seconde résidence), plus précisément du seuil de sa résidence au lieu de l'exécution du travail, et inversement[490].

Le trajet reste normal lorsque le travailleur effectue les détours nécessaires et raisonnablement justifiables par les différents lieux de résidence[491] et de travail ou par les lieux d'embarquement ou de débarquement, pour se déplacer en véhicule avec 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[492].

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[493].

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.

490 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.
491 Cassation 18.12.2000 – Jurisprudence Liège-Mons-Bruxelles 2002/1 et Cassation 14.05.2001 – IDJ 2001/9.
492 Art. 9 de la loi du 10 avril 1971.
493 Art. 7, §2 de la loi du 10 avril 1971.

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.
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 alors gratuits. En cas de libre choix de la victime, ils sont remboursés 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 éventuellement 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[494] 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

494 Rémunération de base = rémunération à laquelle le travailleur a droit pour l'année entière et complète qui précède l'accident.

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 après l'avis du conseiller en prévention-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[495].
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 sont payées jusqu'à la guérison ou la consolidation des lésions et la constatation de l'incapacité permanente.

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.

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, qui sera ensuite entériné par le F.A.T., ou en cas de litige, dans un jugement définitif. A partir de l'entérinement ou du jugement 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[496].
La formule de l'allocation annuelle fondée sur deux paramètres est en effet la suivante :

Allocation = taux d'incapacité x salaire de base

495 La loi du 13 juillet 2006 portant des dispositions diverses en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail et en matière de réinsertion professionnelle contient un chapitre avec de nouvelles dispositions en matière de réinsertion professionnelle. Ces dispositions ne sont toutefois pas en vigueur.

496 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.

Il n'existe pas de seuil minimal en dessous duquel l'allocation annuelle ne serait pas due.

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 assistance, sur base du revenu minimum mensuel moyen garanti tel que déterminé, au moment où l'incapacité présente le caractère de la permanence, par convention collective de travail conclue au sein du Conseil national du travail pour un travailleur occupé à temps plein âgé d'au moins vingt et un ans et demi et ayant au moins six mois d'ancienneté dans l'entreprise qui l'occupe[497].

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[498] de l'accord entre la victime et l'entreprise d'assurances ou le jugement en cas de litige, les deux parties peuvent demander la révision des indemnités en cas de modification de l'incapacité[499]. 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[500].

Il ne s'agit pas d'un octroi mais du rachat, par la victime, d'une partie du capital

497 Article 24, alinéa 4 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.
498 Procédure officielle de règlement de l'accident du travail réalisée par le F.A.T.
499 Cassation 4 septembre 2000 RGAR (2002) 13487 et 27 novembre 2000 RGAR (2002) 13486.
500 Cette possibilité de rachat du tiers existe aussi pour le(a) conjoint(e) ou le(a) cohabitant(e) légal(e) survivant(e).

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, en Belgique ou à l'étranger, 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) ou le(a) cohabitant(e) légal(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 mariée avec la victime, mais qui l'était au moment du décès, si elle réunit certaines conditions[501].
En cas de divorce ou de séparation de corps, le(a) conjoint(e) ou le(a) cohabitant(e) légal(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[502], ont droit à une rente temporaire égale à 15 ou 20% de la 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 ;

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) ;

501 Article 12, alinéa 1er, 2° de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.
502 Il suffit que la procédure de reconnaissance ou d'adoption ait été entamée avant le décès et non qu'elle soit terminée.

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[503].
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.

3. Paiement en capital

Le conjoint ou le cohabitant légal 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

503 CT Mons (4ème Chambre) 17.01.2001 et Cassation (3ème Chambre) 08.10.2001 – JTT 457.

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, du fait des augmentations et indexations du montant forfaitaire de la limite de rémunération et des 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. Allocations 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 entraîne, 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'aient 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.

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 (nouveau plafond fixé en septembre 2004). 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 38.564,91 EUR et à 6.188,85 EUR au 1er janvier 2012.
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 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[504].

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 cotisation importante et rembourser les frais des sinistres éventuels.
La réparation des accidents du travail est à la charge des assureurs.
L'assureur est 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 le personnel de différents sièges d'exploitation et 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[505].

B. Fonds des accidents du travail (F.A.T.)

Le Fonds des Accidents du Travail est une institution publique de sécurité sociale dotée de la personnalité civile.

Le Fonds des Accidents du Travail a été créé par l'A.R. n° 66 du 10 novembre 1967.
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 représentant le Ministre de tutelle et le délégué du Ministre des Finances.

Il est aidé par plusieurs comités techniques (médical, de la pêche maritime, de la marine marchande, de la prévention).

504 Verheugen, P. (1982), Le dommage corporel et son incidence socioéconomique en accidents du travail, Collection droit social/Bruylant.
505 La loi du 10 août 2001 (M.B. du 7 septembre 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 suite à l'arrêt du 18 mai 2000 de la Cour de Justice des Communautés européennes.

Les missions du Fonds des accidents du travail sont entre autres[506] :

- des missions de contrôle :
  - il exerce le contrôle (technique et médical) 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 ;
  - il entérine l'accord entre la victime et l'assureur concernant le règlement de l'accident du travail ;
  - il contrôle les employeurs au niveau de l'obligation d'assurance et de la déclaration d'accident) ;

- de payer ou d'accorder :
  - les allocations annuelles et rentes pour IP jusqu'à 19% ;
  - les allocations supplémentaires, spéciales, de péréquation, d'aggravation et de décès à certaines catégories de victimes ou à leurs ayants droit ;
  - une assistance sociale aux victimes ou à leurs ayants droit ;
  - l'entretien et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie, pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1988 et il donne également son accord, dans les conditions fixées par le Roi, sur les appareils de prothèse et d'orthopédie reconnus nécessaires ;
  - par ailleurs, le FAT assure la gestion et le paiement de la réparation des dommages résultant des accidents du travail survenus aux marins et pêcheurs ou qui trouvent leur cause dans des risques spéciaux ;
  - il assure également la réparation des dommages quand l'employeur n'a pas souscrit d'assurance ou quand l'assureur fait défaut. Le FAT 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. Des 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 ;

- de percevoir :
  - les capitaux, versements périodiques et cotisations à charge des assureurs ;
  - les primes pour les marins ;
  - les cotisations à charge des employeurs non assurés ;

- d'informer :
  - il procure une information personnalisée à quiconque demande une info ;
  - il assume en tant qu'organisme du réseau primaire le rôle d'interface entre la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale et les entreprises d'assurance ;

506 Article 58 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

- il gère le réseau secondaire constitué par les assureurs, participation active au projet d'e-government (gestion et amélioration des flux ou applications (RSP, DRS) ;
- il gère la banque centrale de données concernant les accidents du travail déclarés et leur règlement (secteur privé et public) ;

- des missions en matière de prévention :

  - 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 ;
  - le fonds contribue à la stratégie nationale pour la sécurité et le bien-être au travail (par exemple par la responsabilisation des entreprises en cas de risques aggravés[507], ...).

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. Ces 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[508].
Pour l'indemnisation des accidents survenus aux gens de mer, aux 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 ainsi que 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[509] :

- 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 ;

507 A.R. du 23 décembre 2008 portant exécution de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail en matière de risques aggravés de manière disproportionnée.
508 Voir Chapitre sur le financement de la sécurité sociale.
509 Article 59 de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

- les primes dues au FAT 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 auxquels la loi a été étendue ;
- différents transferts provenant des assureurs agréés constitués par, entre autres, les parties de prestations retenues par les assureurs suite aux règles de décumul ;
- les pensions, 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, les montants récupérés auprès des assureurs et des employeurs en défaut[510].

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 8 jours ouvrables à compter du jour qui suit celui de l'accident.

La déclaration se fait soit sur papier à l'aide du formulaire mis à la disposition par l'entreprise d'assurances ou téléchargeable et imprimable sur le site du FAT, soit au moyen d'un modèle électronique via le portail électronique de la sécurité sociale. Pour les accidents entraînant une incapacité temporaire de moins de quatre jours (à l'exclusion du jour de l'accident), il est possible de faire une déclaration électronique simplifiée.

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.

510 Voir Chapitre sur le financement de la sécurité sociale.

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 :
  - après réception de la demande de l'entreprise d'assurances ou des victimes adressée à l'employeur ;
  - après réception de la demande des agents visés à l'article 87 de la loi ;
  - 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[511].

2. Avertissement au FAT

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 30 jours suivant la réception de la déclaration, le Fonds des accidents du travail. Ce dernier peut alors procéder à une enquête 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.

511 Article 63, §2 de la loi du 10 avril 1971, circulaire ministérielle n° 229 du 16 novembre 1994.

C. Paiement des prestations

1. Périodicité des paiements

Les coûts des frais funéraires et soins médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers sont remboursés aux personnes qui en ont supporté la charge. Les indemnités d'incapacité 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 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.

Au niveau des modalités de paiement des indemnités, le principe est celui du paiement par virement sur un compte bancaire, en Belgique ou à l'étranger, avec toutefois le maintien de la possibilité du recours à un paiement par chèque lorsque l'intéressé le demande notamment.

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 20 % ne sont pas indexées. Toutes les indemnités octroyées aux victimes subissent une retenue de cotisation sociale[512] et certaines, un prélèvement de précompte professionnel[513].

512 Arrêt du 3 mai 2001 – Cour de justice des Communautés européennes – AFF 347/98 – Commission des CE contre Etat belge.
513 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. Intérêts légaux

La loi sur les accidents du travail[514] 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.

4. Cumul pension

Lors de la prise de la pension, la victime continue à recevoir une indemnisation pour l'accident de travail mais celle-ci est limitée. Le montant de la prestation qui revient à une victime pensionnée est versé par l'assureur au FAT et ce dernier paye à la victime une allocation annuelle limitée correspondante à un certain montant fixé par arrêté royal[515].

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. Extraterritorialité

Les prestations sont payées directement à la victime ou à ses ayants droit, 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.

Les indemnités payées à l'étranger peuvent désormais être versées sur un compte.

D. Entérinement des accords

Afin de garantir une plus grande protection des droits de la victime et des ayants droit, 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.

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.

514 Art. 42 de la loi du 10 avril 71.
515 Loi du 20 juillet 2006 portant des dispositions diverses (art. 311 et suivants) et A.R. du 12 décembre 2006 portant exécution de l'article 42bis de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

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

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 est réglée dans un arrêté royal[516].

F. Cumul 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 a 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, et a ainsi exposé les travailleurs au risque d'accident du travail[517].

516 A.R. du 5 mars 2006 (M.B. 28 mars 2006).
517 Article 46, § 1er de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail.

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[518].

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. L'action en répétition d'indemnités indues se prescrit par 3 ans ou par 5 ans si elles ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

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.

518 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.

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. Les frais de défense en justice et les éventuels frais d'assistance médicale pour la fixation du taux d'incapacité restent dans tous les cas à charge de la victime.

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 propose.
Il en est de même dans les cas de demande en révision[519].

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
D.G. Politique sociale
Domaine réglementation
Boulevard Jardin Botanique 50, boîte 115
Finance Tower
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 528 64 06

Fonds des accidents du travail
Rue du Trône 100
1050 Bruxelles
Tél. : (02) 506 84 11
Troonstraat 100
1050 Brussel

519 Article 63, §4 de la loi du 10 avril 1971.

Hulp en Voorzorgkas voor Zeevarenden
Maritiem Huis
Olijftakstraat 7-13
2060 Antwerpen
Tél. : (03) 220 74 11
Dienst voor de Zeevissers
Vismijn
Kantinestraat 3
8400 Oostende
Tél. : (059) 32 01 88

B. Publications

Le FAT publie un rapport annuel et un rapport statistique des accidents du travail ainsi qu'une brochure destinée aux utilisateurs : « Vos droits en matière d'accidents du travail dans le secteur privé » et divers folders.
Le public dispose d'une large information sur le site www.fat.fgov.be

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 – Mises 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 socioéconomique 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 ne comportait en effet que trois maladies : l'intoxication par le plomb, l'intoxication au mercure et la maladie du charbon.

Il fallut attendre 1964, soit 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, elle 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[520] pour donner une réparation aux victimes dont la maladie ne figure pas sur la liste des maladies indemnisables dressée par arrêté royal. La loi du 22 mai 1990[521] 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[522 523].

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 très 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 et de l'utilisation de la technique de la répartition.

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 ;

520 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. Cette recommandation a été remplacée par la recommandation 2003/670 du 19 septembre 2003 concernant la liste européenne des maladies professionnelles.

521 Loi du 22 mai 1990 (M.B.du 09 janvier 91).

522 De Brucq, D. (1995), L'introduction du système mixte en Belgique – Forum News n° 3.

523 De Brucq, D. (1997), Aperçu des maladies professionnelles indemnisées en dehors des listes reconnues dans douze pays européens - RBSS 1/1997.

- 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.

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 FMP, 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 autres 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[524]

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.
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 scientifique du fonds qui établit pour son usage interne des critères de diagnostic qui sont des critères d'instruction et donc nullement impératifs[525].

524 A.R. du 28 mars 69 dressant la liste des maladies professionnelles.
525 C.T. Mons.13.12.96 – Revue belge de Sécurité sociale n° 4/96.

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.
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[526].

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.

526 D. De Brucq – Maladies professionnelles en dehors de la liste – Causalité – Cass. 02.02.1998 – RBSS 3/99.

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 donc 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 scientifique du FMP

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.
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 définitif, 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.

4. Projet-pilote dos

La loi-programme du 22 décembre 2003 a introduit dans la législation relative aux maladies professionnelles un article qui permet au Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles et sur proposition du Conseil scientifique, de décider d'un projet-pilote de prévention visant à éviter l'aggravation d'une maladie.

L'arrêté royal du 16 juillet 2004 détermine les conditions dans lesquelles le Comité de gestion du Fonds des maladies professionnelles peut décider d'un projet-pilote de prévention visant à éviter l'aggravation de maladies dorsales, pris en exécution de l'article 6bis de la loi-programme. Cet arrêté a pour objectif de permettre au fonds de démarrer un programme dans le domaine de la prévention des maladies dorsales auxquelles sont exposés les infirmiers et infirmières dans les hôpitaux et maisons de repos et de soins. Il s'agissait au départ d'un projet servant de test, qui avait une durée d'un an, le but étant, après analyse des difficultés sur le terrain, d'orienter l'action par la suite.

Il a depuis été prolongé et étendu, au vu des résultats positifs.

Section 4. Les dommages réparés

Donnent lieu à réparation :
- le décès de la victime (sont couverts dans cas 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 temporaire partielle ou totale d'une durée de 15 jours minimum, 365 jours maximum avant la date de la demande ;
- 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 cependant des points de différence qui résultent de la nature même de la maladie professionnelle[527].

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 le taux de l'incapacité permanente qui peut rétroagir seulement jusqu'à 365 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.

Il a été décidé lors du conclave budgétaire du 16 octobre 2009 que la rente des personnes atteintes d'une maladie professionnelle sera à nouveau majorée du pourcentage qui correspond à leurs facteurs socioéconomiques (leur capacité économique, âge, scolarité,...) qu'elles perdaient à l'âge de 65 ans. Ceci constituait une différence de traitement par rapport aux victimes d'accidents du travail qui est donc abolie. Ceci signifie qu'on tient de nouveau compte de la diminution de la capacité de gain normale produite par la limitation effective des possibilités de travail sur le marché de l'emploi dans le calcul de la rente pour maladie professionnelle à partir de 65 ans[528].

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 s'applique 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.

527 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.
528 Loi-programme du 23 décembre 2009 (M.B. du 30 décembre 2009, art 70 à 72).

De même, la rétroactivité des prestations en cas de révision de l'incapacité de travail consécutive à une aggravation est limitée à 60 jours avant la date de la demande ou de l'examen médical.
Enfin, depuis le 1er janvier 2011, il est à noter que le plafond de rémunération est différent pour les maladies professionnelles : il s'élève à 37.808,74 EUR[529].

Section 5. Le Fonds amiante

Au sein du Fonds des maladies professionnelles est créé un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante qui a pour but de payer dans certaines conditions une indemnité en réparation des dommages résultant d'une exposition à l'amiante[530].
Tout le monde peut bénéficier de l'intervention de ce fonds (indépendant, chômeur, ...) s'il répond aux conditions.

Section 6. 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 1,00% de la rémunération non plafonnée des travailleurs.

Section 7. 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 scientifique 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.

529 Loi du 12 avril 2011 modifiant la loi du 1er février 2011 portant la prolongation de mesures de crise et l'exécution de l'accord interprofessionnel, et exécutant le compromis du Gouvernement relatif au projet d'accord interprofessionnel (M.B. du 28 avril 2011).
530 Loi-programme du 27 décembre 2006 (M.B. du 28 décembre 2006, articles 113 et suivants).

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 conseillers en prévention-médecin du travail

Dès réception d'une déclaration d'un cas de maladie professionnelle ou d'une maladie supposée telle, faite par le conseiller en prévention-médecin du travail, le fonds invite la victime ou son mandataire à introduire une demande de réparation dans les 365 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 8. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

SPF Sécurité sociale
DG Politique sociale
Domaine réglementation
Boulevard Jardin Botanique 50, boîte 115
Finance Tower
1000 Bruxelles
Tél. : (02) 528 64 06

Fonds des maladies professionnelles
Avenue de l'Astronomie 1
1210 Bruxelles
Tél. : (02) 226 62 11

B. Publications

Le fonds des maladies professionnelles publie un rapport annuel et différents opuscules informatifs qui se retrouvent aussi sur le site du FMP.

C. Bibliographie

- Demet F., Manette R., Delooz P. et 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 du 3 juillet 1967[531] énumère en ses articles 1er et 1erbis, 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[532].
La loi permet au Roi d'assujettir, à la loi du 3 juillet 1967, 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.

531 Loi du 3 juillet 1967 sur la prévention ou 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 (M.B. du 10 août 1967).

532 La plus grande partie de ces services, établissements et organismes publics 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 (M.B. du 8 février 1969) ;
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 (M.B. du 18 juin 1970) ;
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 (M.B. du 1er septembre 1970).

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[533].
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.

La loi du 21 juin 2002 y a ajouté 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 du 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, l'ensemble du personnel est assujetti, et ce qu'il soit définitif, temporaire, contractuel ou auxiliaire. Pour ce qui concerne ces entreprises publiques autonomes, seuls les membres du personnel statutaire sont concernés[534].

Vu la multiplication de nouvelles formes de personnalités juridiques dans le secteur public, une loi du 17 mai 2007 a élargi le champ d'application de la loi aux personnes morales de droit public soumises à l'autorité, au contrôle ou à la tutelle de l'Etat, d'une Communauté, d'une Région, de la Commission communautaire commune ou de la Commission communautaire française (en vigueur au 1er mars 1996).

En outre, 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 peuvent faire obstacle à l'application de la loi à la victime si elle était assujettie lors du dommage.

B. Obligation des personnalités juridiques assujetties

Lors de son assujettissement à la loi, le service ou l'établissement devient en fait son propre assureur à l'égard des obligations prévues par la loi. Les arrêtés royaux précités des 12 juin 1970 et 13 juillet 1970 permettent uniquement aux services y visés de souscrire un contrat auprès d'une société d'assurance pour se réassurer des obligations de la loi. La compagnie, qui a pris en charge la réassurance, n'a cependant qu'un rôle purement financier. Elle demeure un tiers par rapport à la victime.
Contrairement au secteur privé, il n'y a pas d'obligation d'assurance ; en cas de souscription à une police, le contrat peut ainsi ne couvrir qu'une partie des obligations de l'administration.

533 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).
534 Article 46 de la loi-programme du 2.08.2002 (M.B. du 28 février 2002 et A.R. du 12 décembre 2002 (M.B. du 24 décembre 2002).

C. Notion d'accidents du travail 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 insérées 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 accident en dehors de l'exercice de ses fonctions qui lui a été causé par un tiers en raison des fonctions que ce membre du personnel exerce.
En outre, les actes de terrorisme et le télétravail ne font pas partie des définitions précitées.

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.

Pour les frais d'hospitalisation, le prix normal de la journée d'hospitalisation, tel qu'il est fixé par la loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux, 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. 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'arrêté royal du 24 janvier 1969 ; par l'organisme pour les agents soumis à l'arrêté royal 12 juin 1970 ; par le service public qui occupait la victime au moment de l'accident pour les agents soumis à l'arrêté royal du 13 juillet 1970.

B. Remboursement des frais de déplacement et de nuitée

Les frais de déplacement et de nuitée 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, soumis à l'A.R. du 24 janvier 1969 ou du 12 juin 1970, 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 soumis à l'A.R. du 13 juillet 1970, il reçoit 90 % de sa rémunération pendant la période d'incapacité temporaire de travail, sauf s'il existe une disposition plus favorable dans son statut. 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 fonction.
La détermination du taux d'incapacité permanente se fait comme dans le secteur privé, c'est-à-dire par le chiffrage de la diminution de la capacité de gain en fonction de la lésion, 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'est-à-dire 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.

Le plafond est fixé à 24.322,08 EUR à partir du 1er janvier 2005.

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 égales ou supérieures à 16% 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'arrêté royal du 8 juillet 2005. 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 2011, le maximum de l'indemnité s'élevait à 3.128,82 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, ou le partenaire qui cohabitait légalement avec la victime au moment de l'accident, bénéficie d'une rente égale à 30% de la rémunération[535]. Chaque enfant – depuis la loi du 20 décembre 1995 – a droit à une rente

535 Le survivant, divorcé ou séparé de corps, qui bénéficiait d'une pension alimentaire légale ou fixée par convention à charge de la victime ainsi que le survivant d'une cohabitation légale dissoute qui bénéficiait d'une pension alimentaire fixée par convention à charge de la victime, peuvent également prétendre à la rente de 30%, sans que celle-ci ne puisse cependant être supérieure à la pension alimentaire.

égale à 15% de la rémunération sans que l'ensemble ne puisse dépasser 45%. Les rentes sont dues à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel a eu lieu le décès. La rente peut être cumulée avec une pension de survie.

C. Allocation de décès

Pour les agents soumis à l'arrêté royal du 24 janvier 1969 ou du 12 juin 1970, si le décès de la victime est survenu par suite d'un accident du travail après l'expiration du délai de révision, de sorte que les ayants droit n'ont pas pu bénéficier d'une rente, une allocation de décès leur est accordée.

Le montant annuel de l'allocation de décès varie entre 875,26 EUR et 2.625,79 EUR selon la qualité de l'ayant droit. Les montants doivent être rattachés à l'indice-pivot 138,01.

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 premier jour du troisième mois qui suit l'introduction de la demande mais au plus tôt le premier 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 premier jour du troisième 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 occasionné une incapacité de travail de plus d'un jour, il faut y joindre un certificat médical. Le formulaire de déclaration d'accident est fixé dans une annexe de l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public. Le formulaire a fait l'objet de plusieurs adaptations, la dernière datant du 1er janvier 2008 (arrêté ministériel du 13 avril 2008 modifiant l'arrêté ministériel du 7 février 1969 fixant les modèles de déclaration d'accident et de certificat médical, en matière d'accidents du travail dans le secteur public).
A noter que pour le personnel des administrations locales et provinciales, c'est l'arrêté royal 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 contraignant – 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 ou par le tiers responsable.

C. L'examen administratif

Pour les agents soumis à l'A.R. du 24 janvier 1969 ou à l'A.R. du 12 juin 1970, l'autorité est liée par la décision du SSA en ce qui concerne l'incapacité permanente. Pour les agents soumis à l'A.R. du 13 juillet 1970, l'autorité peut augmenter le pourcentage d'incapacité permanente fixé par le service médical. Néanmoins, dans les deux cas, l'autorité 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

Pour les agents soumis à l'A.R. du 24 janvier 1969 ou du 12 juin 1970, l'autorité propose à l'accord de la victime le résultat de son examen concluant à aucune réduction de capacité. En cas d'accord de la victime, la proposition est reprise dans un arrêté ministériel qui est notifié à la victime.
Si elle refuse, elle doit saisir les tribunaux avant expiration du délai de prescription.

En outre, pour les agents soumis à l'A.R. du 13 juillet 1970, l'autorité propose, par lettre recommandée à la poste, le résultat de son examen concluant à aucune réduction de capacité. En cas d'accord de la victime, la décision de l'autorité est notifiée par lettre recommandée à la victime.

2. L'accident a entraîné une incapacité permanente

Dans ce cas, l'autorité 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 mêmes éléments.
Si la victime n'est pas d'accord, elle doit se pourvoir devant le tribunal avant l'expiration du délai de prescription.

3. L'accident est refusé comme accident du travail

Lorsque l'autorité refuse de reconnaître l'accident comme étant un accident du travail, elle en informe simultanément le Fonds des Accidents du Travail et la victime ou ses ayants droit.

Le Fonds des accidents du travail peut effectuer une enquête sur les causes et les circonstances de l'accident.

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. Il ne peut s'agir d'assigner le réassureur éventuel de l'organisme ou du service local. La loi précise d'ailleurs que la victime et le réassureur n'ont pas d'action l'un contre l'autre.

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 être réputée 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 trois ans.

A. Procédure administrative

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 trois 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.

Pour les agents soumis à l'A.R. du 13 juillet 1970, si aucune demande n'est introduite par la victime, l'autorité demande d'office, six mois avant l'expiration du délai, au service médical d'examiner la victime. Les conclusions médicales sont communiquées à

l'autorité au moins trois mois avant l'expiration du délai. Sur base de ces conclusions, la victime ou l'autorité peut introduire une demande en révision.

Au cas où, sans motif valable, et après deux rappels successifs par lettre recommandée à la poste, la victime ne se présenterait pas au service médical, le paiement des indemnités et des rentes est suspendu, à partir du premier jour du mois qui suit la date du deuxième rappel et ce, jusqu'au moment où la victime se présente.

B. Effets

Les effets de la révision prennent cours le premier jour du mois qui suit l'introduction de la demande.

Section 9. Procédure en aggravation

A. Principe

Pour les agents soumis à l'A.R. du 24 janvier 1969 ou du 12 juin 1970, une allocation d'aggravation est accordée à la victime dont le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident du travail subit une aggravation après l'expiration du délai de révision et pour autant que le nouveau taux d'incapacité permanente de travail soit de 10% au moins.

Il faut donc que le nouveau taux aggravé soit de 10 % au moins. Peu importe si le taux initial était inférieur à 10 % ou même nul.

L'allocation d'aggravation n'est pas calculée, comme la rente elle-même, en fonction du taux octroyé et de la rémunération de base. Elle est égale à la différence entre le produit obtenu en multipliant le nouveau taux d'incapacité permanente par le montant établi par l'arrêté royal du 24 janvier 1969 (article 5bis) et le montant de la rente, initiale ou revue, avant tout paiement en capital.

Si la différence est négative, aucune allocation ne sera due.

B. Procédure administrative

La victime doit introduire sa demande par lettre recommandée à la poste au service désigné pour la gestion des accidents du travail. Ce service accuse immédiatement réception de la demande, par lettre recommandée, et la transmet dans les 48 heures au SSA. Celui-ci examine au plus tard trois mois après l'introduction de la demande et prend une décision. Cette décision est reprise dans un arrêté ministériel.

C. Effets

L'allocation d'aggravation est due dès le premier jour du mois qui suit l'introduction de la demande.

Section 10. Prescription

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 trois 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.

Toutefois, la victime doit toujours prendre des mesures pour interrompre la prescription. La circulaire n° 429 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 11. 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.

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 12. Maladies professionnelles

Les dispositions de la loi-cadre du 3 juillet 1967 s'appliquent également aux victimes de maladies professionnelles.
En vertu de cette loi, donneront donc droit à réparation :

- le décès et les frais funéraires ;
- l'incapacité temporaire de travail ;

- l'incapacité permanente ;
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, de prothèse et d'orthopédie ;
- les frais de déplacement et de nuitée résultant de la maladie professionnelle.

Par maladies professionnelles, on entend celles qui sont reconnues comme telles en exécution des articles 30 et 30bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970. Il s'agit donc des mêmes maladies professionnelles que celles visées par la loi du secteur privé.

Cette matière ne sera pas plus détaillée ici, car les arrêtés d'exécution de la loi prévoient des dispositions similaires à ce qui est prévu pour les accidents du travail, 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.

On signalera aussi que contrairement aux accidents du travail, le caractère évolutif des maladies professionnelles a pour conséquence que la révision de la rente est permise en tout temps et n'est donc pas limitée à une période de trois ans. En conséquence, le règlement d'une allocation d'aggravation ou de décès n'est pas prévu.

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'arrêté royal du 21 janvier 1993, le Fonds des maladies professionnelles est compétent 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 13. Renseignements généraux

Adresse utile

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Ressources humaines et Carrières
Service Conditions de travail et gestion des rémunérations
Rue de la Loi 51, boîte 4
1040 Bruxelles
Tél. : (02) 790 53 85 et (02) 790 53 62
Fax : (02) 790 53 99

Titre VIII.
Vacances annuelles

I. Champ d'application

Section 1. Travailleurs salariés

Les lois coordonnées du 28 juin 1971 relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés [ci-après « LCVA »] sont en principe applicables aux personnes assujetties au régime de sécurité sociale pour :

- les travailleurs salariés ;
- les marins de la marine marchande.

Ce 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'A.R. 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[536] 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[537].

Le régime s'applique tant aux fonctionnaires nommés à titre définitif et aux stagiaires qu'au personnel contractuel.
Les jours de congé sont pris au choix du fonctionnaire en tenant compte des besoins du service. Si le congé est fractionné et si l'agent le demande, ce congé comporte une période continue d'au moins deux semaines. 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.

536 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).
537 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).

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[538] et des jours d'inactivité pendant ce même exercice de vacances, assimilés à des jours de travail effectif normal.

Depuis le 1er avril 2012, les travailleurs qui débutent ou reprennent une activité en Belgique ont la possibilité de prendre des jours de vacances supplémentaires sous certaines conditions[539].

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[540]. Le code pénal social prévoit des sanctions pénales 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[541].

A. Différents types de vacances

On distingue :
- les vacances légales ordinaires dont la durée est déterminée par exercice de vacances ;
- les vacances supplémentaires en cas de début ou de reprise d'activité ;
- les vacances jeunes en faveur des jeunes travailleurs salariés occupés par un employeur au terme de leurs études ou de leur apprentissage ;
- les vacances seniors en faveur des personnes âgées d'au moins 50 ans au 31 décembre de l'exercice de vacances, qui reprennent le travail après une période de chômage ou d'invalidité et qui n'ont pas de droit ou qui ont des droits incomplets en matière de vacances annuelles ;
- les vacances conventionnelles conclues par convention collective de travail, au sein

538 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.
539 Articles 57 et 58 de la loi du 29 mars 2012 portant des dispositions diverses (I), M.B. du 30 mars 2012.
540 Article 2, alinéa 3, des LCVA.
541 Loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social (M.B. du 01 juillet 2010). AR du 1er juillet 2011 portant exécution des articles 16, 13°, 17, 20, 63, 70 et 88 du Code pénal social et fixant la date d'entrée en vigueur de la loi du 2 juin 2010 comportant des dispositions de droit pénal social (M.B. du 06 juillet 2011).

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 extralégales.

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.

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[542] ;
- 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.

D. Prescription

1. Ouvriers, apprentis-ouvriers et artistes non indépendants

L'action en paiement du pécule de vacances à un ouvrier ou à un apprenti-ouvrier ou à une personne assujettie à la sécurité sociale des travailleurs salariés en raison des prestations artistiques qu'elle fournit et/ou des œuvres artistiques qu'elle produit se prescrit par trois ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances.

L'action en récupération du pécule de vacances ou de la partie de ce pécule indûment octroyé à un ouvrier ou à un apprenti-ouvrier ou à une personne assujettie à la sécurité sociale des travailleurs salariés en raison de prestations artistiques qu'elle fournit et/ou des œuvres artistiques qu'elle produit se prescrit par 3 ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances. Ce délai est de deux ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances en cas d'erreur due à la Caisse de vacances.

542 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.

Par dérogation à l'alinéa 2, le délai de prescription est porté à cinq ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances, si les prestations payées indûment ont été obtenues à la suite de manœuvres frauduleuses ou de déclarations fausses ou sciemment incomplètes. En cas d'assujettissement frauduleux à la sécurité sociale des travailleurs salariés, la restitution éventuelle des pécules de vacances porte au maximum sur une période de trois ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances.
Le recours contre les décisions de récupération doit, à peine de déchéance, être introduit dans les trois mois de leur notification ou de la prise de connaissance de la décision en cas d'absence de notification.

Il ne peut être renoncé au bénéfice des prescriptions visées aux alinéas précédents. Pour interrompre une prescription prévue au présent article, une lettre recommandée suffit. L'interruption peut être renouvelée. Une interruption accomplie à l'égard de l'Office national des vacances annuelles ou d'une caisse spéciale de vacances vaut pour l'ensemble des caisses de vacances.

2. Employés et apprentis employés

L'action en paiement du pécule de vacances à un employé ou à un apprenti-employé se prescrit par trois ans à compter de la fin de l'année de l'exercice de vacances à laquelle se rapporte ce pécule de vacances[543].

E. Saisie et cession du pécule de vacances

L'article 1409, §1er, du Code judiciaire dispose que le pécule de vacances payé en vertu de la législation relative aux vacances annuelles peut être cédé ou saisi sans limitation pour la partie du montant total de ces sommes qui dépassent 1.344 EUR par mois civil et en respectant certaines limitations pour les tranches inférieures à ce montant.
Lorsque le travailleur dont le pécule est saisi ou cédé à un ou plusieurs enfants à charge, le montant de la quotité saisissable ou cessible est diminué de 62 EUR par enfant étant considéré comme étant à charge par la réglementation[544].

F. Vacances jeunes[545]

Le jeune qui termine ses études, et âgé de moins de 25 ans au 31 décembre de l'exercice de vacances 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 les jours de vacances jeunes, il perçoit à charge de l'assurance-chômage une allocation égale à 65% de son salaire plafonné.

543 Article 89 de la loi programme du 22 décembre 2008 (M.B. du 29 décembre 2008, 4ième édition).
544 Voir A.R. du 23 novembre 2006 modifiant l'A.R. du 27 décembre 2004 portant exécution des articles 1409, § 1er, alinéa 4, et 1409, § 1er bis, alinéa 4, du Code judiciaire relatif à la limitation de la saisie lorsqu'il y a des enfants à charge ainsi que l'arrêté royal d'exécution du Code des impôts sur les revenus 1992.
545 Article 5 des lois coordonnées le 28 juin 1971.

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, ou encore visiter le site web de l'ONEM : http://www.onem.fgov.be.

G. Vacances seniors[546]

La personne âgée d'au moins 50 ans au 31 décembre de l'exercice de vacances, qui reprend le travail comme salarié après une longue période d'inactivité (chômage complet ou invalidité) peut prendre des vacances seniors en complément de son droit incomplet à des vacances. Pour les jours de vacances seniors, 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, ou encore visiter le site web de l'ONEM : http://www.onem.fgov.be.

Section 2. Ouvriers, apprentis-ouvriers et artistes non indépendants[547]

H. Les vacances ordinaires

A. Durée des vacances ordinaires[548]

La durée légale des vacances d'un travailleur salarié est déterminée comme suit :

Nombre total de jours de travail effectif normal et jours d'inactivité assimilé	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

546 Ce système a été instauré par la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations.
547 Pour des raisons pratiques, les artistes qui sont soumis au régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés perçoivent leur pécule de vacances de l'ONVA.
548 Article 35 A.R. 30 mars 1967.

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

A partir de l'exercice de vacances 2012 - année de vacances 2013, le tableau ci-dessous sera d'application :

Nombre total de jours de travail effectif normal et de jours d'inactivité 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 64 à 76	5
de 48 à 63	4
de 39 à 47	3
de 20 à 38	2
de 10 à 19	1
de 0 à 9	0

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 x 5/R x 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 ;
Q = nombre moyen d'heures par semaine durant lesquelles le travailleur est censé travailler sur la base de son contrat ;
S = nombre moyen d'heures par semaine pendant lesquelles un travailleur à temps plein est censé 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. 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 reconnu 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[549] visé par la loi du 16 mars 1971 sur le travail.
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 ;

4° 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 de l'Union 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 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 ;

5° de l'accomplissement de devoirs civiques, sans maintien de la rémunération.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir la tâche.

6° de l'accomplissement d'un mandat public.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir ce mandat ;

7° de l'exercice de la fonction de juge social.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour exercer la mission ;

8° de l'accomplissement d'une mission syndicale.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour exercer la mission ;

9° 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 ;

549 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.

10° 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, pour autant que l'absence au travail ait duré toute la journée de travail ;

11° d'un lock-out.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la période durant laquelle le contrat de travail a été suspendu ;

12° 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 ;

13° 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 ;

14° 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 ;

15° 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 ;

16° 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 ;

17° 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.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'art. 30, §2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'art. 25quinquies, §2 de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement de navigation intérieure ;

18° d'un congé d'adoption[550]
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 30ter, § 1er de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25sexies, § 1er de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats pour le service des bâtiments de navigation intérieure ;

19° des périodes d'adaptation temporaire de la durée du travail prévues à l'article 353bis /3 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
Durée de l'assimilation : la durée est limitées aux périodes prévues à l'article 353bis /3 de la loi-programme du 24 décembre 2002. Cette mesure est applicable jusqu'au 31 janvier 2011 ;

20° des périodes de réduction des prestations de travail, visées à l'article 15 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes visées à l'article 15 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise. Cette mesure est applicable jusqu'au 31 janvier 2011 ;

21° du congé pour soins d'accueil visé par l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.

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.

550 Voir A.R. du 14 février 2006 portant ses effets au 25 juillet 2004, date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives au congé d'adoption.

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%[551] 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[552] la rémunération journalière fictive afférente aux journées d'inactivité assimilées à des journées de travail effectif normal, est égale à 100% de sa rémunération quotidienne 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 n'avait pas accordé au travailleur de journées d'inactivité assimilées à des journées de travail effectif normal.

La rémunération quotidienne moyenne, est calculée par situation d'occupation et par caisse de vacances.
La rémunération quotidienne moyenne sera calculée par situation d'occupation, sur la base de la simple formule suivante:
le salaire de la situation d'occupation dans laquelle se situe la période d'assimilation est divisé par le nombre de jours de travail qui s'y rapporte, sans la moindre conversion dans un autre régime de travail.

La rémunération quotidienne moyenne est multipliée par le nombre de journées assimilées déclaré dans la même situation d'occupation, c.-à-d. avec le même régime de travail.
Dans les secteurs industriels, les professions et les entreprises où la rémunération globale ou horaire ne peut être mesurée, 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 :

551 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.

552 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 normal 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 œuvres 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 par virement. Sur demande du travailleur introduite par simple courrier, le paiement peut s'effectuer par chèque circulaire ou tout autre moyen de paiement international.

Pour les ouvriers et apprentis-ouvriers, 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.

C. Les vacances supplémentaires[553]

Peuvent prétendre à ce nouveau droit les travailleurs qui :

- débutent une activité en Belgique ou ceux qui y reprennent une activité ;

553 A.R. du 19 juin 2012 portant exécution de l'article 17bis des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés, coordonnées le 28 juin 1971, M.B. du 28 juin 2012.

- ont effectué une période de prestations effectives ou ont bénéficié d'une période d'interruption de travail assimilé a du travail effectif, d'une durée de trois mois de manière continue ou non durant une même année civile auprès d'un ou plusieurs employeur ;
- ont épuisé les jours de vacances ordinaires.

1. Durée des vacances supplémentaires

La durée des vacances supplémentaires d'un travailleur est déterminée de la même manière que pour les vacances ordinaires diminuée des jours de vacances ordinaires et conformément au tableau ci-dessous :

Nombre total de jours de travail effectif normal et de jours d'inactivité 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

Pour le calcul de la durée des vacances supplémentaires, il faut tenir compte des jours assimilés pour le calcul de la durée des vacances, du nombre de jours de vacances ordinaires attribué dans l'exercice de vacances en fonction des prestations dans l'exercice précédent et des vacances supplémentaires.

2. Pécule de vacances supplémentaires

Le montant du pécule de vacances supplémentaires du travailleur est égal à 7,69% des rémunérations de la période donnant droit aux vacances supplémentaires demandées par le travailleur, majorées éventuellement d'une rémunération fictive pour les jours d'inactivité assimilés à des jours de travail effectif normal.

Pour le calcul du montant du pécule supplémentaire sont assimilées à des journées de travail effectif normal les journées d'interruption de travail visées à l'article 16, les journées de vacances annuelles visées à l'article 35 ainsi que les vacances supplémentaires.

Le pécule de vacances supplémentaires est payé au travailleur au plus tard dans le courant du trimestre suivant le trimestre au cours duquel le droit aux vacances supplémentaires a été exercé.

La déduction du pécule de vacances supplémentaires se fait sur le paiement du pécule de l'année qui suit la prise de ces vacances supplémentaires, à concurrence maximum de 50% du montant du pécule légal.

Le bénéfice des vacances supplémentaires est octroyé sur base d'un formulaire remis par le travailleur à l'Office national des vacances annuelles ou à une caisse spéciale de vacances. Ce formulaire, daté et signé, est établi selon un modèle approuvé par le Comité de gestion de l'Office National des Vacances Annuelles.

Section 3. Employés et apprentis-employés

A. Durée des 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[554]. 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).

554 Article 60 de l'A.R. du 30 mars 1967 « déterminant les modalités générales d'exécution des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés ».

1. Journées assimilées[555]

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° du repos de maternité et 4° du congé de paternité[556], visé par la loi du 16 mars 1971 sur le travail.
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 ;

4° de l'accomplissement d'obligations de milice ; (le bénéfice de l'assimilation est reconnuégalement 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 ;

5° de l'accomplissement de devoirs civiques, sans maintien de la rémunération.
Durée de l'assimilation : voir 5° ;

6° de l'accomplissement d'un mandat public.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir ce mandat ;

555 Voir articles 41 et 43 de l'A.R. précité du 30 mars 1967.
556 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'exercice de la fonction de juge social.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir cette fonction ;

8° de l'accomplissement d'une mission syndicale.
Durée de l'assimilation : le temps nécessaire pour accomplir cette mission ;

9° 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 ;

10° 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 ;

11° d'un lock-out.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée à la période durant laquelle le contrat de travail a été suspendu ;

12° 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 ;

13° 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) ;

14° d'un congé de paternité en vertu de l'article 30, § 2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25quinquies, § 2 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 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25quinquies, § 2 de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure ;

15° d'un congé d'adoption[557].
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 30ter, § 1er de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ou de l'article 25 sexies, § 1er de la loi du 1er avril 1936 sur les contrats pour le service des bâtiments de navigation intérieure ;

16° des jours de vacances couverts par un pécule simple de sortie en application de l'article 46 au moment où ces jours de vacances sont pris ;

17° des périodes d'adaptation temporaire de la durée du travail d'un quart ou d'un cinquième prévues à l'article 353bis/3 de la loi-programme du 24 décembre 2002.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'adaptation temporaire de la durée du travail d'un quart ou d'un cinquième prévues à l'article 353bis/3 de la loi-programme du 24 décembre 2002 ;

18° des périodes de réduction des prestations de travail d'un 1/5ième ou d'un 1/2, visées à l'article 15 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes de réduction des prestations de travail d'un 1/5ième ou d'un 1/2, visées à l'article 15 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise ;

19° des périodes de suspension totale ou partielle de l'exécution du contrat de travail, visées à l'article 23 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes de suspension totale ou partielle de l'exécution du contrat de travail, visées à l'article 23 de la loi du 19 juin 2009 portant des dispositions diverses en matière d'emploi pendant la crise ;

20° du congé pour soins d'accueil visé par l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail.
Durée de l'assimilation : la durée est limitée aux périodes d'interruption de travail en vertu de l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail ;

20°bis des périodes de suspension totale ou partielle de l'exécution du contrat de travail, telles que visées à l'article 6, §1er, de la loi du 1er février 2011 portant la prolongation de mesures de crise et l'exécution de l'accord interprofessionnel.

557 Voir A.R. du 14 février 2006 portant ses effets au 25 juillet 2004, date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives au congé d'adoption.

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[558] ;
- l'employé ou l'apprenti-employé ne peut jouir des assimilations visées sous le 6° jusqu'au 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.

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[559] :
- 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[560].

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 maximal 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.

558 Cours du Travail d'Anvers, 28 janvier 1982, inédit.
559 Article 38 de l'A.R. du 30 mars 1967.
560 A.R. du 18 février 2003 (M.B. du 6 juin 2003).

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.

2. Pécule de sortie

2.1. Principes généraux

Dans certains cas (Art. 46, §1 de l'A.R. du 30 mars 1967 déterminant les modalités générales d'exécution des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés – appel sous les armes, 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.

Le nouvel employeur pourra déduire le montant du pécule de sortie payé par l'ancien employeur du montant du pécule dû par lui lors de la prise des vacances (application de l'article 48 de l'A.R. précité du 30 mars 1967).

2.2. La réforme du pécule de sortie[561]

L'objet premier de la réforme du pécule de sortie entrée en vigueur le 1er janvier 2007 consiste en l'assujettissement aux cotisations ordinaires de sécurité sociale du pécule simple de sortie, (jusqu'au 31 décembre 2006, ce pécule simple de sortie était non assujetti, car non considéré comme de la rémunération), sauf en ce qui concerne le pécule simple de sortie octroyé à un intérimaire qui demeure non assujetti (voir nouvel article 23bis de la loi du 29 juin 1981 « établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés »).

Cette réforme ne se limite cependant pas à l'assujettissement du pécule simple de sortie, mais renvoie, par analogie, aux règles concernant le pécule de vacances de sortie en cas de diminution de la durée du travail.

Dorénavant, en effet, un pécule simple de sortie doit être liquidé non seulement lorsque le contrat prend fin ou que l'employé est appelé sous les armes ou bénéficie d'une mesure de crédit-temps total ou d'interruption de carrière professionnelle totale (hypothèses visées par l'ancien article 46, alinéa 1er de l'A.R. du 30 mars 1967 et reprises dans le nouvel article 46, §1er dudit arrêté), mais aussi dans d'autres situations, comme lors du changement du régime de travail ayant pour conséquence une diminution du nombre moyen d'heures hebdomadaires prestées (voir nouvel article 46, §3).

561 Voir articles 176 à 186 de la loi-programme du 27 décembre 2006, entrés en vigueur le 1er janvier 2007.

Dans ce dernier cas, le pécule de sortie doit être payé avec la rémunération du mois de décembre de l'année au cours de laquelle a lieu cette diminution.

Il n'est cependant pas tenu compte des primes de fin d'année qui ont un caractère fixe, c'est-à-dire de celles dont l'octroi n'est pas lié à l'évaluation des prestations de l'employé, à sa productivité, au résultat de l'entreprise ou d'une section de celle-ci ou à tout critère rendant le paiement incertain et variable.

Par analogie avec l'article 46 précité, lorsque le travailleur est envoyé en détachement à l'étranger, il est recommandé que l'employeur paie également un pécule de sortie.

C. Pécule supplémentaire[562]

Pour pouvoir bénéficier du nouveau régime des vacances supplémentaires, le travailleur doit réunir 3 conditions, à savoir :

- débuter ou reprendre une activité au service d'un ou de plusieurs employeurs ;
- avoir effectué une période de prestations effectives (ou avoir bénéficié d'une période d'interruption de travail assimilée à du travail effectif, d'une durée de 3 mois, de manière continue ou non, durant une même année civile, auprès d'un ou plusieurs employeurs (cette période de 3 mois est appelée « période d'amorçage ») ;
- avoir épuisé tous les jours de vacances octroyés par le régime normal de vacances.

Le SPF Sécurité sociale a une liste de faqs relatifs à cette réglementation sur son site web:

1. Durée des vacances supplémentaires

Si vous travaillez dans un régime de travail de 5 (ou 6) jours par semaine, vous avez droit à 5 (ou 6) jours de vacances supplémentaires après la première période d'occupation de 3 mois (appelée « période d'amorçage »), que ces 3 mois soient consécutifs ou non. Seuls les mois prestés durant la même année civile comptent. Il faut également tenir compte des journées d'inactivité assimilées à du travail effectif.

Après la période d'amorçage, la durée des vacances est déterminée à raison de deux jours par mois de prestations effectuées chez un ou plusieurs employeurs si le travailleur est occupé en régime de travail de six jours par semaine. Si le travailleur est occupé dans un autre régime de travail, il a droit à des jours de vacances proportionnellement à son régime de travail[563].

562 A.R. du 19 juin 2012 portant exécution de l'article 17bis des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés, coordonnées le 28 juin 1971, M.B. 28 juin 2012

563 A.R. du 19 juin 2012 portant exécution de l'article 17bis des lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés, coordonnées le 28 juin 1971, M.B. 28 juin 2012

2. Pécule de vacances supplémentaires

Lorsque le travailleur prend ses jours de vacances supplémentaires, l'employeur les rémunère normalement comme une journée de travail. Cette rémunération afférente aux jours de vacances supplémentaires est appelée « pécule de vacances supplémentaires ».

A la différence avec le régime normal de vacances, le nouveau régime de vacances supplémentaires ne donne pas droit à un double pécule de vacances.

Ce pécule de vacances supplémentaire est donc financé par le double pécule de vacances que le travailleur va percevoir ou par le pécule de vacances anticipé en cas de fin de contrat.

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 :

	Nombre de jours ouvrables/âge	Nombre de jours ouvrables "supplémentaires" de congé annuel de vacances	Nombre de jours ouvrables total congé annuel de vacances
< 45 ans	26		26
45-49 ans	27		27
50-54 ans	28		28
55-59 ans	28	1	29
60 ans	28	2	30
61 ans	28	2	30
62 ans	28	3	31
63 ans	28	4	32
64-65 ans	28	5	33

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 ;
- prestations réduites pour raisons médicales ;
- 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.

Le congé annuel de vacances supplémentaires (> 29 jours) n'est pas réduit.

Le jour supplémentaire accordé à partir de 55 ans est conservé intégralement en cas de prestations réduites.

Si l'agent n'a pas pu prendre tous ses congés annuels de vacances, il peut les reporter à l'année suivante. Dans ce cas, il devra alors les prendre pendant cette même année selon les modalités fixées.
Toutefois, lorsque l'agent n'a pas pu prendre l'entièreté ou une partie de son congé annuel de vacances à cause des raisons mentionnées ci-dessous, le report n'est pas limité à un an :

- une maladie ;
- un accident de travail ;
- un accident survenu sur ou vers le chemin du travail ;
- une maladie professionnelle.

A son retour, le congé annuel de vacances est pris en tenant compte des besoins du service.

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 2012, la partie forfaitaire est de 1.127,8081 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, les agents bénéficient d'un supplément de pécule de vacances appelé « prime Copernic ».
Au total, le pécule de vacances est égal à 92% du traitement mensuel brut dû pour le mois de mars de l'année de vacances.

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 qui est d'application pour les fonctionnaires fédéraux ou pour les fonctionnaires de l'autorité régionale. 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.

En Région wallonne, c'est le protocole 2003/02 établi à la suite du Comité c wallon des services publics locaux et provinciaux du 7 novembre 2003, qui règle la matière. Depuis l'année 2009, les administrations provinciales sont tenues de verser à leur personnel un pécule de vacances dont le montant est compris entre 65% et 92% du montant de la rémunération mensuelle brute.

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 depuis l'année 2006 l'attribution à tous les membres du personnel d'un pécule de vacances égal à 92% du salaire brut mensuel.

B. Administrations locales

1. Personnel nommé à titre définitif et personnel contractuel

1.1. Durée des vacances

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.

Pour le personnel contractuel, 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[564].

L'administration locale doit déterminer le régime de vacances applicable dans les statuts administratifs du personnel.

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.

564 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.

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 doit avoir atteint 92% du montant de la rémunération mensuelle brute pour tous les membres du personnel dans toutes les administrations locales de la Région de Bruxelles-Capitale à partir de l'année 2008.

En Région wallonne, c'est le protocole 2003/02 établi à la suite du Comité c wallon des services publics locaux et provinciaux du 7 novembre 2003, qui règle la matière. Depuis l'année 2009, les administrations locales sont tenues de verser à leur personnel un pécule de vacances dont le montant est compris entre 65% et 92% du montant de la rémunération mensuelle brute.

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 à partir de l'année 2006 l'attribution d'un pécule de vacances égal à 92% du salaire brut mensuel pour tous les membres du personnel.

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.

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 des travailleurs 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 caractérisée par 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 caractérisée par plusieurs activités dotées d'entités juridiques séparées relève de ce fait de plusieurs commissions paritaires et doit s'affilier aux caisses de vacances dont la compétence de chaque entité juridique correspond à celle de la commission paritaire à laquelle l'activité se rapporte.

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.

Il existe une exception à cette règle : les entreprises ayant comme activité « le commerce alimentaire » et « les industries transformatrices de papier et l'industrie graphique » peuvent s'affilier, soit à l'Office National des Vacances Annuelles, soit à la Caisse de Vacances compétente.

Pour s'affilier à une caisse de vacances, l'employeur ne doit effectuer aucune démarche spécifique. Dès que l'Office national de la sécurité sociale transmet la première déclaration comportant des données relatives aux salaires et aux temps de travail des ouvriers qu'il emploie, l'affiliation à la caisse de vacances compétente intervient automatiquement sur la base de l'activité de l'employeur.

VI. Contrôle et sanction

Section 1. Contrôle

Sans préjudice des attributions des officiers de police judiciaire, les inspecteurs et contrôleurs sociaux du Service public fédéral Sécurité sociale, ainsi que les agents de l'Office national des Vacances annuelles désignés par le Ministre de tutelle, sont chargés de contrôler l'application correcte de la législation et de la réglementation relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés.

Section 2. Sanctions

Le Code pénal social prévoit des sanctions pénales en cas de non-respect de leurs dispositions.

VII. Renseignements généraux

Section 1. Adresses utiles

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale politique sociale
Centre Administratif Botanique
Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 115
1000 Bruxelles
http://www.socialsecurity.fgov.be (site thématique)
www.socialsecurity.be (site portail)
(02) 528 60 11
social.security@minsoc.fed.be

Office National de Vacances Annuelles (ONVA)
Chaussée d'Ixelles 213
1050 Bruxelles
hhtp://www.onva-rjv.fgov.be
numéro général : (02) 627 91 11
Fax : (02) 648 79 44
Info pécules de vacances : (02) 627 97 65
e-mail : info.pecule@onva.fgov.be

Service public fédéral Personnel et Organisation
Direction générale Ressources humaines et Carrières
Service Conditions de travail et Gestion des rémunérations
Rue de la Loi 51, boîte 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.fedweb.belgium.be.

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 ;
- brochure relative aux pécules de vacances pour les ouvriers, apprentis-ouvriers et artistes non-indépendants « Vacances 2012 » ;
- les vacances annuelles en Belgique « La genèse et l'évolution jusqu'à nos jours ».

Titre IX.
Assurance sociale en cas de faillite

Cette assurance est régie par l'A.R. du 18 novembre 1996 (M.B. du 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. du 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 une période de douze mois au maximum débutant le premier jour du mois qui suit le jugement déclaratif de faillite, une prestation mensuelle égale à la pension minimale mensuelle de retraite. Selon qu'ils ont ou non au moins une personne à charge, le montant de cette prestation sera égal au montant de la pension « taux ménage » ou « taux isolé » ; depuis le 1er juillet 2012, ces montants s'élèvent respectivement à 1.336,54 EUR ou 1.027,28 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) à 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 permettant 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'acticité 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. du 24 décembre 1999). Tout comme pour les indépendants faillis, la prestation financière est limitée à douze mois au maximum. Le montant est identique.

Titre X. Aide en faveur des travailleurs indépendants en cas de maladie grave de l'enfant ou en cas de soins palliatifs à donner à l'enfant ou au partenaire du travailleur indépendant

I. Maladie grave de l'enfant du travailleur indépendant

Depuis le 1er janvier 2010, le travailleur indépendant qui interrompt son activité pendant au moins 4 semaines consécutives pour s'occuper de son enfant malade peut être dispensé du paiement de la cotisation sociale d'un trimestre et obtenir pour ce trimestre, l'assimilation à une période d'activité en matière de pension.

Cette dispense/assimilation est accordée pour le trimestre qui suit celui au cours duquel débute l'interruption d'activité du travailleur indépendant.

II. Soins palliatifs donnés à un enfant ou au partenaire du travailleur indépendant

Depuis le 1er janvier 2010, le travailleur indépendant qui interrompt son activité pendant au moins 4 semaines successives pour donner des soins palliatifs à son enfant ou partenaire peut obtenir une allocation forfaitaire.

Le montant de cette allocation est égal au double de montant mensuel de la pension minimale d'un travailleur indépendant au taux isolé, soit 2.054,55 EUR au 1er juillet 2012. Le paiement de l'allocation s'effectue en trois tranches égales et par mois.

Le travailleur indépendant peut également être dispensé du paiement de la cotisation sociale d'un trimestre et obtenir pour ce trimestre, l'assimilation à une période d'activité en matière de pension.

Cette dispense/assimilation est accordée pour le trimestre qui suit celui au cours duquel débute l'interruption d'activité du travailleur indépendant.
Le fait qu'un travailleur indépendant ait bénéficié des dispositions en cas de maladie grave d'un enfant ne l'empêche pas de bénéficier ensuite pour ce même enfant, des mesures prises en faveur des enfants nécessitant des soins palliatifs à condition que les conditions d'octroi soient remplies.

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 ;
- ou l'enfant de moins de 25 ans dont la personne handicapée assure un hébergement alterné.

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 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 national 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 la Direction générale Personnes handicapées un mois avant le départ et sauf dans le premier cas de mentionner la durée probable et le motif de son séjour à l'étranger.

Cependant, l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées peuvent être octroyées à des personnes résidant dans un Etat membre de l'Union européenne ou en Suisse, pour autant que les bénéficiaires restent à charge du régime belge des soins de santé.

B. Condition de nationalité

Peut prétendre aux allocations :

1. La personne qui
   - inscrite au Registre de la population, quelle que soit sa nationalité ;
   - ou ressortissante d'un Etat membre de l'Union européenne ;
   - ou réfugiée ;
   - ou apatride.

2. ou la personne 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, non salariés ainsi qu'aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté et qui est ressortissante de l'Algérie, l'Islande, le Liechtenstein, le Maroc, la Norvège, la Tunisie ou la Suisse ;

3. ou la personne qui possède une autre nationalité que celles visées ci-dessus et qui est le conjoint, le cohabitant légal ou le membre de la famille d'une des personnes reprises ci-dessus. On entend par « membre de la famille », les enfants mineurs ainsi que les enfants majeurs, les père, mère, beau-père ou beau-père à charge des personnes reprises aux points 1. et 2. Est considérée comme étant à charge la

personne qui vit sous le même toit et qui est considérée comme personne à charge en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

4. ou la personne qui a bénéficié jusqu'à l'âge de 21 ans de la majoration des allocations familiales en raison de son handicap.

Section 3. Montants et catégories

a) Le montant de l'allocation de remplacement de revenus varie en fonction de la catégorie familiale à laquelle appartient le bénéficiaire : catégorie A, B ou C.

La définition des catégories familiales s'articule autour de la notion de « ménage », c'est-à-dire toute cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parentes ou alliées au 1er, 2ième ou 3ième degré. Cette cohabitation est présumée par la résidence principale à la même adresse, mais la personne handicapée ou le service peuvent apporter la preuve du contraire par tous les moyens possibles.

Appartient à la catégorie C, la personne handicapée qui :
- est établie en ménage ;
- ou a un ou plusieurs enfants à charge (voir définition de l'enfant à charge ci-dessus).

Attention : Il ne peut y avoir, par ménage, qu'une seule personne qui perçoit le montant correspondant à la catégorie C. Si, dans un ménage, deux personnes handicapées appartiennent à la catégorie C, chacune d'elle percevra au maximum le montant de l'allocation de remplacement de revenus correspondant à la catégorie B.
Appartient à la catégorie B, la personne handicapée qui :
- vit seule ;
- ou n'appartient pas à la catégorie C et séjourne en institution nuit et jour depuis trois mois au moins.

Appartient à la catégorie A, la personne handicapée qui n'appartient ni à la catégorie B, ni à la catégorie C ;

Les montants annuels s'élèvent au 1er juillet 2012 :

Catégorie A	6.288,02 EUR
Catégorie B	9.432,03 EUR
Catégorie C	12.576,04 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 en fonction du résultat de l'évaluation du degré d'autonomie. Selon ce résultat, on distingue 5 catégories. 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.

Pour chaque fonction, le médecin examine le niveau des difficultés rencontrées par la personne concernée. Quatre réponses possibles peuvent être fournies, à savoir :

- pas de difficultés, pas d'efforts particuliers, pas d'équipements particuliers : aucun point n'est octroyé ;
- difficultés minimes, ou efforts supplémentaires minimes, ou recours minime à des équipements particuliers : 1 point est octroyé ;
- difficultés importantes ou efforts supplémentaires importants ou recours important à des équipements particuliers : 2 points sont octroyés ;
- impossible sans l'aide d'une tierce personne ou impossible sans accueil dans un établissement approprié ou impossible sans environnement complètement adapté : 3 points sont octroyés.

1° Les montants annuels du 1er juillet 2012 pour l'allocation d'intégration s'élèvent à :

Catégorie I, de 7 à 8 points inclus	1.126,21 EUR
Catégorie II, de 9 à 11 points inclus	3.837,68 EUR
Catégorie III, de 12 à 14 points inclus	6.132,14 EUR
Catégorie IV, de 15 à 16 points inclus	8.933,76 EUR
Catégorie V, de 17 à 18 points inclus	10.134,79 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 2012 à :

Categorie I, de 7 à 8 points	962,41 EUR
Categorie II, de 9 à 11 points	3.673,75 EUR
Categorie III, de 12 à 14 points	4.466,68 EUR
Categorie IV, de 15 à 16 points	5.259,39 EUR
Categorie V, de 17 à 18 points	6.460,42 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

Par « revenu », il faut entendre la somme des montants du revenu 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 de 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 20% au moins par rapport à ceux de la deuxième année civile, il est tenu compte des revenus de l'année civile précédant la demande.

Pour l'allocation de remplacement de revenus, on applique un abattement de 3.144,01 EUR sur les revenus de la personne avec laquelle la personne handicapée forme un ménage, soit un montant correspondant à la moitié du montant barémique de l'allocation de remplacement de revenus accordé aux personnes appartenant à la catégorie A.

De plus, une partie des revenus professionnels de la personne handicapée est immunisée :
- 50% de la tranche de revenus de 0,01 EUR jusqu'à 4.594,57 EUR ;
- 25 % de la tranche de revenus de 4.594,57 EUR jusqu'à 6.891,85 EUR.

La tranche de revenus supérieure à 6.891,85 EUR n'est pas immunisée.

Pour les revenus autres, un abattement de 646,80 EUR est appliqué.

Pour l'allocation d'intégration, certaines parties des revenus sont immunisés, sous certaines conditions :

Un abattement de 21.155,70 EUR est appliqué sur les revenus de la personne avec laquelle la personne handicapée forme un ménage. De plus, seule la moitié des revenus dépassant ce plafond est déduite de l'allocation d'intégration.

Sur les revenus du travail de la personne handicapée, un abattement de 21.155,70 EUR est également appliqué. De plus, seule la moitié des revenus dépassant ce plafond est déduite de l'allocation d'intégration.

Des revenus de remplacement sont immunisés :
- si l'abattement sur les revenus du travail octroyé ne dépasse pas 18.133,46 EUR : les 3.021,81 premiers EUR ;
- si l'abattement sur les revenus du travail octroyé est supérieur à 18.133,46 EUR : la partie des revenus de remplacement qui est inférieure à la différence entre 3.021,81 EUR et la partie de l'abattement de travail octroyé qui est supérieure à 18.133,46 EUR.

En ce qui concerne les autres revenus de la personne handicapée (par exemple les pensions alimentaires, les revenus du partenaire qui dépassent le plafond, les revenus de remplacements non immunisés), on applique une exonération maximale correspondant à 5.802,91 EUR pour la catégorie A, 8.704,37 EUR pour la catégorie B et 11.605,82 EUR pour la catégorie C. Mais de ce montant sont déduites les immunisations réellement pratiquées sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement de la personne handicapée.
Tous les montants mentionnés sont indexés.

B. L'allocation pour l'aide aux personnes âgées

Tous les revenus, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, dont dispose la personne handicapée ou la personne avec laquelle elle forme un ménage, sont pris en compte. Il n'est pas tenu compte des revenus des membres du ménage de la personne handicapée qui sont ses parents ou alliés au premier, deuxième ou troisième degré.

Certains revenus ne sont pas pris en compte, notamment les allocations familiales, les prestations qui relèvent de l'assistance publique ou privée, les rentes alimentaires entre ascendants et descendants, ...

Sont considérés comme revenus :
- les revenus professionnels (en tant que salarié ou indépendant) de la personne handicapée ou de la personne avec laquelle la personne handicapée forme un ménage. En principe sont pris en considération les revenus professionnels imposables

de la deuxième année civile précédant celle au cours de laquelle la décision relative au droit à l'allocation produit ses effets ;

- 90 % des pensions qui sont accordées à la personne handicapée, ou à la personne avec laquelle elle forme un ménage ;
- les biens immobiliers :
- un montant de 1.500,00 EUR du revenu cadastral global des biens immobiliers bâtis dont la personne handicapée ou la personne avec laquelle elle forme un ménage, ont la pleine propriété ou l'usufruit, est exonéré. Ce montant est majoré de 250,00 EUR par enfant à charge. Il est porté en compte un revenu égal à la partie non exonérée du revenu cadastral global, multipliée par 3 ;
- si la personne handicapée ou la personne avec laquelle elle forme un ménage n'ont que la pleine propriété ou l'usufruit de biens immeubles non bâtis, il est porté en compte un revenu égal à la partie non exonérée du revenu cadastral de ces immeubles, multipliée par 9 ;
- lorsque l'immeuble est grevé d'hypothèque, le montant pris en considération pour l'établissement du revenu, peut être diminué du montant annuel des intérêts hypothécaires à la condition que la dette ait été contractée pour les besoins propres de la personne handicapée ou de la personne avec laquelle la personne handicapée forme un ménage et que la destination donnée au capital emprunté soit prouvée. En outre, il faut aussi prouver que des intérêts hypothécaires étaient exigibles et qu'ils ont été réellement acquittés pour l'année précédant celle de la prise de cours du droit à l'allocation ;
- les capitaux mobiliers : 6% des capitaux, placés ou non sont portés en compte ;
- les cession de biens immobiliers ou mobiliers à titre gratuit ou onéreux : lorsque la cession se produit au cours des dix années qui précèdent la date à laquelle la demande d'allocation produit ses effets, il est porté en compte un revenu forfaitaire calculé sur base de la valeur vénale des biens au moment de la cession. Ce revenu forfaitaire est égal à 6 % de la valeur vénale.

  En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles, les dettes personnelles de la personne handicapée ou de la personne avec laquelle elle forme un ménage, antérieures à la cession et éteintes à l'aide du produit de la cession, sont déduites de la valeur vénale des biens cédés au moment de la cession.

  En cas de cession à titre onéreux de biens meubles ou immeubles et sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, il est déduit de la valeur vénale des biens, un abattement annuel de 1.500 EUR. L'abattement déductible est calculé proportionnellement au nombre de mois compris entre le premier du mois suivant la date de la cession et la date à laquelle la demande d'allocations produit ses effets. Si la personne handicapée ou la personne avec laquelle elle forme un ménage, ont procédé à plusieurs cessions, l'abattement ne peut être appliqué qu'une seule fois pour une même période.

  Il n'est pas possible d'appliquer les règles de cession si le produit de la cession se trouve sous l'une ou l'autre forme, totalement ou partiellement, dans le patrimoine (réemploi). Il faut alors utiliser les règles de calcul des revenus mobiliers ou des revenus immobiliers.

Sur l'ensemble de ces revenus, il est également appliqué un abattement forfaitaire qui diffère selon la catégorie familiale à laquelle appartient la personne handicapée. Les montants de ces abattements s'élèvent au 1er juillet 2011 à :

- 12.423,62 EUR pour la catégorie A ;
- 12.423,62 EUR pour la catégorie B ;
- 15.524,36 EUR pour la catégorie C.

Il ne peut il y avoir, par ménage, qu'une seule personne qui bénéficie de l'abattement correspondant à la catégorie C. Si, dans un ménage, deux personnes handicapées appartiennent à la catégorie C, chacune d'elle bénéficiera d'un plafond correspondant à la moitié du plafond de revenus correspondant à la catégorie C sur la moitié des revenus.

Section 5. Avances

Le régime des allocations aux personnes handicapées est un régime résiduaire, il en découle que la personne handicapée et la personne avec laquelle elle forme un ménage sont tenues de faire valoir leurs droits aux prestations et indemnités auxquelles elles peuvent prétendre en vertu d'une autre législation belge ou étrangère, et qui trouvent leur fondement dans une limitation de la capacité de gain, dans un manque ou une réduction du degré d'autonomie, ou dans les articles 1382 et suivants du Code civil relatif à la responsabilité civile Elles doivent également faire valoir leurs droits à des prestations sociales relatives à la maladie et l'invalidité, au chômage, aux accidents de travail, aux maladies professionnelles, aux pensions de retraite et de survie, à la garantie de revenus aux personnes âgées et au revenu garanti aux personnes âgées.
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 à laquelle la personne handicapée peut prétendre.

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.

Chaque demande d'allocation de remplacement de revenus vaut comme demande d'allocation d'intégration, et inversement.

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.

Les administrations communales introduisent la demande d'allocation, de reconnaissance médicale pour l'octroi des avantages fiscaux et sociaux, ou de carte de stationnement, par voie électronique, auprès de la Direction générale Personnes handicapées.

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. A la demande de la personne handicapée, les allocations peuvent être payées par assignation postale.
Lorsque le montant est inférieur à 14,81 EUR par mois (au 1er juillet 2012), le paiement des allocations s'effectue en février de l'année suivante pour les prestations échues au cours de l'année précédente.

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 six mois. Des intérêts moratoires sont dus si le délai est dépassé.

En cas de décès du bénéficiaire, les termes échus et non payés, y compris l'allocation du mois du décès 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) 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 28%.

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 dernier cas, on parle de nouvelle demande.

Les nouvelles données qui peuvent entraîner une diminution du montant de l'allocation, doivent être déclarées immédiatement auprès de l'administration communale par la personne handicapée.

Il n'est pas procédé à une révision d'office en raison d'une mise au travail de la personne handicapée pour une période de trois mois ou moins.

Le droit à l'allocation de remplacement de revenus et le droit à l'allocation d'intégration sont revus d'office tous les 5 ans.

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 cinq ans en cas de manœuvres frauduleuses, de déclarations fausses ou sciemment incomplètes ou dans le cas où la personne ne déclarerait 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 de la dette. En outre, en dessous du montant de 433,36 EUR (au 1er juillet 2012), 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 doit être demandé. L'A.R. du 9 juillet 1981 portant création d'un Conseil supérieur national des personnes handicapées prévoit que le Conseil est chargé de l'examen de tous les problèmes relatifs aux personnes handicapées, qui relèvent de la compétence fédérale. Le conseil est également habilité, de sa propre initiative ou à la demande des Ministres compétents, à donner des avis ou à faire des propositions sur ces sujets, entre autres en vue de la rationalisation et de la coordination des dispositions légales et réglementaires.

La Commission d'aide sociale aux personnes handicapées émet un avis sur des cas individuels qui lui sont soumis par le Ministre, en ce qui concerne la non-récupération des allocations versées indûment.

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

Service public fédéral Sécurité sociale
Direction générale Personnes handicapées
Centre Administratif Botanique
Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 150
1000 Bruxelles

Section 2. Législation et réglementation

Les textes relatifs au régime des allocations aux personnes handicapées les plus importants sont :

- la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- l'A.R. du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration ;
- l'A.R. du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées ;
- l'A.R. du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière d'allocations aux personnes handicapées ;
- l'A.R. du 17 juillet 2006 exécutant l'article 4, §2, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- 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.

Section 3. Publications

- Brochure « Allocation de remplacement de revenus et allocation d'intégration » ;
- Brochure « Allocation pour l'aide aux personnes âgées » ;
- Brochure « Les mesures pour les personnes handicapées en un clin d'œil » ;
- Brochure « Carte de stationnement pour personnes handicapées » ;
- Brochure « Carte nationale de réduction sur les transports en commun pour personnes aveugles ou mal-voyantes » ;
- Dépliant « Ce que nous pouvons faire pour vous » ;
- Dépliant « Votre visite médicale à la direction générale personnes handicapées » ;
- Rapport annuel de la Direction générale des personnes handicapées ;
- D'autres publications sont également disponibles sous format électronique sur le site internet : http://www.handicap.fgov.be

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 (CPAS) 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 CPAS.

Il y a 589 CPAS en Belgique. En règle générale, le droit à l'intégration sociale est octroyé par le CPAS 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, le cas échéant, l'aide sociale.

II. Conditions d'octroi

Section 1. La condition de nationalité

Le droit à l'intégration sociale est reconnu aux :
- personnes ayant la nationalité belge ;
- citoyens de l'Union européenne, ou les membres de leur famille qui les accompagnent ou les rejoignent, qui bénéficient d'un droit de séjour de plus de trois mois, conformément aux dispositions de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement, et l'éloignement des étrangers ;
- étrangers qui sont inscrits au Registre des étrangers ;
- 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 CPAS de prendre en compte ou non les ressources des personnes précitées. Le CPAS 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)[565] 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.

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).

565 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 CPAS devra alors envisager l'octroi d'une aide sociale financière.

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 fraction 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 :
- 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, chapitre 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 225,44 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 2.705,22 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 62,88 EUR par mois pour les jeunes qui bénéficient d'une bourse d'études et d'un montant de 225,44 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'action 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 mise 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[566] 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).

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).

566 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.

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 instruments 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 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'équité, 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 mai 2011 s'élèvent à :

Catégories	Montant annuel	Montant mensuel
1	6.284,87 EUR	523,74 EUR
2	9.427,30 EUR	785,61 EUR
3	12.569,74 EUR	1.047,48 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 préjudicié 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 le coût 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 CPAS.

Les demandes sont introduites, soit par écrit, soit oralement en se rendant à la permanence du CPAS 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 CPAS 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 CPAS 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 CPAS auprès du tribunal du travail de son domicile. Le délai de recours est de trois mois suivant la notification de la décision ou de la constatation de l'absence de décision du centre dans le délai dont le CPAS dispose pour prendre une décision.

VI. Subventions

L'Etat fédéral accorde aux CPAS 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 CPAS et indirectement donc à charge de la commune.
Les CPAS qui disposent de subventions majorées sont les CPAS 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 CPAS 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 deux ans 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% pour une période maximale de cinq ans 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 23.117,23 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 maximal 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 : à partir du 1er juillet 2007, une subvention de 320 EUR par dossier sur une base annuelle est octroyée au CPAS comme intervention dans les frais de personnel, à certaines conditions.

VII. Renseignements généraux

A. Adresses utiles

Le CPAS de votre commune

SPP Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté et Economie sociale
Boulevard Albert II, 30
1000 Bruxelles
www.mi-is.be
Tél.: (02) 508 85 86
Fax : (02) 508 86 18
E-mail : question@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 CPAS (le personnel, l'administration, la gestion et le financement du CPAS ainsi que la tutelle).

Les conditions d'ouverture du droit à l'aide sociale du citoyen de l'Union et des membres de sa famille ont été modifiées et sont entrées en vigueur le 28 février 2012. En effet, l'article 57quinquies de la loi organique du 8 juillet 1976 des CPAS a renforcé les conditions d' ouverture de leur droit à l'aide sociale. Il s'agit de la transposition en droit belge d'une faculté offerte aux états membres par la directive 2004/38/CE relative à la libre circulation.

Suite à cette modification législative, pendant les trois premiers mois de séjour sur le territoire belge, le citoyen de l'Union et les membres de sa famille ne peuvent plus prétendre au droit à l'aide sociale. Cette période est plus longue lorsqu'il s'agit d'un citoyen de l'Union qui se trouve sur le territoire belge en qualité de chercheur d'emploi et des membres de sa famille. En effet, ces derniers ne peuvent pas prétendre au droit à l'aide sociale pendant toute la période au cours de laquelle le citoyen de l'Union a cette qualité de chercheur d'emploi.

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 CPAS, et la manière dont le CPAS 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 CPAS 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 bénéficiaire, 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. Lorsque le patrimoine du bénéficiaire de cette aide a été diminué volontairement de façon notable au cours des cinq dernières années précédant le début de l'aide sociale ou pendant la période d'octroi de l'aide sociale, le CPAS peut néanmoins recouvrer exceptionnellement l'aide sociale auprès des débiteurs d'aliments.

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, à peine de déchéance, être introduit dans les trois mois soit de la notification de la décision, soit de la date de l'accusé de réception. En cas d'absence de décision du CPAS dans le délai dont le CPAS dispose pour prendre une décision, le recours doit, à peine de déchéance, être introduit dans les trois mois de la constatation de l'absence de décision du CPAS.

III. Subventions

L'Etat fédéral intervient financièrement dans les frais de l'aide sociale octroyée par les CPAS, 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 Roi Albert II, 30
1000 Bruxelles
www.mi-is.be
Tél.: (02) 508 85 86
Fax : (02) 508 86 18
E-mail : question@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'aide 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'aide 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 et 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 tout d'abord les accidents du travail. Ensuite, après la deuxième guerre mondiale, le champ d'application de ceux-ci a été élargi : certaines conventions ont désormais porté sur l'ensemble des 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 toutefois 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.

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 dite « générales » lorsqu'elles couvrent à l'égard des pays contractants, l'ensemble des législations nationales de sécurité sociale 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 également aux travailleurs indépendants ainsi qu'aux marins.

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 tendent à atténuer les désavantages de la migration en répondant à certains objectifs fondamentaux, à savoir :

- assurer l'égalité de traitement des personnes visées 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 des conventions de 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 belges 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 ;
- 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.

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 dans un certain nombre de cas par la législation 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.

On procède à trois calculs: pour la prestation nationale, le montant théorique et la prestation proportionnelle. Ensuite, le montant de la prestation nationale et celui de la prestation proportionnelle sont comparés, et la personne a droit au montant le plus favorable.

- La prestation nationale est le montant auquel la personne a droit sur base des périodes d'assurance accomplies suivant la législation nationale du pays qui effectue le calcul ;
- le montant théorique est celui auquel la personne pourrait prétendre si, en plus des périodes précitées, toutes les périodes étrangères admises avaient également été accomplies dans le système national. 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 prestation proportionnelle s'obtient en multipliant le montant théorique par une fraction. Celui-ci a pour numérateur la durée des périodes accomplies dans le pays qui effectue le calcul. Le dénominateur comprend la durée totale de toutes les périodes prises en considération lors de la détermination du montant théorique.

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 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, la législation belge en matière de sécurité sociale repose, en général, sur le principe de la territorialité. Cela veut 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 socioéconomiques. 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 leur 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 dans lequel résident les 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 relatives au 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 alors 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 autre 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. 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 le 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.

Avec l'application du nouveau règlement n° 883/2004, l'Accord rhénan ne sera plus applicable entre les Etats signataires qui sont également membres de l'Union européenne (B, D, F, L, NL), car contrairement à l'ancienne réglementation (CE) n° 1408/71, la nouvelle réglementation ne prévoit plus la primauté de l'Accord rhénan.

Compte tenu de la longue tradition et du caractère particulier de la navigation rhénane, les États signataires de l'Accord rhénan qui sont également membres de l'Union européenne ont toutefois conclu l'« Accord relatif à la détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans, conclu sur la base de l'article 16 § 1 du Règlement (CE) n° 883/2004 » (Accord dérogatoire relatif à la législation applicable aux bateliers rhénans), lequel est entré en vigueur le 11 février 2011 et s'applique à partir du 1er mai 2010.

Conformément à cet accord, les personnels navigants travaillant sur le Rhin restent rattachés au régime de sécurité sociale de l'Etat membre sur le territoire duquel est établie l'entreprise ou la société qui assure effectivement l'exploitation du bateau.

La Suisse a décidé d'appliquer le Règlement 883/2004 à compter du 1er avril 2012 et est devenue partie à l'Accord dérogatoire par un avenant entré en vigueur le 8 août 2012, avec application rétroactive à compter du 1er avril 2012.

Pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant hors du territoire de l'Union européenne, l'Accord rhénan continue de s'appliquer dans l'ensemble des Etats contractants.

En ce qui concerne la législation applicable, les autorités compétentes ont conclu un accord sur la base de l'article 16 du Règlement UE 883/04.
Cet accord ne s'applique pas aux personnes qui exercent leur activité professionnelle à bord :

a) d'un bâtiment de mer reconnu comme tel par la législation de l'Etat dont il bat pavillon ;

b) d'un bâtiment employé exclusivement ou principalement dans un port fluvial ou maritime.

(1) Le batelier rhénan n'est soumis qu'à la législation d'un seul Etat signataire.

(2) Le batelier rhénan est soumis à la législation de l'Etat signataire sur le territoire duquel se trouve le siège de l'entreprise dont relève le bâtiment duquel ce batelier exerce son activité professionnelle.

(3) Si l'entreprise n'a pas de siège sur le territoire d'un État signataire, le batelier rhénan est soumis à la législation de l'Etat signataire sur le territoire duquel se trouve la succursale/représentation permanente de ladite entreprise.

(4) Si l'entreprise ou la société exploitant le bâtiment en cause, qui remplit les conditions posées par le Protocole additionnel n° 2 à la Convention révisée pour la navigation du Rhin, en date du 17 octobre 1979, en vue de son appartenance à la navigation du Rhin, n'a pas de siège, de succursale ou de représentation permanente sur le territoire d'un Etat signataire, la législation applicable sera celle de l'Etat signataire sur le territoire duquel se trouve le siège du propriétaire du bateau.

(5) Le batelier rhénan qui exploite son bateau au titre de sa propre entreprise est soumis à la législation de l'Etat signataire sur le territoire duquel est établi le siège de son entreprise. Si son entreprise n'a pas de siège sur le territoire d'un Etat signataire, ce batelier rhénan, ainsi que tout autre batelier rhénan qui exerce son activité professionnelle à bord de ce bateau, est soumis à la législation de l'Etat signataire sur le territoire duquel se trouve le lieu d'immatriculation ou le port d'attache dudit bateau.

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 (47 pays au 1 juillet 2011) : l'Albanie, l'Allemagne, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Géorgie, la Grèce, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, le Liechtenstein, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, La Moldavie, Monaco, le Monténégro, 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 Serbie, 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 1 juillet 2012, 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 Estonie.

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 1 juillet 2011, 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) les relations entre les 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, et 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 de 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 1 juillet 2012, cet accord a été ratifié par 18 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, 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 1 juillet 2012, 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 (actuel revenu d'intégration) ainsi que la loi du 8 juillet 1976 organique des Centres publics d'aide sociale.

Section 4. Union européenne

A. Les sources du droit de l'Union concernant la coordination des régimes nationaux de sécurité sociale

1. Le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne[567]

Les articles 45 à 48 du Traité sur le fonctionnement de l'Union (TFUE) européenne, garantissent la libre circulation des travailleurs 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.

567 Traité signé à Rome le 25 mai 1957 et modifié en dernier lieu par le Traité de Lisbonne, signé le 13 décembre 2007 et entré en vigueur le 1er décembre 2009.

Dans ce but, l'article 48 stipule que :

« Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, adoptent, 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 salariés et non salariés et à leurs ayants droit :

- 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 ;
- le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des Etats membres.

Lorsqu'un membre du Conseil déclare qu'un projet d'acte législatif visé au premier alinéa porterait atteinte à des aspects importants de son système de sécurité sociale, notamment pour ce qui est du champ d'application, du coût ou de la structure financière, ou en affecterait l'équilibre financier, il peut demander que le Conseil européen soit saisi. Dans ce cas, la procédure législative ordinaire est suspendue. Après discussion et dans un délai de quatre mois à compter de cette suspension, le Conseil européen :

a) renvoie le projet au Conseil, ce qui met fin à la suspension de la procédure législative ordinaire, ou

b) n'agit pas ou demande à la commission de présenter une nouvelle proposition, dans ce cas, l'acte initialement proposé est réputé non adopté.

Sur cette base juridique, le Parlement et le Conseil de l'Union européenne ont adopté un règlement qui prévoit la coordination des systèmes nationaux de sécurité sociale et non leur harmonisation.

Les Etats membres demeurent souverains d'organiser leurs régimes de sécurité sociale.

2. Les règlements du Conseil

En vertu dudit article 48[568], le législateur a notamment adopté :

Le Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale[569] ;
Le Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil, du 16 septembre 2009, fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale[570].

568 Ainsi que de l'article 352 TFUE qui permet de prendre les mesures appropriées dans le domaine de la sécurité sociale pour des personnes autres que les travailleurs salariés.
569 JO L 314 du 7 juin 2004.
570 Journal officiel L 284 du 30 octobre 2009.

Ces nouveaux règlements de coordination remplacent depuis le 1er mai 2010 les anciens règlements n° 1408/71 et 574/72. Depuis le 1er janvier 2011, ils ont été étendus aux ressortissants d'Etats tiers à l'Union européenne, résidant régulièrement sur le territoire d'un Etat membre[571].

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[572].
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[573].

4. Les actes de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale

Le Règlement (CE) n° 883/2004 institue une commission appelée « Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale ». 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.

Les décisions d'interprétation doivent faire l'objet d'une publication au Journal officiel de l'Union européenne.

B. Les Règlements (C.E.) n° 883/2004 et 987/2009

Les règlements s'appliquent aux 27 Etats membres de l'Union européenne.
Ils sont également applicables à la Suisse (depuis le 1er avril 2012), ainsi qu'à la Norvège, l'Islande et le Liechtenstein (depuis le 1er juin 2012).

1. Champ d'application

1.1. Champ d'application personnel

Les règlements concernent l'ensemble des citoyens européens, les réfugiés et apatrides résidant dans un Etat membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs Etats membres ainsi que les membres de leur famille et leurs survivants.

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

571 Règlement (UE) n° 1231/2010 du Parlement et du Conseil du 24 novembre 2010 visant à étendre le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement n° 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité. JO l 344 DU 29 décembre 2010.
572 Articles 256 et 267 TFUE.
573 Article 258 TFUE.

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 et du Royaume-Uni[574] qui ne sont pas liés par le règlement (UE) n° 1231/2010. Elle ne s'applique pas aux Etats parties à l'accord sur l'Espace Economique 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.

1.2. Champ d'application matériel

Le Règlement 883/2004 s'applique à toutes les législations relatives aux branches de la sécurité sociale qui concernent la maladie, y compris les soins de longue durée, les prestations de maternité et paternité assimilées, l'invalidité, la vieillesse, les survivants, les accidents du travail, les maladies professionnelles, le chômage, la préretraite, les prestations familiales et les allocations de décès.

Il vise tous les régimes légaux de sécurité sociale, contributifs ou non, généraux ou spéciaux, y compris les régimes spéciaux de fonctionnaires.

Sont en revanche exclus : l'assistance sociale et médicale, les régimes de prestations en faveur des victimes de la guerre ou de ses conséquences. Les régimes conventionnels de sécurité sociale (à différencier des régimes facultatifs) sont également exclus sauf déclaration d'un Etat membre.

2. Coexistence du Règlement et des Traités internationaux

2.1. Principe

Dans son champ d'application, le règlement de coordination se substitue à toute convention de sécurité sociale applicable entre les Etats membres.

2.2. Exceptions

Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale que les États membres ont conclues avant le 1er mai 2010 restent applicables, pour autant qu'/que :

- elles soient plus favorables pour les bénéficiaires ou si elles découlent de circonstances historiques spécifiques et ont un effet limité dans le temps ;
- ces dispositions figurent à l'annexe II du règlement 883/2004.

574 A noter cependant que le Royaume-Uni demeure lié au règlement (CE) n° 859/2003 portant extension des anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et n° 574/72 aux ressortissants d'Etats tiers.

3. Principe de coordination

3.1. Egalité de traitement et assimilation des faits

A moins que le règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci.

A partir du principe d'égalité de traitement se déduit également celui de l'assimilation des faits, événements, prestations, revenus, qui dispose que :

- si, en vertu de la législation de l'État membre compétent, le bénéfice de prestations de sécurité sociale ou d'autres revenus produit certains effets juridiques, les dispositions en cause de cette législation sont également applicables en cas de bénéfice de prestations équivalentes acquises en vertu de la législation d'un autre État membre ou de revenus acquis dans un autre État membre ;
- si, en vertu de la législation de l'État membre compétent, des effets juridiques sont attribués à la survenance de certains faits ou événements, cet État membre tient compte des faits ou événements semblables survenus dans tout autre État membre comme si ceux-ci étaient survenus sur son propre territoire.

3.2. Maintien des droits en cours d'acquisition et des droits acquis

Le Règlement règle la question de la conservation des droits en cours d'acquisition par le principe de la totalisation. La totalisation des périodes d'assurance permet de prendre en compte les périodes d'assurance accomplies dans la législation d'un autre État membre :

- 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 (titulaire ou ayant droit) réside sur le territoire d'un Etat membre autre que l'Etat compétent (principe de l'exportabilité des prestations).

3.3. Non-cumul des prestations

A moins qu'il n'en dispose autrement, le règlement 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.

3.4. Législation applicable

a) Principe

Les travailleurs auxquels les règlements sont applicables sont soumis à la législation d'un seul Etat membre. 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 ;
- celle de l'État membre dans lequel se trouve la base d'affectation, pour le membre de l'équipage de conduite ou de l'équipage de cabine assurant des services de transport aérien de voyageurs ou de fret.

b) Cas particuliers

Les travailleurs détachés

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/qu' :

- 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 24 mois.
Cependant, cette période peut être prolongée.

La personne qui exerce normalement une activité salariée dans deux ou plusieurs Etats membres est soumise :

1° à la législation de l'Etat membre de résidence, si elle exerce une partie substantielle de son activité dans cet Etat membre ou si elle dépend de plusieurs entreprises ou de plusieurs employeurs ayant leur siège social ou leur siège d'exploitation dans différents Etats membres ;

ou

2° à la législation de l'Etat membre dans lequel l'entreprise ou l'employeur qui l'emploie a son siège ou son domicile, si la personne n'exerce pas une partie substantielle de ses activités dans l'Etat membre de résidence.

La personne qui exerce normalement une activité non salariée dans deux ou plusieurs Etats membres est soumise :
1° à la législation de l'Etat membre de résidence, si elle exerce une partie substantielle de son activité dans cet Etat membre ;
ou
2° à la législation de l'Etat membre dans lequel se situe le centre d'intérêt de ses activités, si la personne ne réside pas dans l'un des Etats membre où elle exerce une partie substantielle de son activité.

La personne qui exerce normalement une activité salariée et une activité non salariée dans différents Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre dans lequel elle exerce une activité salariée ou, si elle exerce une telle activité dans deux ou plusieurs Etats membres, à la législation applicable à la personne qui exerce normalement une activité salariée dans deux ou plusieurs Etats membres.

Les personnes visées ci-dessus sont traitées, aux fins de la législation déterminée conformément à ces dispositions, comme si elles exerçaient l'ensemble de leurs activités salariées ou non salariées et percevaient la totalité de leurs revenus dans l'Etat membre concerné.

Une personne employée comme fonctionnaire dans un Etat membre et qui exerce une activité salariée et/ou non salariée dans un ou plusieurs Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre dont relève l'administration qui l'emploie.

Les agents contractuels des Communautés européennes peuvent choisir entre l'application de la législation de l'Etat membre dans lequel ils sont occupés et l'application de la législation de l'Etat membre à laquelle ils ont été soumis en dernier lieu ou de l'Etat membre dont ils sont ressortissants, en ce qui concerne les dispositions autres que celles relatives aux allocations familiales servies au titre du régime applicable à ces agents. Ce droit d'option, qui ne peut être exercé qu'une seule fois, prend effet à la date d'entrée en service.

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[575]

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.

575 Article 16 du Règlement (CE) n° 883/04.

4. Service des prestations

4.1. Assurance maladie et maternité

a) Prestations en nature

Les prestations en nature sont celles prévues par la législation d'un État membre qui sont destinées à fournir, mettre à disposition, prendre en charge ou rembourser des soins de nature médicale et des produits et services annexes à ces soins, y compris les prestations en nature pour les soins de longue durée.

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[576] :

- Séjour temporaire dans un Etat membre autre que l'Etat compétent

Dans cette situation, les personnes assurées et les membres de leur famille, ont le droit aux prestations en nature qui au cours du séjour s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des soins et de la durée prévue du séjour. Le but est que la personne concernée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, son État membre compétent pour y recevoir le traitement. Ces prestations sont servies (pour le compte de l'institution compétente) par l'institution du lieu de séjour, selon les conditions et tarifs prévus par sa propre législation, comme si les personnes concernées y étaient assurées.

- Résidence dans un Etat membre autre que l'Etat compétent

Dans cette situation, les personnes assurées et les membres de leur famille bénéficient de l'ensemble des prestations en nature prévues par la législation de leur Etat de résidence. Cet Etat sert les prestations (pour le compte de l'Etat compétent) selon les conditions et tarifs prévus par sa propre législation, comme si les personnes concernées y étaient assurées.

- Déplacement à l'étranger pour y recevoir des soins

Les personnes assurées et les membres de leur famille qui se rendent dans un autre État membre pour y recevoir un traitement adapté à leur état, bénéficient des prestations en nature correspondantes, à condition d'en avoir reçu l'autorisation préalable de la part de l'institution compétente.

576 Pour un aperçu plus détaillé des différentes situations existantes, voir la brochure de la Commission européenne « la coordination des soins de santé en Europe, droits des personnes assurées et des membres de leur famille selon les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n°987/2009 », disponible sous : http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6834&langId=fr

Ces prestations sont servies par l'institution du lieu de séjour selon les conditions, modalités et tarifs de la législation que cette institution applique, comme si les intéressés étaient assurés en vertu de cette législation.
L'autorisation doit être demandée à l'institution compétente préalablement au traitement. L'autorisation ne peut pas être refusée lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- les soins programmés figurent parmi les prestations prévues par la législation de l'État compétent ; et
- ces soins ne peuvent être dispensés à la personne concernée sur le territoire de l'État compétent dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état de santé et de l'évolution probable de la maladie.

b) Les prestations en espèces

Parmi les prestations en espèces, on trouve les indemnités d'incapacité de travail pour cause de maladie, ou les prestations pour soins de longue durée (allocations de dépendance).
Ces prestations sont versées par l'institution de l'Etat compétent, quel que soit le lieu de résidence/séjour de l'assuré. L'institution compétente peut demander à l'institution du lieu résidence/séjour de faire procéder à des contrôles administratifs ou médicaux. Elle peut également faire examiner la personne assurée par un médecin de son choix.

4.2. Invalidité

Le Règlement prévoit deux modes de calcul lorsque l'intéressé a été successivement ou alternativement soumis à deux ou plusieurs régimes.

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'invalidité. La prestation est entièrement à charge de cet Etat. Cette méthode ne s'applique qu'à certains régimes énumérés à l'annexe VI du Règlement 883/2004, à savoir les régimes des pays suivants : République tchèque, Estonie, Irlande, Grèce, Lettonie, Finlande, Suède et Royaume-Uni.

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

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'institution de pension compétente 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

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 sont prises en considération.

- 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. 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. Celle-ci a pour numérateur la durée des périodes belges. 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

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle qui réside/séjourne dans autre Etat que l'État compétent, bénéficie des prestations en nature[577] servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence/séjour selon les dispositions de la législation qu'elle applique.

Les indemnités sont payées par l'institution compétente.

4.5. Chômage

Sous certaines conditions, le travailleur en chômage complet peut conserver durant trois mois (prolongeables jusqu'au maximum de 6 mois) le bénéfice de ses allocations de chômage lorsqu'il se rend sur le territoire d'un autre Etat membre pour y chercher du travail. Les prestations sont servies par l'institution compétente selon la législation qu'elle s'applique.

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.

4.6. Prestations familiales

La personne assurée a droit aux prestations familiales de l'institution d'affiliation pour les membres de sa famille qui résident dans un autre Etat membre. En cas de droits ouverts dans plusieurs pays, des règles de priorité désignent l'Etat responsable du versement. On retient tout d'abord les droits ouverts au titre d'une activité professionnelle (ou situation assimilée, comme celle de chômeur indemnisé). Ensuite, les droits ouverts en qualité de pensionné. Enfin, les droits ouverts au titre de la résidence.

Si Les prestations versées par l'Etat compétent s'avèrent inférieures à celles de l'autre Etat où des droits sont également ouverts, ce second pays paiera, en principe, un supplément correspondant à la différence entre les deux allocations.

4.7. Les prestations spéciales à caractère non contributif

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 du règlement. Elles ne dont donc pas exportables en dehors du territoire de l'État compétent.

Pour la Belgique sont inscrites dans cette annexe, la garantie de revenus aux personnes âgées (loi du 22 mars 2001) et l'allocation de remplacement de revenus (loi du 27 février 1987).

577 Soins médicaux et autres prestations en nature prévues par l''assurance accidents du travail ou maladies professionnelles.

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. (183 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, sécurité sociale, 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 minimale), 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° 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 188 conventions de l'O.I.T. existant au 1 juillet 2012, la Belgique en a ratifié 96.

Pour la 100ème session (1er au 17 juin 2011) de la Conférence internationale, en période de « tourmente » dans le monde du travail, un accent particulier a été placé sur la Sécurité sociale. Parlement mondial du travail, la C.T.T. rassemble les représentants gouvernementaux, des employeurs et des travailleurs de 183 Etats.
Les conclusions de la Commission sur la protection sociale comportent de réels accents de « progrès social ».

Y sont mis en exergue :

La sécurité sociale, un Droit Humain (fondamental) : le texte renvoie à l'article 22 de la déclaration universelle des droits de l'homme.

Les dimensions horizontale (socle de protection sociale) et verticale (progression vers un système complet de protection sociale) sous-tendant tout système de sécurité sociale.
La nécessité de formalisation de l'emploi informel, et la nécessité de disposer de services d'inspection sociale efficaces et efficients.
Considérer que la meilleure sécurité de revenu est celle de pouvoir occuper un travail décent, avec un encadrement de mesures personnalisées et par de réelles formations à charge des employeurs pour la réhabilitation des travailleurs avec une diminution de capacité de gain.
Le rôle essentiel du tripartisme (employeurs, travailleurs, gouvernements) et du dialogue social est placé au centre de toute politique de protection sociale.
La sécurité sociale, une nécessité économique. La sécurité sociale « essentielle pour garantir à tous une juste part des fruits du progrès ». Son rôle de stabilisateur

économique et social automatique en temps de crise est reconnu par tous, y compris par des institutions internationales telles que la Banque mondiale ou le Fonds Monétaire international. La sécurité sociale constitue un investissement dans l'humain et permet la croissance économique (le « cercle vertueux » souligné dans le rapport du BIT).

Les Etats membres sont incités à « mettre en place des services publics de qualité à l'appui de systèmes de sécurité sociale efficaces » ainsi qu'à « adopter des politiques permettant à tous les travailleurs y compris ceux qui occupent des emplois atypiques, de bénéficier de la sécurité sociale ».

Reconnaissance de la nécessité de faciliter la conciliation des responsabilités professionnelles et familiales pour les femmes et les hommes, et assurer un accès affectif à des services sociaux complets pour les groupes de personne vulnérables (travailleurs ruraux, victimes du HIV, femmes).

Fins de carrière : les mesures visant à promouvoir l'emploi des travailleurs âgés envisagées sont l'investissement dans les technologies, des mesures de santé et sécurité au travail, la suppression des discriminations liées à l'âge et la mise en place de modalités de travail innovantes en cas de structurations.

La fixation de l'âge de départ à la pension devrait se faire sur base du dialogue social et du tripartisme et tenir compte des conditions de travail et du nombre d'année de travail. La retraite est, en outre, reconnue comme une étape légitime du cycle de la vie.

La volonté de promouvoir (rapidement) la ratification de la convention (minimale) n° 102 sur la sécurité sociale.

Enfin, le texte contient l'engagement de négocier une éventuelle recommandation sur les socles de protection sociale en juin 2012 lors de la prochaine Conférence Internationale du Travail. La recommandation a été adoptée.

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 1 juillet 2011, 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 01/07/2012, 13 Etats ont ratifié le Protocole additionnel : Belgique, Croatie, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Hongrie, 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 1er juillet 2012, 18 Etats avaient signé la Charte sociale européenne révisée, dont la Belgique. 27 Etats ont ratifié la Charte révisée, à savoir : l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Autriche, l'Azerbaïdjan, la Belgique, la Bosnie-Herzégovine, la Bulgarie, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, la Géorgie, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lituanie, Malte, la Moldavie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède, la Turquie et l'Ukraine.

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 1er juillet 2011, 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, Roumanie, 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 minimale 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 1 juillet 2012, été ratifié que par les Pays-Bas. Pour qu'il puisse entrer en vigueur, il faut qu'il soit ratifié par au moins 2 États. Néanmoins, quatorze Etats, dont la Belgique, l'ont déjà signé.

III. Union européenne

Section 1. La Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs

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 »[578].

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.

Les dispositions de la charte ont été reprises par le traité de Lisbonne (article 151 TFUE) et par la .

Section 2. Directives[579]

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[580]

Cette directive vise à réaliser le principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes légaux de sécurité sociale.

578 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.

579 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.

580 J.O.C.E. n° L 5 du 10 janvier 1979.

Les prestations de survivants et les prestations familiales ne sont pas concernées[581]. 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.

B. Directive 2010/41/UE concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, et abrogeant la Directive 86/613/CCE du Conseil[582]

Le 7 juillet 2010, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne ont adopté la Directive 2010/41/UE concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante. Cette directive révise et remplace la Directive 86/613/CEE sur l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante et constitue l'une des mesures prises dans le cadre de la « Feuille de route pour l'égalité entre les femmes et les hommes » : d'un point de vue plus spécifique, cette nouvelle directive doit contribuer à mieux concilier vie privée et vie professionnelle.

C. Directive 92/85/CEE 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[583]

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.

Le 3 octobre 2008, la Commission a présenté une proposition de Directive du Parlement européen et du Conseil portant modification de la Directive 92/85/CEE du Conseil 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[584].

581 Article 3 de la Directive 79/7.
582 J.O.C.E. n° L 180/1 du 15 juillet 2010.
583 J.O.C.E. n° L 348 du 28 novembre 1992.
584 COM (2008) 637 2088/0193/COD.

D. Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en oeuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (refonte)[585]

Cette Directive vise à clarifier et à simplifier la législation communautaire relative à l'égalité des chances entre hommes et femmes en matière de travail et d'emploi en actualisant la législation et en fusionnant en un seul texte les dispositions des sept directives relatives à cette matière. Le but de cette refonte est d'une part de garantir l'application effective du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en ce qui concerne la rémunération, l'accès à l'emploi, la formation professionnelle, les conditions de travail, les régimes professionnels de sécurité sociale et d'autre part de veiller au respect du principe de la charge de la preuve dans les cas de discrimination fondée sur le sexe. Le résultat est un texte unique constituant une base cohérente et composé sur la base de Directives consolidées subdivisées en différents chapitres.

Sept Directives sont abrogées à compter du 15 août 2009 :

- Directive 75/117/CEE sur l'égalité des rémunération ;
- Directive 76/207/CEE (modifiée par la Directive 2002/73/CE) 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 er à la promotion professionnelles, et les conditions de travail ;
- Directive 86/378/CE (modifiée par la Directive 96/97/CE) relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale ;
- Directive 97/80/CE (modifiée par le Directive 98/52/CE) relative à la charge de la preuve dans les cas de discrimination fondée sur le sexe.

E. 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[586]

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 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

585 J.O.C.E. n° L 2004/23 du 26 juillet 2006.
586 J.O.C.E. n° L 209 du 25 juillet 1998.

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[587]

A. Recommandation du Conseil du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale[588]

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[589].

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[590]

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 »[580] 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 »[581].

587 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 ».
588 J.O.C.E. n° L 245 du 26 août 1992.
589 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.
590 J.O.C.E. n° L 245 du 26 août 1992.
580 Point I, A, de la Recommandation.
581 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, à 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 16 décembre 1966 et est entré en vigueur le 3 janvier 1976.

Au 1er juillet 2012, 229 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.

Dans le cadre de l'Organisation des Nations-Unies, la Convention sur les droits des personnes handicapées a également été adoptée le 13 décembre 2006. Cette Convention est un instrument très important, car elle dépasse la vision simplement médicale du handicap et affirme qu'un handicap est quelque chose qui empêche les personnes handicapées de participer pleinement à la vie en société et d'être sur un pied d'égalité avec les autres personnes en matière de droits. La Convention reconnaît ainsi que les personnes handicapées disposent de droits de l'homme comme tout le monde.

Suite à la ratification de cette Convention par les différents parlements, celle-ci est entrée en vigueur en Belgique depuis juillet 2009. La Belgique s'est donc engagée à garantir les droits des personnes handicapées, à les prendre en compte dans l'élaboration des politiques, et à éliminer toutes formes de discrimination à leur égard.

La Belgique a aussi signé un « protocole » qui s'ajoute à la Convention. Ce dernier reconnaît la compétence du Comité des personnes handicapées (comité créé auprès du secrétaire général de l'ONU et composé d'experts indépendants), et permet à des particuliers ou groupes de particuliers de s'adresser directement au Comité s'ils estiment que leur Etat ne respecte pas la Convention (après avoir introduit tous les recours possibles dans cet Etat).

La Convention de l'ONU défend le passage d'une vision médicale à une vision sociale du handicap. Cette dernière aborde le handicap comme un manque d'adaptation de notre société (considéré comme des barrières sociales) face aux droits et aux situations

spécifiques des personnes handicapées. Les différentes dispositions de la Convention visent donc à éliminer ces barrières :

- les articles 1 à 7 inclus décrivent l'objectif et le groupe cible ; il importe de souligner que les articles 6 et 7 traitent distinctement respectivement des femmes handicapées et des enfants handicapés ;
- les articles 8 et 9 soulignent la sensibilisation, la perception et l'accessibilité à l'égard des personnes handicapées ;
- les articles 10 à 17 inclus traitent des droits des personnes handicapées en tant qu'individus ;
- les articles 18 à 20 inclus mettent l'accent sur l'autonomie de vie des personnes handicapées ;
- les articles 21 à 23 inclus abordent la liberté d'expression, l'accès à l'information, le respect de la vie privée et le droit à une vie familiale normale ;
- les articles 24 à 27 inclus insistent sur le droit à l'éducation, à la santé, à la réadaptation et au travail en toute égalité par rapport aux autres personnes ;
- l'article 28: le droit à un niveau de vie adéquat et à la protection sociale ;
- l'article 29: le droit à la participation à la vie politique et publique ;
- l'article 30: les personnes handicapées ont le droit de participer en toute égalité à la vie culturelle et récréative, aux loisirs et aux sports ;
- les articles 31 à 50 inclus ont trait aux procédures permettant de contrôler l'exécution de la Convention ; l'article 33 est important à ce sujet: il oblige les parties contractantes à mettre en place des structures nationales qui doivent veiller à la mise en œuvre de la Convention. Elles doivent ainsi
    - o désigner, au sein de leur organisation administrative, un ou plusieurs points de contact pour les questions relatives à l'application de cette Convention et envisager dûment de créer, au sein de leur administration, un dispositif de coordination chargé de faciliter les actions liées à cette application dans différents secteurs et à différents niveaux ; en Belgique, des points de contact ont été créés auprès de l'autorité fédérale et au niveau des communautés et régions ; le SPF Sécurité sociale a été désigné comme dispositif de coordination fédéral et interfédéral ;
    - o désigner, maintenir ou renforcer un dispositif, y compris un ou plusieurs mécanismes indépendants, afin de promouvoir, de protéger et d'assurer le suivi de l'application de la Convention ; cette tâche a été confiée au Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme.

La participation de la société civile est, elle aussi, essentielle: elle doit être associée et participer pleinement au processus de suivi.

Comme d'autres Conventions ONU, la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées impose une obligation de rédaction de rapports. La Belgique a soumis son premier rapport en juillet 2011. Ce rapport comporte, article par article, les mesures prises en Belgique en vue de la mise en œuvre de la Convention et des droits des personnes handicapées. Toutes les autorités ont fourni une contribution à cet effet et la société civile a également été associée à ce processus.

V. 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. et 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, RBSS, 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, 2010, 62 p.

- Voorlichtingsbrochure ten behoeve van Nederlandse grensarbeiders in België, Bruxelles, BENELUX, 2010, 74 p.
- MISSOC, La protection sociale dans les Etats membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen et en Suisse, Bruxelles, Commission européenne, 2008. http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_fr.htm
- 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.
- 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, 2008. http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_FR.asp
- Francis Kessler, Jean-Philippe Lhernould, Code annoté européen de la protection sociale, Groupe Revue Fiduciaire, 2003, 2ème édition, 990 p.
- Mémento pratique Francis Lefebvre, Union européenne, Ed. F. Lefebvre, 2004-2005, 1967 p.

VI. 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 algérienne démocratique et populaire + protocole	Bruxelles, 27/02/1968	03/07/1969	25/10/1969 et 21/10/1970	01/10/1969	Travailleurs salariés : - Assurance maladie-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Bruxelles, 16/02/1970	-	17/04/1970	16/02/1970 avec effet au 01/10/1969	
2. AUSTRALIE					
A. – Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et l'Australie	Canberra, 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 - En ce qui concerne - la législation applicable, la sécurité sociale s'applique dans son entièreté
- Arrangement administratif	Canberra, 10/05/2005	-	08/07/2005	01/07/2005	
B. – Convention sur l'assurance soins de santé entre le Royaume de Belgique et l'Australie	Canberra, 10/08/2006	12/02/2009	21/08/2009	01/09/2009	Travailleurs salariés et indépendants : - Assurance soins de santé
- Arrangement administratif	Canberra, 28/06/2007	-	31/08/2009	01/09/2009	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
3. BOSNIE-HERZEGOVINE					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la Bosnie-Herzegovine	Bruxelles, 06/03/2006	12/02/2009	21/06/2012	01/06/2009	Travailleurs salariés et indépendants : - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Sarajevo, 04/11/2008	-	03/07/2012 et 06/07/2012	01/06/2009	
4. CANADA					
- Accord de sécurité sociale entre la Belgique et le Canada	Bruxelles, 10/05/1984	06/08/1986	10/02/1987	01/01/1987	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	Ottawa, 06/11/1986	-	10/02/1987	01/01/1987	
5. QUEBEC					
- Convention générale entre le Royaume de Belgique et le Québec	Québec, 28/3/2006	11/03/2010	01/11/2010	22/10/2010	Travailleurs salariés et indépendants: - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangement administratif	Québec, 18/09/2008	-	01/11/2010	29/10/2010	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'approbation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
6. CHILI					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Chili	Bruxelles, 09/09/1996	13/06/1999	23/11/1999	01/11/1999	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	Bruxelles, 09/09/1996	-	23/11/1999	01/11/1999	
7. REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU 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	03/07/1969	08/09/1971	01/10/1971	Marins : - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Allocations familiales - Vacances annuelles - Accidents du travail - Maladies professionnelles
8. (République) COREE DU SUD					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République de Corée	Bruxelles, 05/07/2005	12/02/2009	19/06/2009	01/07/2009	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	Séoul, 08/01/2007	-	30/06/2009	01/07/2009	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
9. CROATIE					
- Convention sur la sécurité sociale entre le 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 - Maladies professionnelles - Chômage
- Arrangement administratif	Zagreb, 19/04/2002	-	29/07/2005	01/08/2005	
10. ETATS-UNIS					
- Convention de sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et les Etats-Unis d'Amerique + Protocole final	Washington, 19/02/1982	03/05/1984	30/06/1984	01/07/1984	Travailleurs salariés: - Pensions de retraite et de survie - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- 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	
11. INDE					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République d'Inde	New Delhi, 03/11/2006	12/02/2009	21/08/2009	01/09/2009	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	New Delhi, 15/12/2008	-	31/08/2009	01/09/2009	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
12. 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	Travailleurs salariés : - 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	
13. JAPON					
- Convention entre le Royaume de Belgique et le Japon sur la sécurité sociale	Bruxelles, 23/02/2005	16/05/2006	03/11/2006	01/01/2007	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	Tokyo, 14/09/2010		21/12/2006	01/01/2007	
14. (Ex-République Yougoslave de) MACEDOINE					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Gouvernement belge et le gouvernement de Macédoine	Bruxelles, 13/02/2007	12/02/2009	20/05/2009	01/06/2009	Travailleurs salariés et indépendants : - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Chômage - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangement administratif	Skopje, 19/03/2008	-	17/06/2009	01/06/2009	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
15. 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	01/08/1971	Travailleurs salariés: - Assurance maladie*-invalidité - Pensions de retraite et de survie - Accidents du travail - Maladies professionnelles - Allocations familiales - Chômage* (*) Application subordonnée à la conclusion d'un arrangement administratif
- Arrangement administratif	Bruxelles, 14/09/1972	-	15/02/1973	14/09/1972 avec effet au 01/08/1971	
	Rabat, 27/12/1978 (Marins)	-	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	
	Casablanca, 31/03/2000	-	09/06/2000	01/05/2000	
	Casablanca 07/10/2004	-	07/12/2004	01/01/2005	
16. PHILIPPINES					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République des Philippines	Manille, 07/12/2001	22/05/2005	22/07/2005	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	-	22/07/2005	01/08/2005	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
17. 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	Travailleurs salariés: - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Chômage - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangement administratif	Bruxelles, 25/07/1975		04/01/1958	25/07/1957 avec effet au 01/10/1956	
18. TUNISIE					
- Convention générale sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République tunisienne + Protocole	Tunis, 29/01/1975	04/08/1976	23/10/1976	01/11/1976	Travailleurs salariés: - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles
- Arrangement administratif	Bruxelles, 23/02/1977	-	03/08/1977	23/02/1977 avec effet au 01/11/1976	
	Bruxelles, 02/10/1992	-	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'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
19. 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	Travailleurs salariés et indépendants : - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Allocations 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	
20. URUGUAY					
- Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et la République Orientale de l'Uruguay	Montevideo, 22/11/2006	12/02/2009	22/07/2009	01/08/2009	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	Montevideo, 19/12/2007	-	04/08/2009	01/08/2009	

Titre	Date et lieu de la signature	Loi d'appro-bation	Moniteur belge	Entrée en vigueur	Législations visées
21. YOUGOSLAVIE					
Convention entre la Belgique et la Yougoslavie sur la sécurité sociale (cette convention reste applicable à la Serbie et le Monténégro)	Belgrade, 01/11/1954	04/07/1956	01/09/1956	01/10/1956	Travailleurs : - Pensions de retraite et de survie - Assurance maladie-invalidité - Chômage - Allocations familiales - Accidents du travail - Maladies professionnelles
	Bruxelles, 11/03/1968	27/02/1970	20/05/1970	01/06/1970	
- Arrangement administratif	01/06/1970		24/11/1970	01/06/1970	
	09/05/1973	-	08/06/1977	09/05/1973 sauf art.2 et 3 avec 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'Assurance 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
SPP	Service public de programmation

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
WIGW	Veuves, invalides, pensionnés, orphelins
XML	Extensible Markup Language

Aperçu de la
Sécurité sociale en Belgique

2012

Editeur responsable
Frank Van Massenhove

Dépôt légal
D/2013/11.857/8

ISSN
1375-4416

© 2013
SPF Sécurité sociale - Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, 1000 Bruxelles

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