



Service public fédéral
Sécurité sociale

**Mars
2015**

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Tout ce que vous avez
toujours voulu savoir

.be





**Mars
2015**

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir



Sommaire

• Préface	7
• Introduction	9
• Le financement	21
• Statistiques et budgets	31
• Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés	37
Les différentes branches de la sécurité sociale	41
• Les prestations familiales	43
• Le chômage	55
• Les pensions	69
• Les soins de santé	89
• Les indemnités pour maladie	103
• Les indemnités de maternité	109
• Les accidents du travail	115
• Les maladies professionnelles	123
• Les vacances annuelles	129
• L'assurance sociale en cas de faillite	137
• Aide en faveur des travailleurs indépendants après un accouchement, une adoption, une maladie grave de l'enfant ou des soins palliatifs	139
• Les aspects internationaux de la sécurité sociale	143
• L'aide sociale	151
• Les adresses et numéros de téléphone utiles	165



Préface

La sécurité sociale... Tout le monde en a déjà entendu parler. Dans cette brochure, nous voulons expliquer le système de sécurité sociale en Belgique et donner quelques renseignements sur les aspects internationaux de la sécurité sociale dans lesquels la Belgique est impliquée.

Concrètement, nous distinguons deux systèmes dans notre système de protection sociale, à savoir les "secteurs classiques" de la sécurité sociale et "l'aide sociale".

La sécurité sociale classique comporte sept branches :

1. les pensions de retraite et de survie ;
2. le chômage ;
3. l'assurance contre les accidents du travail ;
4. l'assurance contre les maladies professionnelles ;
5. les prestations familiales ;
6. l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;
7. les vacances annuelles.

Pour les travailleurs indépendants, il existe également une assurance sociale en cas de faillite et un régime d'aide à la maternité en faveur des travailleuses indépendantes.

Lorsque l'on parle de "**l'aide sociale**", également appelée les "régimes résiduaire", on entend :

- ♦ le revenu d'intégration (et l'aide sociale au sens large);
- ♦ la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- ♦ les prestations familiales garanties ;
- ♦ les allocations aux personnes handicapées.

L'ensemble du système de sécurité sociale classique est réparti entre un régime pour les **travailleurs salariés**, un régime pour les **travailleurs indépendants** et un régime pour les **fonctionnaires**. Le point de départ de cette brochure sera le régime des travailleurs salariés; ensuite, nous indiquerons toutes les différences par rapport aux autres régimes. En effet, la plupart d'entre nous relèvent du régime des travailleurs salariés.

Signalons que nous nous sommes limités principalement aux conditions et aux règles générales. Toutefois, des exceptions sont toujours possibles. Nous continuons à décrire les prestations familiales, bien que l'État fédéral ne soit plus directement compétent à ce sujet. À la fin de cette brochure, vous trouverez une liste d'adresses et de numéros de téléphone des institutions auxquelles vous pouvez vous adresser pour tout problème ou toute question.



Introduction

A. L'importance de la sécurité sociale

La notion la plus importante dans notre sécurité sociale est celle de la solidarité.
Solidarité entre...



Cette solidarité est garantie puisque

- ♦ les **actifs** doivent payer des cotisations proportionnellement à leurs revenus ;
- ♦ un important financement est assuré par la **collectivité**, c'est-à-dire par l'ensemble des citoyens ;
- ♦ les **syndicats, les mutualités et les organisations patronales** co-décident de diverses modalités du système.

Concrètement, la sécurité sociale assure **trois fonctions** :



- ♦ en cas de perte de salaire (chômage, pension, incapacité de travail), vous recevrez un **revenu de remplacement** ;
- ♦ vous recevrez un **supplément au revenu** si vous avez certaines "charges sociales" à supporter, telles que l'éducation d'enfants ou des frais de maladie ;
- ♦ en l'absence involontaire de revenu professionnel ou autre, des **prestations d'aide** sont versées.

B. Un peu d'histoire

Notre sécurité sociale n'a pas été construite en un jour. Elle est le résultat des différentes évolutions qui se sont succédées ces 150 dernières années et, dans le système actuel, il reste toujours des caractéristiques, des traces de chacune des périodes passées.

1860

L'origine de notre régime de sécurité sociale remonte à l'époque de la première révolution industrielle et de l'apparition du capitalisme. A partir de cette époque, la **pauvreté**, qui auparavant était toujours résolue dans la sphère familiale ou par des aumônes, **est désormais considérée comme un problème de société**. Cela a donné lieu à la création d'"Hospices civils" et des "Bureaux de Bienfaisance", les ancêtres de nos CPAS actuels (centres publics d'action sociale). Ensuite, en raison de la révolution industrielle, du fait que les ouvriers étaient obligés de travailler dans des usines, des risques spécifiques se sont présentés auxquels ils n'étaient pas confrontés avant, à savoir des maladies, l'incapacité de travail, le chômage, etc. Pour s'assurer contre ces nouveaux risques, les ouvriers ont créé eux-mêmes des "Sociétés d'assistance mutuelle". Ces caisses d'assurance mutuelle libres protégeaient les travailleurs affiliés contre les nouveaux risques sociaux. Ainsi, une indemnité était prévue en cas de chômage ou d'incapacité de travail du gagne-pain, lorsque l'ouvrier devenait trop vieux pour travailler, etc. Sous l'impulsion du mouvement naissant des ouvriers, ces sociétés locales d'assistance mutuelle se sont transformées en mutualités. Outre les initiatives des ouvriers eux-mêmes, certains employeurs d'inspiration chrétienne ont créé des caisses de prestations familiales, qui prévoyaient une allocation pour des ouvriers avec des enfants. Comme toutes ces initiatives étaient des matières privées, il n'était pas question que l'Etat cotise.

1886

Suite à la crise énorme qui engendra les grèves nationales de 1886, il devenait clair qu'**une intervention de l'Etat était indispensable**. A partir de 1891, l'Etat a accordé des subsides aux mutualités. Sur les plans financier et structurel, cette intervention de l'Etat a produit des effets positifs. Les différentes mutualités locales ont été regroupées et bénéficiaient de la sorte d'une gestion plus efficace. Ainsi se sont créées les "Unions nationales" que nous connaissons toujours. Pourtant, il s'agissait toujours d'une assurance libre et les ouvriers n'étaient pas obligés de participer.

1903

La première assurance obligatoire n'a vu le jour qu'en 1903. Il s'agissait de l'assurance contre les accidents du travail. Puis, l'ensemble des assurances obligatoires s'est fortement développé durant l'entre-deux-guerres. On en est venu à un système obligatoire tant pour les pensions de retraite et de survie et les maladies professionnelles que pour les prestations familiales et les vacances annuelles. Les travailleurs indépendants

n'étaient assurés obligatoirement que pour les prestations familiales depuis 1937. Les "risques sociaux" (maladie, invalidité et chômage) sont restés dans la sphère privée subventionnée des mutualités et des syndicats. Une autre démarche importante, entre les deux guerres mondiales, a été le vote de la première loi en vue d'un revenu garanti aux personnes handicapées.

1944

Durant la deuxième Guerre mondiale, des représentants des syndicats de travailleurs, des organisations patronales et quelques hauts fonctionnaires se sont réunis pour rédiger un "projet d'accord pour une solidarité sociale" à mettre en oeuvre après la guerre. En 1944, le pacte social était signé par ces trois parties. Ce **pacte social était basé sur deux grands piliers** : d'une part, **une paix sociale** entre les organisations syndicales et patronales et, d'autre part, **l'idée de solidarité** (l'assurance sociale pour les ouvriers devait permettre d'améliorer leurs conditions de vie). Le pacte social a finalement été une coordination technique de ce qui s'était développé de façon non structurée. Cependant, il a provoqué un certain nombre d'**innovations importantes** :

- ✦ toutes les assurances sociales (y compris l'assurance de chômage et l'assurance maladie-invalidité) sont devenues obligatoires pour tous les travailleurs ;
- ✦ le montant des allocations a été augmenté ;
- ✦ l'Office national de sécurité sociale a été créé comme organisme central de perception des cotisations ;
- ✦ la sécurité sociale serait gérée de façon paritaire, tant par les travailleurs que par les employeurs.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles, réglés par des assurances privées, et la politique des handicapés, financée par les impôts, ne figuraient pas dans ce pacte social. Il est important de rappeler que ce pacte social ne concernait que les travailleurs salariés et non pas les travailleurs indépendants.

1956

Les prestations familiales étaient déjà obligatoires pour les travailleurs indépendants depuis 1937. L'assurance obligatoire dans les autres régimes, telles que l'assurance contre la vieillesse et celle des soins de santé, date de bien plus tard. En 1956, une assurance pension obligatoire a été imposée, et, huit ans plus tard, les travailleurs indépendants ont dû s'assurer obligatoirement contre les gros risques en matière de soins de santé. Ce n'est qu'en 1967 que le **statut social des travailleurs indépendants** a été créé, incorporant les différents régimes. A partir de 1971, les travailleurs indépendants ont également été assurés pour les périodes d'incapacité de travail.

1971 Soutenu par une forte expansion économique, tout le système de sécurité sociale a connu de grandes extensions dans l'après-guerre. La sécurité sociale n'a pas seulement visé de nouvelles catégories sociales (indépendants, etc.), mais les prestations existantes (pensions, chômage et prestations familiales) ont aussi fait l'objet de changements positifs. Cela a entraîné des modifications dans le mode de financement : l'intervention de l'Etat est devenue plus importante.

1974 Peu à peu, notre système de sécurité sociale a évolué d'une simple assurance contre des risques sociaux à **une garantie de sécurité d'existence pour chacun**. C'est dans ce contexte qu'il faut considérer la loi de 1974 concernant le minimum de moyens d'existence (aujourd'hui revenu d'intégration).

1982 Lors de la crise économique qui débute au milieu des années 1970, le chômage croît, le nombre de bénéficiaires de prestations augmente et la maîtrise du coût de la sécurité sociale est difficile. La seule solution a été d'augmenter les recettes et de réduire les prestations sociales. Une politique de crise est menée à partir de 1982. Ainsi, différentes catégories dans le régime du chômage ont été introduites. La réduction des prestations a touché en particulier les couples cohabitants, les personnes isolées et les jeunes en période d'attente.

1999 A partir de la fin du 20^{ème} siècle, dans le but de favoriser la compétitivité des entreprises, les cotisations patronales de sécurité sociale ont été fortement diminuées et partiellement remplacées par des sources de "financement alternatif" (ressources provenant des recettes de la TVA).

Du côté des prestations, les pensions minimales, particulièrement celles des travailleurs indépendants, ont été réévaluées et les législations relatives au revenu d'intégration (anciennement minimum de moyens d'existence) et à la garantie de ressources aux personnes âgées (anciennement revenu garanti aux personnes âgées) ont été transformées. De plus, les travailleurs indépendants peuvent également bénéficier du remboursement des "petits risques" pour les soins de santé.

2009 En 2009 s'achève l'égalisation de traitement des femmes et des hommes en ce qui concerne l'âge de la pension pour les travailleurs salariés et indépendants. L'âge normal de la pension est dorénavant de 65 ans pour tous.

2011

Enfin, en 2011, une importante réforme de la sécurité sociale a été décidée en vue notamment de limiter les dépenses dans le secteur des pensions et du chômage. Il a également été décidé, suite à la sixième réforme de l'Etat, de transférer les prestations familiales et les allocations pour l'aide aux personnes âgées (handicapées) aux Communautés (et à la Commission communautaire commune en région bruxelloise). Ces prestations relèvent de la compétence des 4 entités fédérées depuis le 1^{er} juillet 2014. Néanmoins, la gestion dans ces deux domaines est encore temporairement effectuée par des institutions fédérales.

C. L'arrière-plan idéologique

En matière de sécurité sociale internationale, il est toujours tenu compte de **deux pionniers principaux** qui ont clairement influencé le régime de sécurité sociale belge et ceux de nos pays voisins.



- ♦ **Bismarck**, chancelier allemand de la fin du 19^{ème} siècle, a élaboré un système de sécurité sociale dont le financement repose sur les travailleurs et les employeurs, avec une intervention de l'Etat pour les pensions. Les prestations sont liées aux salaires, étant donné que l'objectif était de garantir à tous les ouvriers le maintien de leur niveau de vie au cas où certains risques se présenteraient. Nous pouvons donc parler ici de solidarité entre les actifs.
- ♦ **Lord Beveridge**, pendant la première moitié du 20^{ème} siècle, a fortement élargi le champ d'application, en ne se limitant pas aux seuls travailleurs : c'est toute la population qui a droit à une sécurité d'existence. Moyennant des impôts, il prévoit une même prestation forfaitaire pour tout citoyen, indépendamment du type d'emploi, en cas de chômage, maladie, départ à la pension, etc.

Notre système belge réunit des caractéristiques des deux courants. Par exemple, les pensions (sous réserve de montants minimaux et maximaux) sont déterminées par les montants des cotisations (Bismarck), mais en même temps, (presque) tout le monde a droit à un remboursement de ses frais d'hospitalisation (Beveridge). Quant aux régimes d'aide sociale, ils peuvent être entièrement placés dans l'optique beveridgienne.

Les systèmes de sécurité sociale en vigueur dans nos pays voisins relèvent souvent (entièrement ou partiellement) du système bismarckien (Allemagne) ou sont construits en fonction des idées de base de Beveridge (Royaume-Uni).

D. L'organisation

Dans l'organisation du système de sécurité sociale belge, il convient tout d'abord de faire une distinction entre les **trois régimes**.



Pour le **régime des travailleurs salariés** - le plus grand des trois - c'est l'ONSS (l'Office national de sécurité sociale) qui est l'organisme de perception principal. L'ONSS perçoit les cotisations de sécurité sociale tant des employeurs que des travailleurs. Le paiement des prestations se fait par des institutions de paiement, nommées parastataux. Chaque branche de la sécurité sociale dispose d'une institution parastatale, à savoir :

- ♦ **FAMIFED** : l'Agence fédérale pour les allocations familiales
- ♦ **ONEM** : l'Office national de l'emploi
- ♦ **ONP** : l'Office national des pensions
- ♦ **INAMI** : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité
- ♦ **FAT** : le Fonds des accidents du travail
- ♦ **FMP** : le Fonds des maladies professionnelles
- ♦ **ONVA** : L'Office national des vacances annuelles

En ce qui concerne les **travailleurs indépendants**, ils sont assurés pour cinq branches de la sécurité sociale (les soins de santé, l'incapacité de travail ou l'invalidité, l'assurance maternité, les prestations familiales, les pensions et la faillite).

Les travailleurs indépendants s'affilient et payent leurs cotisations sociales auprès d'une Caisse d'assurances sociales pour travailleurs indépendants ou auprès de la Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants qui est gérée par l'Institut national d'Assurances sociales pour Travailleurs indépendants (l'INASTI). Les Caisses d'assurances sociales sont aussi chargées de l'octroi de certaines prestations aux travailleurs indépendants (les prestations familiales¹, l'aide à la maternité, les prestations dans le cadre de l'assurance sociale en cas de faillite et les pensions inconditionnelles).

¹ Au 30 juin 2014, date d'entrée en vigueur de la Loi générale relative aux allocations familiales, les caisses d'assurances sociales ont transféré la compétence du paiement des allocations familiales aux caisses d'allocations familiales. Par ailleurs, cette loi a également supprimé les différences entre les travailleurs salariés et les indépendants.

LINASTI est quant à lui chargé de :

percevoir in fine
la globalité des cotisations



coordonner le paiement
des prestations (sauf pour
la maladie et l'invalidité)

Les **fonctionnaires** se répartissent en deux groupes : le personnel local et provincial et les autres. Pour ceux qui appartiennent à la première catégorie, c'est **l'ORPSS** (l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale) qui est l'instance principale. Pour tous les autres fonctionnaires, l'autorité qui agit comme employeur est elle-même responsable de la perception et du paiement des cotisations, à l'exception des cotisations des soins de santé qui, elles, sont affectées au régime régulier des travailleurs salariés.

E. La charte de l'assuré social

Depuis 1997, une loi est entrée en vigueur sous le nom approprié de “*Charte de l'assuré social*”. Cette charte contient un certain nombre de principes importants en matière **des droits et des devoirs** de la population (les assurés sociaux) par rapport aux institutions de sécurité sociale. La plupart des droits et devoirs existaient déjà auparavant, mais la Charte a un caractère plus systématique.

- **Son but principal est de protéger la population en proposant un ensemble de règles auxquelles doivent se conformer toutes les institutions de sécurité sociale** ●

On entend par là les institutions de sécurité sociale, c'est-à-dire les institutions parastatales pour les travailleurs salariés ou indépendants et les fonctionnaires, mais aussi les institutions qui relèvent de l'aide sociale. Nous nous limiterons aux principes les plus importants de la charte sans traiter certaines exceptions.

En premier lieu, l'institution de sécurité sociale est obligée d'informer la population le plus clairement possible sur ses droits. D'une part, un assuré social peut poser lui-même des questions spécifiques à une institution, *d'autre part*, cette institution est également obligée de prendre elle-même des initiatives pour informer la population. Si une personne a droit à une prestation, dans certains cas l'institution sera obligée de la lui accorder sans demande.

Ensuite, l'institution de sécurité sociale devra, dans un délai raisonnable, répondre à toute demande d'obtention de prestation. La décision devra être communiquée dans les quatre mois, pour qu'ensuite la prestation soit payée dans les quatre mois suivants. En cas de retard, l'institution devra payer des intérêts au bénéficiaire.

L'institution doit joindre à toute décision envoyée à l'assuré social les modalités de recours, les motifs, les références du dossier, etc.

Le délai de recours auprès d'un tribunal (dans la plupart des cas, ce sera le tribunal du travail) contre une décision prise par une institution de sécurité sociale est de trois mois minimum.

Il ressort clairement de cette charte sociale que les services publics souhaitent fournir plus d'informations envers la population. À la fin de cette brochure, vous trouverez une liste d'adresses et les numéros de téléphone des administrations et institutions publiques de sécurité sociale auxquelles vous pourrez adresser vos questions.

F. Indexation des prestations sociales

La liaison automatique des prestations sociales à l'évolution de l'indice des prix à la consommation vise à éviter que le pouvoir d'achat ne soit trop érodé par l'inflation. La loi du 2 août 1971 est la loi de référence en matière d'indexation des allocations sociales.

Les prestations sont augmentées lorsque l'augmentation mesurée du coût de la vie atteint 2%. L'impulsion pour l'indexation est donnée à chaque fois qu'un indice, appelé "*indice santé lissé*", atteint un montant, montant appelé "*indice-pivot*". L'indice santé lissé est la moyenne mathématique des indices santé du mois concerné et des trois mois précédents. Les montants à régulariser mensuellement sont adaptés à partir du mois suivant le mois au cours duquel l'indice-pivot a été atteint.

Par exemple, la moyenne des indices des mois d'août, septembre, octobre et novembre 2012 a atteint l'indice-pivot. Les prestations sociales mensuelles ont donc été augmentées le mois suivant c'est-à-dire en décembre 2012.

Une mesure dite de "saut d'index" (une indexation ne sera pas effectuée) a été décidée par le gouvernement fédéral mais la législation à ce sujet est postérieure au 1^{er} mars 2015 (date d'actualisation de cette brochure).

G. E-gouvernement

Le gouvernement électronique consiste à développer la prestation de services par les pouvoirs publics en utilisant au maximum les possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

L'e-gouvernement dans la sécurité sociale doit aboutir à :

- ♦ une réduction ↘ du nombre de formulaires de déclarations à remplir ;
- ♦ une diminution ↘ du nombre de fois où les employeurs et les travailleurs sont sollicités par les institutions de la sécurité sociale ;
- ♦ une diminution ↘ du temps nécessaire pour remplir les formulaires de déclaration restants en réduisant le nombre de rubriques à remplir.

La simplification se réalise via divers canaux :

- ♦ la déclaration immédiate de l'emploi (appelée DIMONA pour Déclaration Immédiate de l'emploi – Onmiddellijke Aangifte van tewerkstelling) ;
- ♦ la procédure de déclaration de risques sociaux (DRS) ;
- ♦ la déclaration ONSS électronique et multifonctionnelle (c'est la DMFA) ;
- ♦ les différents services offerts aux acteurs sociaux par la Banque Carrefour de la sécurité sociale qui tendent à automatiser le plus largement possible les droits et obligations des assurés sociaux.



Le financement

Le financement se fait différemment dans les **trois régimes**. Nous les traiterons un par un.



A. Les travailleurs salariés

Dans le régime des travailleurs salariés, **tant les travailleurs que les employeurs doivent cotiser à l'ONSS**. Jusqu'en 1994, ces cotisations étaient fixées séparément pour chaque branche : l'ONSS versait directement aux différentes institutions parastatales le montant correspondant au taux fixé pour la ou les branches dont elles assument la gestion. Depuis le 1^{er} janvier 1995, une **gestion financière globale** est d'application. Cette gestion globale finance les branches de la sécurité sociale en fonction de leurs besoins de trésorerie et non plus en fonction des pourcentages fixés.

Il existe une **différence** entre le régime des ouvriers et celui des employés. Pour les employés, les vacances annuelles sont payées directement par l'employeur, tandis que, pour les ouvriers, elles sont payées par l'office national des vacances annuelles ou par une caisse de vacances alimentée par des cotisations sociales spécifiques versées par le patron à l'ONSS. Celles-ci sont constituées d'une cotisation trimestrielle de 6% calculée sur la rémunération brute portée à 108% et d'une cotisation annuelle de 10,27% calculée sur la rémunération brute de l'année précédente portée à 108%. On considère habituellement (notamment d'un point de vue international) que les vacances annuelles ne font pas partie de la sécurité sociale.

La 6^e réforme de l'État prévoit le transfert vers les Régions des compétences en matière d'allocations familiales, du congé-éducation payé, de l'accompagnement des chômeurs et du Fonds d'Équipements et de Services collectifs. En conséquence les cotisations qui suivent ne sont plus perçues en tant que telles à partir du 1^{er} trimestre 2015 :

- ♦ les allocations familiales
- ♦ l'accueil des enfants
- ♦ le congé-éducation payé
- ♦ l'accompagnement et le suivi des chômeurs.

A partir de ce moment, une **cotisation patronale de base** (pourcentage total) sera appliquée sans lien direct avec l'ancien champ d'application de ces cotisations spécifiques. Cette cotisation varie cependant selon un certain nombre de groupes :

Travailleurs du secteur privé	24,92%
Contractuels du secteur public	24,82%
Statutaires et assimilés du secteur public	17,82%
Apprentis et assimilés	17,82%

Le pourcentage de la cotisation patronale des travailleurs pour lesquels l'assujettissement est limité est déterminé en retirant le pourcentage des régimes non applicables du pourcentage total du groupe dont le travailleur relève.

Pour connaître le pourcentage total de la cotisation personnelle du travailleur, il faut additionner les pourcentages des régimes applicables à ce travailleur. Les pourcentages suivants sont applicables sur la rémunération trimestrielle brute :

Régime de la sécurité sociale	Part personnelle (%)	Part patronale (%)
Pensions	7,50	8,86
Assurance maladie-invalidité - soins de santé	3,55	3,80
Assurance maladie-invalidité - indemnités	1,15	2,35
Chômage	0,87	1,46
Maladies professionnelles	-	1,00
Accidents du travail	-	0,30

Cette nouvelle méthode de fixation des pourcentages peut avoir pour conséquence certaines variations du taux de cotisation patronale par rapport au 4^e trimestre 2014. Pour les travailleurs qui reçoivent un **chèque de vacances annuelles** via l'Office national des Vacances annuelles (essentiellement les travailleurs manuels), une cotisation patronale de base de 6,00% est ajoutée pour le régime des vacances annuelles, et 10,27% sont perçus via un avis de débit annuel.

Il faut également tenir compte des cotisations suivantes:

Cotisation (spéciale)	(%)
Modération salariale	5,67 + 0,0567 x (cotisations patronales applicables)
Fonds amiante (cot. spé.)	0,01
Accidents du travail (cot. spé.)	0,02
Travailleurs statutaires du secteur public (pas de modération salariale)	1,40

Souvent, il existe des ambiguïtés quant à la rémunération brute sur laquelle les cotisations sont dues. La **rémunération** comprend “*tout avantage en espèces ou évaluable en espèces, octroyé par l’employeur à son travailleur en contrepartie d’un travail effectué en vertu du contrat de louage de travail auquel le travailleur a droit en vertu de son occupation à charge de l’employeur, soit directement, soit indirectement.*” Cela veut dire que les commissions, les primes, les avantages en nature, etc. sont également considérés comme de la rémunération et que, par conséquent, des cotisations seront dues.

Les cotisations mentionnées ci-dessus ne sont pas les seules.

Les employeurs sont aussi redevables, entre autres :

- ♦ d’une cotisation de modération salariale qui s’élève à 5,67% de la rémunération du travailleur et, à 5,67% du total des cotisations patronales dues. La cotisation de modération salariale n’est cependant pas due pour certaines catégories de travailleurs ;
- ♦ des cotisations afférentes à la fermeture d’entreprises, c’est-à-dire :
 - une cotisation de base pour les employeurs à finalités industrielles ou commerciales.
 - De 0,23% pour les entreprises qui occupent en moyenne moins de 20 travailleurs au cours de la période de référence.
 - De 0,24% pour les entreprises qui occupent en moyenne 20 travailleurs ou plus au cours de la période de référence.
 - une cotisation de base de 0,01% pour les employeurs sans finalités industrielles ou commerciales pceu importe le nombre de travailleurs.
 - une cotisation spéciale de 0,24% pour tous les employeurs.
- ♦ une majoration de la cotisation de modération salariale de 0,40% pour les employés soumis aux lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés ;

- ♦ une cotisation de 0,10% pour les groupes à risque ;
- ♦ une cotisation supplémentaire destinée au régime du chômage de 1,69% pour ceux qui pendant une période de référence qui s'étend du 4^{ème} trimestre de l'année -2 et les trois premiers trimestres de l'année -1 occupaient en moyenne 10 travailleurs ou plus ;
- ♦ depuis le 1^{er} avril 2007, une cotisation de 0,01% de la masse salariale est destinée au financement du Fonds amiante ;
- ♦ depuis le 1^{er} janvier 2010 enfin, une cotisation de 0,02% est due par les employeurs qui tombent sous l'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail. Elle permettra de couvrir les dépenses résultant du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail qui occasionne un transfert de charges vers le secteur maladie-invalidité.

Des mesures en faveur de l'emploi réduisent le montant des cotisations de sécurité sociale en faveur de groupes cible comme les premiers engagements, les bas salaires, les salaires élevés, les travailleurs qui bénéficient de la réduction collective du temps de travail dans leur entreprise ou de la semaine de 4 jours.

Il existe également un système de **réduction structurelle** des cotisations de sécurité sociale qui a pour objet de diminuer définitivement le taux des cotisations de l'employeur en matière de sécurité sociale et donc d'améliorer la compétitivité des entreprises.

Mais les charges de la sécurité sociale ne sont pas supportées par les seuls employeurs et les travailleurs salariés. L'Etat fédéral verse annuellement un montant à l'ONSS en 2014, ce montant s'élevait à 6.339.477.000 €, et à l'INASTI ; en 2014, ce montant s'élevait à 1.378.648.000 €. A côté de cela, la gestion globale des travailleurs salariés a reçu en 2014 une dotation d'équilibre exceptionnelle d'un montant de 5.553.852.000 €. La gestion globale des travailleurs indépendants a reçu en 2014 une dotation d'équilibre exceptionnelle d'un montant de 617.095.000 €. Depuis quelques années, nous connaissons un système de financement alternatif de la sécurité sociale.

B. Le financement alternatif

A côté du mode de financement classique de la sécurité sociale, il existe un financement alternatif. Son objectif est double, à savoir permettre une limitation des subventions de l'Etat et une baisse des cotisations patronales. Au lieu d'appliquer un impôt sur l'emploi, des moyens alternatifs alimentent la grande tirelire de la sécurité sociale.

Le financement alternatif est constitué partiellement d'un pourcentage des recettes de TVA. En 2014, 9.244.010.000 € des recettes totales de la TVA ont été affectés à la sécurité sociale des travailleurs salariés et 738.237.000 € à la sécurité sociale des travailleurs indépendants et 3.669.271.000 € à l'assurance des soins de santé. En outre, un montant de 2.151.997.000 € prélevé sur d'autres recettes fiscales telles que les accises, l'impôt des personnes physiques et l'impôt des sociétés, a également été versé à la sécurité sociale à titre de financement alternatif.

C. Les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants versent une cotisation de sécurité sociale trimestrielle à la Caisse d'assurances sociales à laquelle ils sont affiliés. Cette cotisation provisoire qui est calculée sur la base des revenus professionnels nets du travailleur indépendant perçus durant la 3^{ème} année civile (l'année de référence) qui précède l'année pour laquelle la cotisation est due, s'élève pour l'année 2014 (revenus 2011) à :

Revenu professionnel net par tranche	Montant de la cotisation provisoire
Jusqu'à 12.870,43 €	707,87 € par trimestre
Entre 12.870,43 € et 55.576,94 €	22,00% du revenu professionnel net
Entre 55.576,94 € et 81.902,81 €	14,16% du revenu professionnel net
Au dessus de 81.902,81 €	0 €

Les montants ci-dessus concernent les travailleurs indépendants à titre principal (catégorie générale).

Les indépendants débutants qui n'ont pas encore d'année de référence payent une cotisation calculée sur une base provisoire.

Les personnes qui exercent une activité principale (par exemple, une activité salariée) à côté de leur **activité indépendante (accessoire)** ainsi que les pensionnés actifs ne payent pas de cotisation ou payent une cotisation réduite pour autant que le montant annuel de leur revenu ne dépasse pas un certain montant fixé annuellement.

D. Les fonctionnaires

Pour les fonctionnaires statutaires qui ne sont pas employés par une administration provinciale ou locale, une cotisation patronale de base théorique de 17,82% est due mais dans la pratique, celle-ci est inférieure à ce pourcentage car elle ne tombe pas sous l'application de certaines branches de la sécurité sociale. Ces fonctionnaires ne doivent payer que des cotisations personnelles de 7,5% au Fonds en matière de pensions de survie et une cotisation personnelle de 3,55% pour la branche des soins de santé de l'assurance maladie-invalidité. Cette dernière cotisation, augmentée de la part de l'employeur (3,85%) est versée à l'ONSS.

L'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS) est compétent pour les membres du personnel des administrations provinciales et locales. Les employeurs énumérés à l'article 2, alinéa 1^{er}, 3^o, de la loi portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sont affiliés à l'ORPSS.

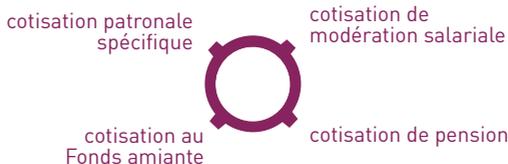
L'ORPSS perçoit sur la rémunération des membres du personnel des administrations provinciales et locales, les cotisations de sécurité sociale dues en vertu de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de sécurité sociale des travailleurs salariés et l'arrêté royal du 28 novembre 1969 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 d'une cotisation patronale de base théorique s'élevant à 23,07%, mais qui est dans la pratique inférieure à ce pourcentage car les membres du personnel des administrations provinciales et locales ne tombent pas sous l'application de certaines branches de la sécurité sociale.

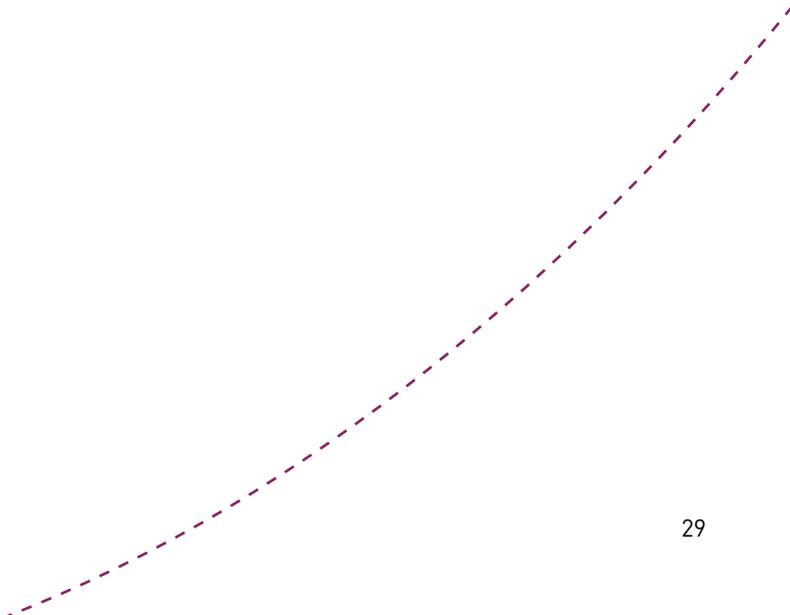
Les agents (non statutaires) des administrations provinciales et locales engagés sous contrat de travail sont soumis au régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés (entre autres le secteur soins de santé et le secteur indemnités de l'assurance maladie-invalidité, le régime des pensions et le régime de chômage). Pour ces personnes, la cotisation patronale de base réelle s'élève en règle générale à 21,77% et leur part personnelle à 13,07%.

Pour les membres du personnel statutaire, l'assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés est limité au secteur soins de santé de l'assurance maladie-invalidité. Pour ces personnes, la cotisation patronale de base réelle s'élève en règle générale à 9,10% et leur part personnelle à 3,55%.

L'ORPSS perçoit aussi les cotisations suivantes:

- ♦ la cotisation patronale spécifique due par les administrations provinciales et locales pour le secteur des maladies professionnelles (0,17%) ;
- ♦ la cotisation de modération salariale qui s'élève à 5,67% de la rémunération du travailleur et à 5,67% du total des cotisations patronales dues ;
- ♦ la cotisation au Fonds amiante (cotisation patronale de 0,01%) ;
- ♦ la cotisation de pension due par les administrations dont les agents définitifs sont affiliés au fonds de pension solidarisé pour les administrations provinciales et locales. Le taux de cotisation est fixé annuellement. Pour 2015, la cotisation de pension s'élève à 38% (dont 7,5% de part personnelle et 30,5% de part patronale) pour les membres du personnel des administrations qui étaient affiliés avant le 1^{er} janvier 2012 au régime commun de pension des administrations locales, à 41% (dont 7,5% de part personnelle et 33,5% de part patronale) pour les membres du personnel des administrations qui étaient affiliés avant le 1^{er} janvier 2012 au régime des nouveaux affiliés à l'Office, à 38,5% (dont 7,5% de part personnel et 31% de part patronale) pour les membres du personnel des zones de police locales et à 39,5% ou 41% (dont 7,5% de part personnelle) pour les membres du personnel des zones de secours.







Statistiques & budgets

Chaque citoyen bénéficiera au cours de sa vie de prestations de sécurité sociale. Et il sera également amené à y contribuer. Les sommes engagées pour exercer cette solidarité collective représentent une part considérable du budget de l'Etat.

Dans un souci de concision, seules les prestations concernant un nombre important de citoyens ont été abordées.

A. Statistiques - nombre de bénéficiaires des principales prestations sociales – dépenses mensuelles

Les pensions – au 1^{er} janvier 2014

	Nombre de bénéficiaires	Dépenses mensuelles
Bénéficiaires de prestations	1.999.359	2.081.130.499 €
Bénéficiaires de pensions	1.938.773	2.025.161.360 €
- dont salariés	1.822.518	1.756.914.577 €
- dont indépendants	519.648	268.246.782 €
Bénéficiaires d'une garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA)	105.514	39.755.285 €
Bénéficiaires d'une rente « travailleur salarié »	449.942	9.761.224 €
Bénéficiaires d'une pension inconditionnelle « travailleur indépendant »	76.206	3.351.884 €

Le chômage (et l'aménagement du temps de travail) – au 1^{er} janvier 2015 – chiffres de l'ONEm

En mars 2015, 435.966 chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi ont perçu une allocation, soit 51.069 de moins qu'en mars 2014 (-10,5%). Ces 435.966 personnes se répartissent en 408.023 chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi admis sur la base d'un travail à temps plein ou admis sur la base des études, en 22.720 chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi admis sur la base d'un travail à temps partiel volontaire et en 5.223 chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi bénéficiant d'un complément d'entreprise.

Il importe toutefois de tenir compte de la modification réglementaire concernant la limitation à 3 ans (ou, en fonction de la situation familiale, 3 ans au-delà de 30 ans) du droit aux allocations d'insertion. Cette modification réglementaire a été introduite fin 2011 mais n'a produit ses effets qu'à partir du 1^{er} janvier 2015. Selon les chiffres provisoires (qui peuvent encore évoluer légèrement), le nombre de chômeurs dont le droit aux allocations d'insertion a pris fin en mars 2015 s'élève à 1.035 (il était de 18.432 en janvier et de 1.168 en février).

En mars 2015, on dénombrait en Région flamande, 178.939 chômeurs complets, en Région wallonne 181.740 et en Région de Bruxelles-Capitale 75.287.

En mars 2015, on dénombre 36,8% de chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi au chômage depuis moins d'un an, 18,6% au chômage entre 1 et moins de 2 ans et 44,6% au chômage depuis 2 ans et plus.

Le nombre de travailleurs en chômage temporaire s'élève à 171.001 unités soit une baisse, de 31.517 unités (ou 15,6%) par rapport à mars 2014. De même, en moyenne, au cours des trois derniers mois, on observe une diminution sur une base annuelle de 1,8%.

Les prestations familiales – au 30 juin 2014

	Nombre de bénéficiaires
Nombre d'enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour travailleurs salariés	2.063.025
Nombre d'enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour travailleurs indépendants	204.503

Les soins de santé [année 2013]

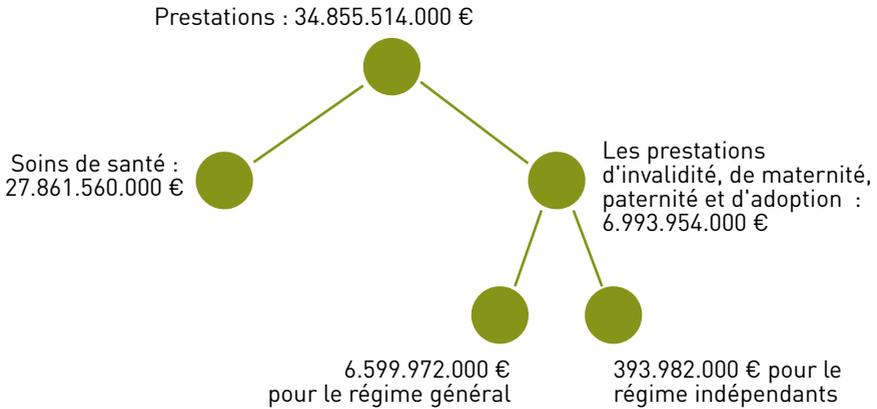
Bénéficiaires du régime général	6.647.743 titulaires et 3.115.866 personnes à charge (au 30 juin 2013)
Autres bénéficiaires (régime des travailleurs indépendants,...)	712.257 titulaires et 373.729 personnes à charge (au 30 juin 2013)
Nombre de journées indemnisées en 2013 (incapacité primaire, régime général)	34.550.234 journées
Nombre d'invalides (régime général) au 31 décembre 2013	2013 : 299.408 individus

Les bénéficiaires d'autres prestations

Nombre de bénéficiaires du droit à l'intégration sociale – DIS - (en décembre 2014)	184.909
Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale – RIS – (en décembre 2014)	174.276
Nombre de bénéficiaires du droit à l'aide sociale – DAS - (en 2014)	31.619
Nombre de bénéficiaires de la garantie de ressources aux personnes âgées (en janvier 2014)	105.514
Nombre de bénéficiaires de l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration (ARR/AI) (en décembre 2014)	170.687
Nombre de bénéficiaires de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) (en décembre 2014)	154.482
Nombre d'enfants bénéficiaires dans la réglementation des prestations familiales garanties (au 30 juin 2014)	17.253

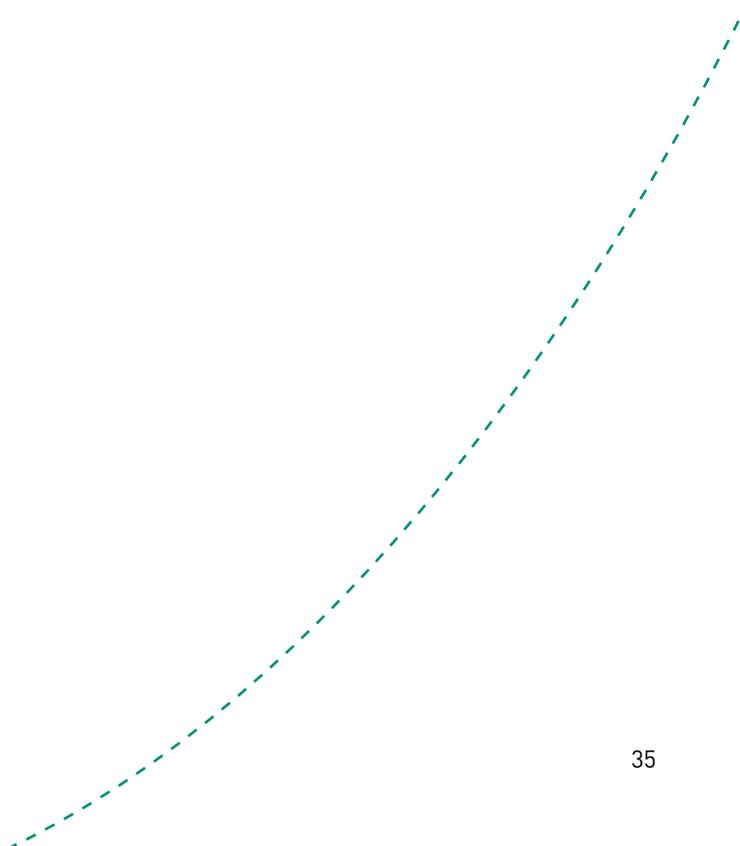
B. Budgets engagés (pour les années 2013-2014)

Objectif budgétaire de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie – invalidité) pour l'année 2014



Régimes divers d'assistance

GRAPA (garantie de revenu aux personnes âgées)	39.755.258 € (dépense mensuelle pour janvier 2014)
Allocations aux personnes handicapées handicapées (total des paiements mensuels en 2014)	1.820.497.960
- Allocation de remplacement de revenus et allocation d'intégration (ARR/AI)	1.319.423.933 €
- Allocation d'aide aux personnes âgées (APA)	494.372.300 €
- Arriérés	92.054.615 €





Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés

A. Le champ d'application

Sous réserve de conventions internationales **des règlements internationaux de sécurité sociale et de l'article 13, alinéa 2, de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer** sont en principe assujettis au régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés, les travailleurs qui sont occupés en Belgique en vertu d'un contrat de travail au service d'un employeur établi en Belgique, ou d'un siège d'exploitation établi en Belgique.

- **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 au profit et sous l'autorité d'une autre personne (l'employeur). L'exercice de l'autorité de l'employeur implique le pouvoir (la possibilité et le droit) d'assurer la direction et d'exercer la surveillance du travailleur; toutefois, l'employeur ne doit pas nécessairement exercer cette autorité de manière constante. Il suffit qu'il ait le droit de donner des ordres au travailleur au sujet de l'organisation et de l'accomplissement du travail convenu.

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.

Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés est d'ordre public, il ne peut donc pas y être dérogé par des conventions particulières, lesdites conventions seraient nulles de plein droit.

Pratiquement toutes les conventions internationales prévoient la possibilité de détacher des travailleurs salariés. Le **détachement** permet à l'employeur d'envoyer un travailleur habituellement occupé dans son entreprise à l'étranger pour une mission déterminée de courte durée (en particulier dans un Etat avec lequel la Belgique a signé une convention en matière de sécurité sociale). Pendant le détachement, le travailleur salarié demeure exclusivement assujéti au régime de sécurité sociale auquel il était soumis avant le détachement (voir le chapitre "*Les aspects internationaux de la sécurité sociale*").

B. Les cotisations de sécurité sociale

A chaque paiement de salaire, l'employeur doit retenir le montant des cotisations incombant au travailleur (cotisation personnelle). Il y ajoute la part des cotisations qui lui incombent (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 travailleurs occasionnels du secteur horeca ou des secteurs comme l'agriculture/horticulture, les marins pêcheurs, les travailleurs du secteur horeca 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 des cotisations du travailleur et des cotisations de l'employeur doit être transféré, sous la responsabilité de l'employeur, à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) qui est l'organisme percepteur des cotisations de sécurité sociale ou à l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS).

C. L'extension du régime des travailleurs salariés

Dans un but de protection sociale, le régime des travailleurs salariés s'est élargi à des travailleurs qui ne sont pas engagés dans les liens d'un contrat de travail et qui sont occupés dans des conditions bien déterminées, comme par exemple certains chercheurs titulaires de bourses de doctorat ou les médecins qui suivent la formation de médecin spécialistes, les artistes à certaines conditions.

D. Le non-assujettissement au régime des travailleurs salariés

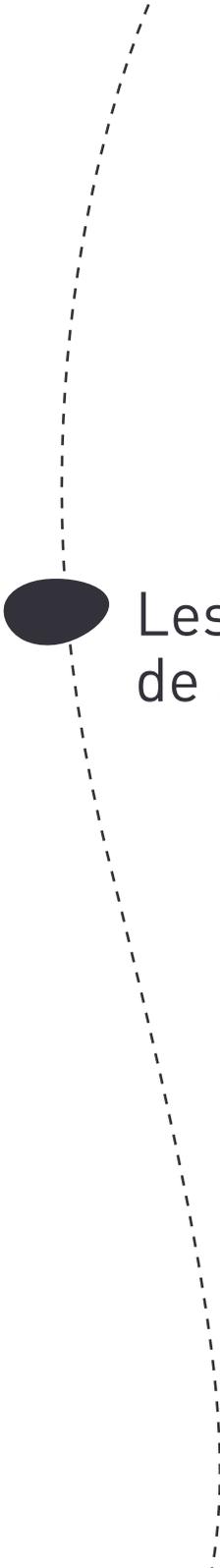
Bien qu'il y ait contrat de travail, certaines catégories de travailleurs ne sont pas assujetties au régime général de la sécurité sociale des travailleurs salariés, comme par exemple :

- ♦ les travailleurs qui exercent une activité socio-culturelle pendant maximum 25 jours par an (dans des conditions bien déterminées) ;
- ♦ les étudiants qui sont occupés dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiant pendant un maximum de 50 journées de travail, et ce uniquement en dehors des périodes de présence obligatoire dans les établissements d'enseignement. Pour cette occupation de 50 jours une cotisation de solidarité de 5,42% à charge de l'employeur et de 2,71% à charge du travailleur sur la rémunération de l'étudiant sont prévues.

E. Les marins de la marine marchande

Pour les marins de la marine marchande il existe un régime distinct du régime général des travailleurs salariés, avec une structure administrative et financière particulière. Cela s'explique tant par des raisons historiques² que par des circonstances particulières de l'exercice de la profession de marin. La Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des Marins (CSPM) s'occupe de la perception et de la redistribution des cotisations de sécurité sociale tant du marin (travailleur) que de l'armateur (employeur) et assure également le paiement des prestations de l'assurance maladie-invalidité des marins. La CSPM, institution publique de sécurité sociale, est gérée de façon paritaire.

² La Loi du 21 juillet 1844, sur base de laquelle fut créée la Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins naviguant sous pavillon belge (CSPM) est la loi de sécurité sociale la plus ancienne de l'histoire belge.



Les différentes branches de la sécurité sociale

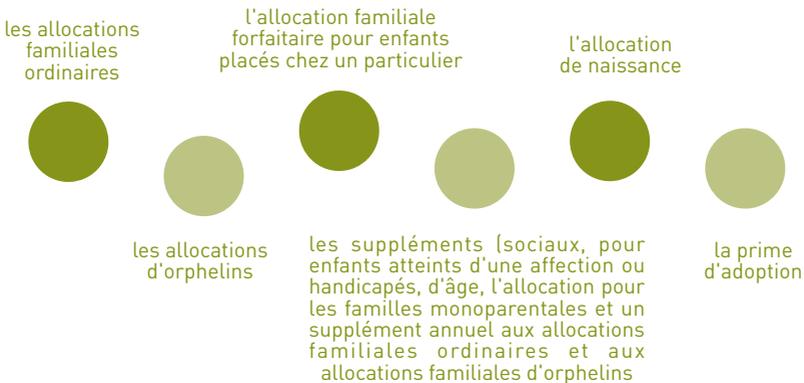


Les prestations familiaales

Tant les travailleurs salariés et indépendants que les fonctionnaires ont droit aux prestations familiales. Celui qui ne peut obtenir les allocations familiales dans aucun régime belge, étranger ou international, peut encore faire appel aux '*prestations familiales garanties*' dans le régime de l'aide sociale (voir le chapitre sur '*l'aide sociale*').

La Loi générale relative aux allocations familiales (LGAF) du 4 avril 2014 est entrée en vigueur le 30 juin 2014. Cette loi a réuni les différents régimes d'allocations familiales des travailleurs salariés, des indépendants et des fonctionnaires dans une seule loi d'allocations familiales.

Les prestations familiales comprennent :



Les montants seront traités au point 'D. Les types de prestations'. Dans le régime des prestations familiales, il y a trois personnes concernées, à savoir l'attributaire, l'enfant bénéficiaire et l'allocataire. Nous les évoquerons brièvement.



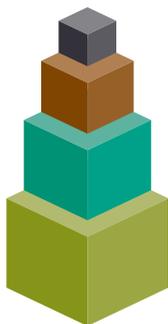
Dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat, il fut décidé que les compétences en matière d'allocations familiales, les allocations de naissance et les primes d'adoption seraient transférées aux Communautés, et cela à partir du 1^{er} juillet 2014. A Bruxelles c'est la Commission Communautaire Commune (COCOM) qui sera compétente à l'exclusion des deux Communautés. Les institutions actuelles maintiennent temporairement leurs compétences.

A. L'attributaire

- **L'attributaire est celui qui ouvre le droit aux prestations familiales par son travail en tant que salarié, indépendant ou fonctionnaire.** ●

Des catégories qui ne sont plus actives du point de vue professionnel, tels que les chômeurs, les pensionnés, les malades, les invalides, les personnes qui sont en interruption de carrière et les personnes détenues ont également droit, sous certaines conditions, aux prestations familiales. De plus, les chômeurs, les retraités, les invalides et les indépendants en cas de faillite, de situations y assimilées ou de cessation forcée, s'ils remplissent certaines conditions, peuvent bénéficier d'un supplément social aux prestations familiales ordinaires. Un droit aux prestations familiales est également accordé, sous des conditions spécifiques, au conjoint abandonné, au veuf ou à la veuve (avec une pension de survie), à l'étudiant, à l'élève, au jeune demandeur d'emploi en stage d'insertion professionnelle, à la personne qui est liée par une convention de formation professionnelle en entreprise et à la personne handicapée.

Au cas où il y aurait plusieurs attributaires dans une même famille, on tient compte d'une certaine **hiérarchie** pour la détermination de l'attributaire réel, à savoir :



1. l'orphelin
2. celui qui se charge de l'éducation de l'enfant à la priorité sur celui qui ne s'en charge pas
3. Le père > la mère > le beau-père > la belle-mère > l'attributaire le plus âgé
4. En cas d'autorité parentale conjointe, le père en dehors de la famille aura la priorité sur la mère à l'intérieur de la famille

La détermination de l'attributaire est importante pour le paiement des prestations familiales.

- ♦ Pour les **travailleurs salariés**, tout employeur doit s'affilier à une caisse d'allocations familiales. S'il oublie de le faire dans les 90 jours après le début de ses activités, il sera automatiquement affilié à l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED). Dans certains cas, l'employeur n'a pas le choix d'opter pour une caisse d'allocations familiales privée, mais ce sera FAMIFED qui est l'instance qui paye (par exemple pour le personnel horeca, les artistes). En outre, FAMIFED est toujours compétent pour

des personnes en situation d'attribution (étudiants et personnes handicapées, ...), bien qu'elles ne soient pas liées par un contrat de travail. Pour les pensionnés, le conjoint abandonné, etc., c'est en principe l'ancienne caisse d'allocations familiales - qui était compétente avant que l'intéressé ne se soit trouvé dans cette situation - qui est chargée du paiement des prestations familiales. L'employeur paye les cotisations pour le régime des prestations familiales.

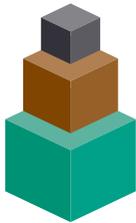
- ♦ Le **travailleur indépendant** relève en principe, pour l'octroi et le paiement de ses prestations familiales, de la caisse d'allocations familiales libre qui appartient au même complexe administratif que celui dont fait partie la caisse d'assurances sociales.

Depuis le 1^{er} septembre 2014, FAMIFED paie les allocations familiales pour le compte de tous les services publics à l'exception de ceux pour lesquels l'Office des régimes spéciaux de sécurité sociale (ORPSS) est compétent.

B. L'allocataire

● L'allocataire est celui qui touche les allocations familiales. ●

Les prestations familiales sont payées :



1. à la mère
2. à la personne qui se charge effectivement de l'éducation de l'enfant (peut être une institution)
3. à l'enfant bénéficiaire s'il est marié, s'il est émancipé, s'il a 16 ans et s'il ne réside plus avec la personne qui l'élève effectivement ou s'il est allocataire pour un ou plusieurs enfant(s). Cet enfant peut désigner soit son père, soit sa mère comme allocataire (peut être important pour la détermination du rang et par conséquent pour le montant des allocations familiales)

Le père indépendant qui était désigné comme allocataire perd la qualité d'allocataire au profit de la mère. Afin de garantir la continuité des paiements, les prestations familiales continuent à être payées au père. La mère peut toutefois demander à ce que les allocations familiales lui soient directement payées.

La demande prend cours à partir du premier jour du mois qui suit la réception de la demande par l'organisme d'allocations familiales.

C. L'enfant bénéficiaire

La troisième personne distincte - la plus importante d'ailleurs - sinon il ne serait pas question de prestations familiales - est l'enfant bénéficiaire. L'enfant bénéficiaire **doit remplir certaines conditions**.

En premier lieu, il doit y avoir un lien de **parenté** entre l'enfant bénéficiaire et l'attributaire. Cela veut dire qu'une personne a droit aux prestations familiales pour :

- ♦ ses enfants ;
- ♦ des enfants adoptés ou des enfants sous tutelle officielle ;
- ♦ des petits-enfants, des arrière-petits-enfants, des neveux et des nièces ;
- ♦ des frères et des sœurs (sous réserve que certaines conditions spécifiques sont respectées) ;
- ♦ des enfants placés et les enfants pour qui on est investi de l'autorité parentale suite à un jugement du tribunal.

L'enfant bénéficiaire doit toujours avoir un tel lien de parenté avec l'attributaire, avec le conjoint de celui-ci ou avec la personne avec qui celui-ci forme un ménage de fait ou cohabite légalement.

Des conditions de scolarité et d'âge sont imposées. Du point de vue légal tout enfant a droit aux prestations familiales, en raison de la scolarité obligatoire, jusqu'au 31 août de l'année civile au cours de laquelle il atteint l'âge de 18 ans. A cet égard, il existe plusieurs extensions.

En ce qui concerne les fonctionnaires fédéraux, jusqu'y compris février 2010, les allocations étaient payées jusqu'au terme du mois durant lequel l'enfant atteignait l'âge de 21 ans (et non jusqu'au 31 août de l'année durant laquelle il atteignait l'âge de 18 ans).

L'enfant ne devait pas justifier de sa situation (scolarité, apprentissage), hormis qu'il devait toujours être à charge de l'attributaire.

A dater du 1^{er} mars 2010, tous les enfants doivent justifier, à partir du 31 août de l'année civile de leurs 18 ans, de leur situation, pour pouvoir bénéficier des allocations au-delà de cet âge.

Jusqu'à l'âge de **25 ans** sous les **conditions** suivantes :

- ♦ l'apprenti(e) ;
- ♦ l'enfant qui suit toujours des cours ou un stage pour pouvoir être nommé à une charge publique (candidat huissier de justice) ;
- ♦ l'étudiant qui prépare un mémoire ;

- ♦ lors du stage d'insertion professionnelle : la période entre l'obtention du diplôme et la première allocation de chômage (il faut être inscrit comme demandeur d'emploi).
L'enfant handicapé a toujours droit aux prestations familiales jusqu'à l'âge de 21 ans.

Il convient de remarquer que 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 générales 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. Des mesures générales ont également été prises à l'égard des enfants ayant déjà obtenu en Belgique un diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire et qui suivent un enseignement non supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire), des enfants n'ayant pas encore obtenu un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur ni en Belgique, ni à l'étranger et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen et des enfants ayant déjà obtenu, en Belgique ou à l'étranger, un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire).

Les enfants d'attributaires belges ou étrangers, élevés dans un Etat membre de l'Espace économique européen, 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.

D. Les types de prestations

Le régime des prestations connaît **six types** de prestations :

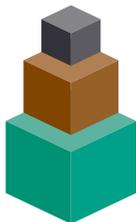


● A l'occasion de la naissance d'un enfant qui ouvre le droit aux prestations familiales, vous recevrez une allocation de naissance. ●

- ♦ **L'allocation de naissance** sera également accordée en faveur de l'enfant à propos duquel un acte de déclaration d'enfant sans vie a été établi par l'officier de l'état civil. L'allocation peut être demandée à partir du sixième mois de grossesse et peut être obtenue deux mois avant la date probable de la naissance mentionnée sur le certificat médical à joindre à la demande. Le montant de l'allocation de naissance dépend du rang de l'enfant dans la famille. Un enfant, premier-né du père ou de la mère (rang 1) bénéficie de 1.223,11 €, les autres bénéficient de 920,25 € (montants au 1^{er} mars 2015). Tous les enfants issus d'un accouchement multiple auront droit à l'allocation de naissance du 1^{er} rang.
- ♦ La **prime d'adoption** est accordée lors de l'adoption d'un enfant sous certaines conditions. Cette prime est identique à l'allocation de naissance d'un premier enfant, c'est-à-dire 1.223,11 € (au 1^{er} mars 2015). La prime d'adoption et l'allocation de naissance sont dues par l'institution chargée du paiement de l'allocation familiale au parent.

Les prestations familiales

- Les **allocations familiales ordinaires** dépendent du rang de l'enfant par rapport aux autres enfants bénéficiaires élevés dans la même famille. Les montants sont les suivants :



1^{er} rang : 90,28 € par mois et 84,43 € pour les travailleurs indépendants³

2^{ème} rang : 167,05 € par mois

3^{ème} rang : 249,41 € par mois

(Ces montants sont d'application au 1^{er} mars 2015)

- Si un enfant cesse d'être bénéficiaire des **allocations familiales** parce qu'il ne réalise plus les conditions requises, les autres enfants remontent d'un rang. Un enfant du 2^{ème} rang devient un enfant du 1^{er} rang, etc.
- L'allocataire qui percevait des allocations pour un enfant obtient, sous certaines conditions, une allocation forfaitaire, lorsque cet enfant est placé chez un **particulier** par l'intermédiaire ou à charge d'une autorité publique. Cette allocation forfaitaire s'élève à 60,58 € (au 1^{er} mars 2015).
- Les **orphelins** touchent toujours 346,82 € (au 1^{er} mars 2015). Ils conservent ce droit pour autant que leur parent survivant, le cas échéant, ne forme pas un nouveau ménage.
- En ce qui concerne les **suppléments**, nous distinguons **cinq possibilités** :



1) Supplément d'âge

En fonction de l'âge de l'enfant, on reçoit un supplément d'âge aux allocations familiales de base. On distingue **trois catégories d'âge**, de 6 à 12 ans, de 12 à 18 ans et à partir de 18 ans.



2) Allocations pour les familles monoparentales

Les allocations familiales ordinaires payées à la personne qui élève seule les enfants sont majorées d'un supplément de 45,96 € pour le 1^{er} enfant, de 28,49 € pour le 2^{ème} enfant et de 22,97 € pour le 3^{ème} enfant et chacun des suivants à la condition que cette personne ne forme pas un ménage de fait et ne soit pas mariée, sauf si le mariage est suivi d'une séparation et que ses revenus professionnels et/ou de remplacement ne dépassent pas un certain montant (au 1^{er} mars 2015, 2.309,58 € par mois).



Si cette personne bénéficie déjà d'un supplément social en fonction de la situation de l'attributaire, le supplément social pour le 3^{ème} enfant et chacun des enfants suivants est remplacé par le supplément pour familles monoparentales.

3) Supplément annuel aux allocations familiales ordinaires et aux allocations d'orphelins

Les allocations familiales ordinaires et d'orphelin relatives au mois de juillet sont majorées d'un supplément d'âge annuel. Au 1^{er} mars 2015, ce supplément varie, selon l'âge, entre 20 € et 80 €. Pour les enfants qui sont bénéficiaires d'un supplément social, d'allocations pour familles monoparentales, d'allocations d'orphelins et d'allocations supplémentaires pour des enfants atteints d'une affection, le supplément d'âge annuel varie entre 27,60 € et 110,42 €.

4) Les suppléments sociaux

Les pensionnés, les chômeurs complets indemnisés à partir du septième mois, et les travailleurs en état d'incapacité de travail à partir du septième mois d'incapacité, qui ont droit aux prestations familiales, reçoivent un supplément social.

Ceci est également d'application pour les enfants de la personne qui, immédiatement avant l'ouverture d'un droit aux allocations familiales suite à un début d'activité, bénéficiait de ce supplément social en vertu de la loi du 20 juillet 1971, instituant des prestations familiales garanties et pour les enfants d'un indépendant en cas de faillite, de situations y assimilées ou de cessation forcée.

Ces personnes maintiennent, sous certaines conditions, leurs droits au supplément social lorsqu'elles entament une activité salariée. Ce supplément dépend également du rang de l'enfant dans la famille. Le supplément pour le premier enfant est de 45,96 € (chômeurs et pensionnés) ou 98,88 € (invalides). Le supplément pour les autres enfants varie entre 5,00 € et 28,49 € (au 1^{er} mars 2015). Les rémunérations et/ou les revenus de remplacement ne peuvent dépasser un certain montant (au 1^{er} mars 2015 : 2.309,58 €, quand l'attributaire ou l'allocataire vit seul avec les enfants et 2.385,65 € quand l'attributaire et son époux (se) ou partenaire vivent ensemble avec les enfants).

5) Allocation supplémentaire pour des enfants atteints d'une affection ou handicapés jusqu'à l'âge de 21 ans

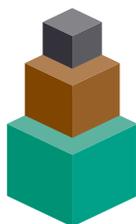
L'enfant qui est atteint d'une affection qui a des conséquences pour lui sur le plan de l'incapacité physique ou mentale (pilier 1) ou sur le plan de l'activité et de la participation (pilier 2) ou pour son entourage familial (pilier 3) est bénéficiaire d'un supplément jusqu'à l'âge de 21 ans en fonction de la gravité des conséquences de l'affection.

Au 1^{er} mars 2015, ce supplément est de :

s'il obtient minimum 4 points dans le premier pilier et maximum 5 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	79,17 €
s'il obtient minimum 6 points et maximum 8 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	105,44 €
s'il obtient minimum 9 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	246,05 €
s'il obtient minimum 12 points et maximum 14 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale ou s'il obtient 4 points minimum dans le premier pilier et minimum 6 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	406,16 €
s'il obtient minimum 15 points et maximum 17 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	461,83 €
s'il obtient minimum 18 points et maximum 20 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	494,81 €
s'il obtient minimum 21 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	527,80 €

L'enfant atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66% au moins sur la base de l'ancien système d'évaluation est bénéficiaire d'un supplément jusqu'à l'âge de 21 ans en fonction de son degré d'autonomie.

Au 1^{er} mars 2015, ce supplément est de :



s'il obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie : 406,16 €

s'il obtient 4, 5 ou 6 points d'autonomie : 444,59 €

s'il obtient 7, 8 ou 9 points d'autonomie : 475,27 €



Le chômage

Le secteur du chômage est essentiellement abordé par rapport à son rôle majeur qui est de procurer un revenu de remplacement au travailleur en cas de perte involontaire de son travail salarié. Le secteur couvre toutefois un terrain d'action beaucoup plus large : il apporte également un soutien en cas de chômage temporaire, en cas d'interruption partielle ou complète du travail (interruption de carrière/crédit-temps), en cas de reprise de travail à temps partiel ainsi qu'aux personnes en formation et aux accueillant(e)s d'enfants; le secteur stimule aussi la remise au travail des groupes à risque (activation) et soutient le développement des services de proximité (ALE et titres-services).

En principe, le secteur du chômage est destiné exclusivement aux travailleurs salariés. Les travailleurs indépendants ne peuvent pas recourir au régime du chômage, étant donné qu'ils ne payent pas les cotisations requises. Les travailleurs indépendants qui cessent leur activité, mais qui, avant leur statut d'indépendant, ont été occupés comme travailleur salarié (ou étaient au chômage) peuvent toutefois, sous certaines conditions, bénéficier des allocations de chômage. Bien que ne cotisant pas non plus au régime du chômage, les fonctionnaires nommés bénéficient d'un régime spécifique qui leur permet (sous certaines conditions) de bénéficier des allocations de chômage en cas de licenciement. Un régime similaire s'applique aux militaires.

Autrement dit, le travail salarié qui donne lieu à des cotisations de sécurité sociale pour le secteur du chômage peut ouvrir le droit aux allocations de chômage. Ceci n'est par exemple pas le cas pour le travail occasionnel, le travail comme étudiant, le travail comme personnel domestique (lorsque le travailleur domestique ne réside pas chez son employeur et ne travaille pas plus de quatre heures par jour auprès d'un employeur ou 24 heures au moins par semaine auprès de plusieurs employeurs).

A. Les conditions d'admissibilité et les conditions d'octroi

Le seul fait d'être assujéti à la sécurité sociale comme travailleur salarié ne suffit pas pour obtenir le droit aux allocations de chômage. La personne concernée doit également justifier d'un **nombre suffisant de jours de travail ou jours assimilés pendant une période de référence déterminée**. Cette période de référence est la période qui précède la demande d'allocations de chômage.

Tant le nombre de jours de travail requis que la durée de la période de référence dépendent de l'âge au moment de la demande d'allocations, comme l'indique le tableau ci-dessous:

Catégorie d'âge	Nombre de jours prestés ou assimilés	Période de référence
Moins de 36 ans	312 jours	21 mois
De 36 ans à 49 ans	468 jours	33 mois
50 ans et plus	624 jours	42 mois

Si une personne ne remplit pas les conditions imposées à sa catégorie d'âge mais bien celles d'une catégorie d'âge supérieure, les conditions sont également remplies. À partir de 36 ans, il est encore possible de tenir compte, sous certaines conditions, des jours de travail ou jours assimilés des 10 années qui précèdent la période de référence.

La période de référence peut être prolongée pour différentes raisons (par exemple, en cas d'activité indépendante, de force majeure, d'interruption de carrière ou de crédit-temps).

Par jours assimilés, on entend notamment les jours de maladie indemnisés par l'assurance maladie-invalidité, les jours couverts par un pécule de vacances, les jours de grève, la période couverte par une indemnité de rupture, etc.

Le travail effectué à l'étranger peut également, sous certaines conditions, être pris en considération pour le calcul du nombre de journées de travail salarié à prouver dans la période de référence précitée.

Celui qui a travaillé à temps partiel volontaire doit prouver le même nombre de demi-jours de travail dans la période de référence précitée prolongée de six mois. La réglementation prévoit des exceptions permettant à certains travailleurs à temps partiel d'être assimilés à des travailleurs à temps plein.

Pour pouvoir bénéficier des allocations de chômage, il faut également satisfaire à certaines conditions d'octroi spécifiques. Nous les énumérons ici.

1) Ne bénéficier d'aucune rémunération

Un travailleur qui bénéficie encore d'une indemnité à charge de son ancien employeur en raison de la fin de son contrat de travail ne peut pas bénéficier des allocations pendant la période couverte par cette indemnité. Le travailleur ne peut pas non plus bénéficier des allocations pour les jours de vacances couverts par un pécule de vacances.

2) Ne pas effectuer de travail

Un chômeur ne peut pas effectuer de travail pour son propre compte dépassant la gestion normale de ses biens propres et pouvant être intégré dans le circuit des échanges économiques de biens et de services. Il ne peut pas non plus effectuer de travail pour un tiers, sous quelque forme que ce soit, qui lui rapporte une rémunération ou un avantage matériel pour lui ou sa famille. Un travail pour le compte d'un tiers est présumé être rémunéré, à charge pour la personne concernée d'apporter la preuve du contraire. Une activité bénévole (par exemple, pour un particulier ou une association) peut être autorisée moyennant une demande préalable. Pour autant qu'elles soient déclarées au préalable, certaines activités accessoires sont également autorisées, à condition de les avoir déjà exercées au moins trois mois avant la demande d'allocations et pendant une occupation salariée. De plus, l'activité accessoire doit être exercée principalement en dehors des heures normales de travail (avant 7 heures et après 18 heures) et certaines activités sont interdites (Horeca, assurances, ...).

3) Etre chômeur indépendamment de sa volonté

Un travailleur qui provoque son chômage ne peut dans la plupart des cas bénéficier d'allocations qu'après une période d'exclusion.

4) Etre disponible pour le marché de l'emploi

Cela signifie que le chômeur doit s'inscrire comme demandeur d'emploi au FOREM (Région wallonne), au VDAB (Région flamande), à ACTIRIS (Région bruxelloise) ou à l'ADG (Communauté germanophone) et qu'il doit accepter tout emploi considéré comme convenable. Ceci signifie aussi qu'il doit rechercher activement un emploi.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, tous les chômeurs complets doivent être disponibles pour le marché de l'emploi et être inscrits comme demandeurs d'emploi, quel que soit leur âge. Restent dispensés, les chômeurs âgés qui bénéficiaient déjà d'une dispense maximale³ avant le 1^{er} janvier 2015. A certaines conditions, les chômeurs âgés et les chômeurs en RCC, peuvent encore demander à bénéficier de la dispense maximale et donc être également dispensés de ces obligations.

Le comportement de recherche d'emploi du chômeur est suivi de manière systématique et la personne qui ne recherche pas activement un emploi risque une sanction. Cette procédure de suivi a remplacé la suspension du droit aux allocations de chômage pour chômage de longue durée. Depuis août 2012, une procédure plus intensive a été introduite pour les allocataires d'insertion et, depuis août 2013, les jeunes qui accomplissent leur stage d'insertion professionnelle sont également soumis à une procédure de suivi du comportement de recherche d'emploi (voir ci-dessous point D). Depuis le 1^{er} janvier 2015, tous les chômeurs complets sont soumis à la procédure relative au contrôle de la disponibilité active et ce, jusqu'à l'âge de 60 ans. Restent dispensés, les chômeurs qui bénéficient de la dispense maximale

Depuis le 1^{er} novembre 2012, les chômeurs présentant une inaptitude au travail d'au moins 33% sont également concernés par la procédure de suivi.

5) Etre apte au travail

Il faut être apte au travail. Si la personne concernée est inapte au travail, elle peut dans ce cas bénéficier des indemnités de maladie ou d'invalidité. En cas d'inaptitude au travail, les chômeurs âgés d'au moins 60 ans qui bénéficient d'une dispense maximale ont le choix de demander le bénéfice des indemnités de maladie ou d'invalidité ou de conserver le bénéfice des allocations de chômage.

³ La dispense maximale permet de ne plus être inscrit comme demandeur d'emploi et disponible pour le marché de l'emploi, de pouvoir refuser un emploi proposé, de pouvoir entamer une activité accessoire pendant le chômage (moyennant le respect des conditions d'exercice d'une activité accessoire), de pouvoir effectuer pour son propre compte (et sans but lucratif) des activités non rémunérées relative à ses biens propres et de ne plus devoir être en possession d'une carte de contrôle.

6) Résider en Belgique

Pour pouvoir bénéficier d'allocations, il faut avoir sa résidence habituelle en Belgique et y résider de manière effective. Seuls des séjours à l'étranger d'une durée maximale de 4 semaines par an sont autorisés. Peuvent résider pour des périodes plus longues à l'étranger, les chômeurs âgés d'au moins 60 ans qui bénéficient d'une dispense maximale, à condition de maintenir leur résidence principale en Belgique et donc d'y résider pendant la plus grande partie de l'année .

7) Satisfaire aux conditions d'âge

Le jeune travailleur ne peut pas bénéficier des allocations tant qu'il est soumis à l'obligation scolaire à temps plein ou à temps partiel, sauf en cas de chômage temporaire.

Le chômeur qui a atteint l'âge légal de la retraite (65 ans pour les hommes comme pour les femmes) n'a plus droit aux allocations de chômage complet à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il a atteint cet âge.

B. Allocations

1) Etre chômeur après un emploi à temps plein

En cas de chômage complet, le travailleur à temps plein peut bénéficier des allocations de chômage pour tous les jours de la semaine, à l'exception du dimanche.

Un emploi à temps plein implique que deux conditions soient remplies : la durée de travail contractuelle normale correspond à la durée hebdomadaire de travail maximale dans l'entreprise et le salaire perçu doit être égal à la rémunération d'une semaine complète de travail.

Le travailleur qui perçoit un salaire au moins égal au revenu minimum mensuel moyen et qui satisfait aux conditions d'admissibilité (voir ci-dessus) est également considéré comme un travailleur à temps plein. Le chômeur qui bénéficie des allocations de chômage comme travailleur à temps plein peut conserver ce droit même après une reprise de travail à temps partiel. A cet effet, il suffit d'introduire une demande pour obtenir le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits au début de cette reprise de travail à temps partiel. De plus, pendant cette occupation à temps partiel, il est possible, sous certaines conditions, de percevoir, en plus de son salaire, une allocation complémentaire, l'allocation de garantie de revenus.

Le travailleur qui travaille à temps partiel et qui ne satisfait pas aux conditions pour être assimilé à un travailleur à temps plein ou pour le rester, peut éventuellement être admis et bénéficier des allocations comme travailleur à temps partiel volontaire. En cas de chômage complet, il perçoit alors des demi-allocations dont le nombre est proportionnel à la durée hebdomadaire de travail contractuelle. Il doit s'agir d'une occupation à temps partiel d'au moins 12 heures par semaine ou d'au moins le tiers d'une occupation à temps plein. Depuis le 1^{er} juillet 2013, le travailleur à temps partiel volontaire qui reprend le travail à temps partiel peut également, sous certaines conditions, bénéficier d'une allocation de garantie de revenus.

2) Le montant des allocations- dégressivité des allocations de chômage

Le montant des allocations dépend de la situation familiale, de la durée du chômage et de la dernière rémunération perçue en tant que travailleur salarié.

Depuis le 1^{er} novembre 2012, les règles de la diminution progressive du montant des allocations de chômage (la « dégressivité ») ont été renforcées en fonction de la durée du chômage et en tenant compte du passé professionnel en tant que salarié.

Dans le régime du chômage, on distingue **trois catégories** de travailleur :



- ♦ le **travailleur ayant charge de famille**. En cas de chômage, il perd le seul revenu du ménage alors qu'il a des personnes à charge ;
- ♦ le **travailleur isolé**. Il perd son seul revenu mais n'a pas de personnes à charge.
- ♦ le **travailleur cohabitant**. Il ne perd pas le seul revenu du ménage.

Première période d'indemnisation (quelle que soit la situation familiale)

Pendant les **3 premiers mois** de chômage, l'allocation est égale à 65% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.466,59 € - montant au 1^{er} mars 2015).

Pendant les **3 mois suivants**, l'allocation est égale à 60% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.466,59 € - montant au 1^{er} mars 2015).

Pendant les **6 mois suivants**, l'allocation est égale à 60% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.298,90 € - montant au 1^{er} mars 2015).

Deuxième période d'indemnisation (à partir du 13^{ème} mois de chômage)

Pour les **travailleurs ayant charge de famille** : pendant les **2 mois suivants**, l'allocation est égale à 60% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.148,27 € - montant au 1^{er} mars 2015). Cette période peut être prolongée de maximum 10 mois (2 mois par année de travail salarié).

Pour les **isolés** : pendant les **2 mois suivants**, l'allocation est égale à 55% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.101,52 € - montant au 1^{er} mars 2015). Cette période peut être prolongée de maximum 10 mois (2 mois par année de travail salarié).

Pour les **cohabitants** : pendant les **2 mois suivants**, l'allocation est égale à 40% de la dernière rémunération (plafonnée à 2.148,27 € - montant au 1^{er} mars 2015). Cette période peut être prolongée de maximum 10 mois (2 mois par année de travail salarié).

Ensuite, quelle que soit la situation familiale : en fonction du passé professionnel restant, l'allocation est diminuée par paliers successifs (4 paliers de maximum 6 mois chacun à raison de 2 mois par année de travail salarié) jusqu'à atteindre la troisième période d'indemnisation (forfait).

Troisième période d'indemnisation (après maximum 48 mois de chômage)

Les **travailleurs ayant charge de famille** perçoivent une allocation forfaitaire de 1.134,90 € par mois (montant au 1^{er} mars 2015).

Les **isolés** perçoivent une allocation forfaitaire de 953,16 € (montant au 1^{er} mars 2015).

Les **cohabitants** perçoivent une allocation forfaitaire de 503,62 € (montant au 1^{er} mars 2015).

L'allocation de chômage est calculée sur la base de la rémunération perçue par le travailleur pendant son dernier emploi salarié d'au moins 4 semaines consécutives chez le même employeur.

Le montant des allocations ne diminue plus ou connaît une dégressivité limitée lorsque le chômeur atteint l'âge de 55 ans, justifie d'un passé professionnel salarié qualifié suffisant (22 ans et sera augmenté chaque année pour atteindre 25 ans à partir du 1^{er} novembre 2017) ou justifie d'une inaptitude permanente au travail d'au moins 33%.

Complément d'ancienneté

Auparavant, les chômeurs âgés d'au moins 55 ans et qui prouvaient 20 ans de passé professionnel pouvaient, après un an de chômage et sous certaines conditions, bénéficier, en plus de l'allocation de chômage ordinaire, d'un complément appelé complément d'ancienneté. Ce complément d'ancienneté ne peut plus être accordé depuis le 1^{er} janvier 2015.

Les chômeurs qui ont perçu un complément d'ancienneté en décembre 2014 peuvent continuer à percevoir ce complément.

Un droit au complément d'ancienneté peut toutefois encore être accordé après le 1^{er} janvier 2015 à certains travailleurs. Il s'agit de travailleurs licenciés dans le cadre d'une restructuration, de travailleurs occupés dans un métier lourd ou de travailleurs qui justifient d'un passé professionnel d'au moins 35 ans. Le montant de ce complément d'ancienneté est déterminé en fonction de la catégorie familiale à laquelle appartiennent les chômeurs et de leur âge.

À côté des allocations énumérées jusqu'ici, il existe aussi des allocations d'insertion. Ces allocations sont octroyées aux jeunes qui sont admis au chômage après leurs études et un stage d'insertion professionnelle. Dans ce cas, ils reçoivent des allocations d'insertion (forfaitaires) dont le montant varie en fonction de leur âge et de leur situation familiale (voir ci-dessous, point D).

3) Procédure

Les allocations ne sont pas accordées automatiquement. Il faut que la personne concernée introduise une demande auprès d'un organisme de paiement de son choix. Ces organismes sont soit ceux qui sont liés à un syndicat (CSC, FGTB ou CGSLB), soit l'organisme de paiement public, la Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage (CAPAC).

C. Exclusions et sanctions

Dans certains cas, le chômeur peut être exclu de son droit aux allocations ou être sanctionné. Les principaux motifs d'exclusion ou de sanction sont :



A) Le chômage volontaire

Le chômage est considéré comme **volontaire** dans les cas suivants :

- ♦ l'abandon d'un emploi convenable sans motif légitime ;
- ♦ le licenciement qui est la conséquence d'une attitude fautive du travailleur ;
- ♦ le défaut de présentation, sans justification suffisante, auprès d'un employeur après une convocation du service de l'emploi ou le refus d'un emploi convenable ;
- ♦ le défaut de présentation, sans justification suffisante, au service de l'emploi et/ou de la formation professionnelle compétent ;
- ♦ le refus ou l'échec d'un parcours d'insertion ;
- ♦ pour le travailleur licencié âgé de 45 ans au moins, ayant au moins 1 an d'ancienneté dans l'entreprise: le fait de ne pas participer à un outplacement qu'il a demandé ou que l'employeur était obligé de lui offrir; le fait de ne pas avoir dans les délais mis l'employeur en demeure alors que celui-ci était obligé d'offrir l'outplacement; le fait de ne pas s'inscrire dans les délais auprès de la cellule pour l'emploi obligatoire dans le cadre de la gestion active des restructurations.

B) L'indisponibilité pour le marché de l'emploi

- ♦ suite à une disposition réglementaire ou une situation de fait tel que le congé pré- ou post-natal ;
- ♦ lorsqu'un chômeur pose des conditions à sa remise au travail qui ne sont pas justifiées selon les critères de l'emploi convenable ;
- ♦ l'évaluation négative des efforts du chômeur pour chercher du travail.

C) L'omission d'une déclaration obligatoire, une déclaration tardive, erronée ou incomplète ou l'utilisation de documents inexacts peuvent donner lieu à la récupération des allocations perçues indûment et à une exclusion du droit aux allocations pour une certaine période.

Si l'intention frauduleuse est établie, une sanction pénale peut également être appliquée.

Préalablement à toute décision de sanction ou d'exclusion, le chômeur est convoqué au bureau du chômage pour être entendu en ses moyens de défense. Au cours de cette audition, informé des faits qui lui sont reprochés, le chômeur a la possibilité de réfuter ceux-ci, d'exposer son argumentation et de joindre de nouvelles pièces au dossier. Lors de cette audition, il peut se faire représenter ou assister par un délégué syndical ou par un avocat.

Lorsqu'une décision d'exclusion ou de sanction est prise par le directeur, celle-ci est notifiée à l'intéressé. Cette décision fait l'objet d'une motivation en droit et en fait et mentionne la procédure à suivre pour pouvoir introduire un recours judiciaire si le chômeur conteste la décision. Le chômeur dispose d'un délai de trois mois à partir de la notification de la décision pour introduire un tel recours.

D. Chômeurs avec complément d'entreprise (anciennement prépension conventionnelle) et jeunes ayant quitté l'école

Le régime de chômage avec complément d'entreprise est réservé aux travailleurs âgés licenciés par leur employeur, auxquels une convention collective de travail (CCT) s'applique, qui ont atteint l'âge requis et qui prouvent un passé professionnel suffisant comme travailleur salarié. S'ils sont licenciés, ils ont droit jusqu'à leur retraite, à des allocations de chômage s'élevant à 60% de leur rémunération plafonnée à 2.080,15 € par mois (montant au 1^{er} mars 2015), indépendamment de leur situation familiale. Ils reçoivent en outre un complément d'entreprise à charge de leur ancien employeur.

Les jeunes qui terminent leurs études ne reçoivent pas immédiatement une allocation. Ils doivent d'abord accomplir un stage d'insertion professionnelle de 310 jours. Pendant ce stage, ils ont toujours droit aux allocations familiales.

Les jeunes qui accomplissent leur stage d'insertion professionnelle doivent notamment être inscrits comme demandeur d'emploi, être disponibles pour le marché de l'emploi et rechercher activement un emploi. Depuis le 1^{er} août 2013, cette démarche active de recherche d'emploi est également une condition d'admissibilité au bénéfice des allocations d'insertion puisque les jeunes ne pourront bénéficier des allocations d'insertion qu'après deux évaluations positives de leurs démarches pour trouver un emploi.

Après le stage d'insertion professionnelle, ils peuvent introduire une demande d'allocations d'insertion. Si toutes les conditions sont réunies (notamment, avoir terminé les études requises, avoir accompli valablement le stage d'insertion professionnelle, avoir obtenu deux évaluations positives de leur démarche active de recherche d'emploi et avoir introduit une demande d'allocations avant l'âge de 25 ans), ils peuvent percevoir une allocation d'insertion (forfaitaire) dont le montant dépend aussi de la situation familiale et de l'âge du jeune. La période pendant laquelle l'allocation d'insertion est octroyée est limitée dans le temps (3 ans).

E. Mesures pour l'emploi

Afin de promouvoir l'emploi et de réduire le taux de chômage, de nombreuses mesures ont été prises ces dernières années. Celles-ci visent en premier lieu à inciter les employeurs à engager un plus grand nombre de travailleurs de certaines catégories en leur accordant entre autres une réduction des cotisations de sécurité sociale telles que le Maribel social, les conventions de premier emploi.

Des mesures ont également été prises dans le cadre de l'activation des allocations de chômage et de l'élimination de ce qu'on appelle les pièges à l'emploi. Cela signifie que de nouveaux types d'allocations ont été créés ou que des règles d'application d'allocations existantes ont été adaptées afin d'encourager le plus possible la reprise du travail et d'augmenter le taux d'emploi de certains groupes cibles notamment par le biais des mesures suivantes: d'Activa ("*allocation de travail*"), les emplois et services de proximité, les programmes de transition professionnelle et les ALE, le complément de reprise du travail, les vacances jeunes et les vacances seniors, l'allocation de formation, de stage et d'établissement.

La mesure Activa est renforcée pour les jeunes de moins de 30 ans qui n'ont pas obtenu de diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

Par ailleurs, les différentes Régions ont également mis en place certains programmes de remise au travail qui sont principalement orientés vers les chômeurs de longue durée.



Les pensions

Impossible d'oublier les pensions. En effet, la problématique des pensions est vraiment un des soucis les plus importants de l'ensemble du système de sécurité sociale. Que nous réservera l'avenir ?

A. De plus en plus de pensionnés

Toute la problématique des pensions et son aggravation annoncée ne peuvent pas être réduites à une seule cause principale. Nous pouvons identifier plusieurs facteurs qui se renforcent mutuellement dans leur influence sur les pensions.

D'abord, il y a la **croissance de l'espérance de vie**. Grâce aux nouvelles spécialités médicales, les gens vivent plus longtemps. Cela implique également que la période pendant laquelle ils bénéficient de leur pension devient de plus en plus longue.

En deuxième lieu, il est clair que les **travailleurs arrêtent leur carrière plus tôt**. A cause de toute une série de nouvelles mesures visant à remplacer la population active plus âgée au profit de l'emploi des jeunes, l'âge réel de la pension ne correspond plus à l'âge légal de la retraite.

D'ailleurs, les **périodes d'études de plus en plus longues** au début de la carrière font qu'il y a moins de personnes actives qui cotisent pour les pensions.

Signalons ensuite que depuis quelques décennies, le **taux de natalité** dans notre pays est en baisse.

Finalement, la **croissance de l'emploi féminin** provoquera également une hausse du coût des pensions. En effet, les femmes actives aussi se construisent une pension personnelle ; désormais, un couple obtiendra deux pensions de personnes isolées au lieu d'une seule pension de famille, ce qui revient plus cher.

Pour résumer tous ces problèmes, on pourrait dire que le '*taux de dépendance*' (c.-à-d. le rapport entre le nombre de pensionnés et le nombre de personnes actives) s'accroît.

Pour plus de clarté, nous énumérons ci-après les dispositions spécifiques du système de pensions dans son ensemble. Il y a de multiples différences entre régimes en ce qui concerne les pensions.

Notre point de départ est le régime des travailleurs salariés pour expliquer les différences avec les autres régimes. En premier lieu, nous faisons une distinction entre les pensions de retraite et les pensions de survie :



- ♦ Une **pension de retraite** est une prestation que vous recevez à un certain âge pour une période de travail antérieure.
- ♦ Une **pension de survie** est une prestation que vous recevez pour une période de travail antérieure effectuée par le conjoint décédé.

Passons en revue ces deux types de pensions séparément.

B. Les pensions de retraite

Pour obtenir une pension de retraite, un certain nombre de conditions doivent être remplies. D'abord, vous devez avoir atteint un certain âge ; ensuite, vous ne pouvez exercer une activité professionnelle que sous certaines conditions.

B.1. L'âge de la pension

B.1.1. L'âge normal de la pension

L'âge normal de la pension est actuellement fixé à 65 ans pour les femmes et pour les hommes.

Pour certaines catégories de fonctionnaires, la limite d'âge peut être supérieure (par exemple pour les magistrats) ou inférieure (par exemple pour certains militaires).

B.1.2. La pension anticipée

Depuis les lois du 28 décembre 2011 et du 13 décembre 2012, de nouvelles conditions d'âge et de durée de carrière ont été instaurées pour pouvoir prendre une pension anticipée. Celles-ci sont valables pour tous les régimes de pension. Elles figurent dans le tableau ci-dessous :

Tableau de base

Année	Règle normale		Exceptions carrière longue	
	Age	Carrière	Carrière à 60 ans	Carrière à 61 ans
2013	60 ans & 6 mois	38 ans	40 ans	
2014	61 ans	39 ans	40 ans	
2015	61 ans & 6 mois	40 ans	41 ans	
A partir de 2016	62 ans	40 ans	42 ans	41 ans

Pour déterminer si les nouvelles conditions de carrière requises sont remplies, les services susceptibles d'ouvrir des droits à une pension dans le régime des travailleurs salariés, des indépendants et des fonctionnaires sont additionnés.

Des mesures transitoires ont été prévues dans certaines situations particulières ainsi qu'un certain nombre de règles spécifiques par régime.

Il y a un certain nombre de dérogations à la règle générale :

- Le travailleur qui, à un moment donné (jusqu'au 31 décembre 2012), a répondu aux conditions d'âge et de carrière pour prétendre à la pension anticipée, conserve par la suite ses droits quelle que soit la date effective de prise de cours de sa pension.
- Pour le personnel roulant de la SNCB et pour les militaires, les conditions actuelles pour bénéficier de la pension anticipée n'ont pas été modifiées.
- Les personnes qui sont nées avant le 1^{er} janvier 1956 pourront partir à l'âge de 62 ans si elles comptabilisent au moins 37 années de carrière calculées comme dans le régime des travailleurs salariés.
- Les personnes qui au 1^{er} janvier 2012 se trouvent en disponibilité ou dans une situation similaire visée par l'arrêté royal du 20 septembre 2012 peuvent encore prendre leur pension à partir de 60 ans. Cette règle s'applique aussi aux personnes qui ont fait, auprès de leur employeur, une demande pour être placées, avant le 5 mars 2013, dans une situation visée par cet arrêté. Cette demande à l'employeur doit avoir été faite avant le 1^{er} janvier 2012 ou après le 31 décembre 2011 mais dans ce cas, elle doit avoir été acceptée par l'employeur avant le 5 mars 2012.

Spécifiquement pour les fonctionnaires statutaires :

Pour les fonctionnaires nommés à titre définitif, l'âge normal de la retraite est identique pour les hommes et les femmes, c'est-à-dire 65 ans.

Par ailleurs, le fonctionnaire peut demander à être mis à la retraite anticipativement sous certaines conditions liées à l'âge et à la durée de sa carrière (voir tableau).

Pour déterminer si les nouvelles conditions de carrière requises sont remplies, les services qui entrent en ligne de compte pour l'établissement du droit à une pension du secteur public,

incluront la période de service militaire ainsi que la bonification de temps pour possession obligatoire d'un diplôme.

Cette règle générale (voir tableau) vaut pour les personnes ayant une carrière dans une fonction pour laquelle la pension peut être calculée au moyen d'un tantième 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.

B.1.3. Prestations après l'âge de 65 ans

Dans le régime des travailleurs salariés, ce système de pensions n'est pas obligatoire. En effet, si l'employeur est d'accord, le travailleur salarié peut continuer à travailler après son 65^{ème} anniversaire. Dans ce cas, il faudra qu'il paye les mêmes cotisations que les autres personnes actives et cotiser donc pour les pensions. Les **fonctionnaires**, par contre, sont obligés de prendre leur pension à 65 ans au plus tard. Ils peuvent néanmoins être maintenus en service après 65 ans, à leur demande et suite à l'approbation de leur employeur.

B.2. Le Calcul

En ce qui concerne le calcul de la pension, il existe de grandes différences entre les trois régimes - celui des travailleurs salariés, celui du secteur public et celui des travailleurs indépendants. Une pension peut être obtenue dans différents régimes quand la personne concernée a connu plusieurs statuts lors de sa carrière professionnelle.

B.2.1. Pensions de travailleurs salariés

B.2.1.1. Formule

Par année de carrière on applique la formule:

Salaires annuels adaptés à l'inflation x 60% (isolé) ou 75% (ménage)

45

L'addition des résultats donne la pension brute.

En fonction de votre situation familiale, vous recevrez une pension égale à 75% ou 60% du résultat du calcul. Si vous êtes chef de ménage, c'est-à-dire que votre conjoint est à votre charge (pas de pension personnelle et revenus professionnels nuls ou limités), vous aurez droit à un montant de 75%, sinon de 60%.

B.2.1.2. La carrière professionnelle

Les "*années de carrière professionnelle*" sont les années prises en compte pour le calcul de la pension. Outre les années d'activité prouvées, la carrière se compose de périodes assimilées, moyennant ou non versement de cotisations. Les périodes assimilées à des périodes de travail effectif, sans que le versement de cotisations soit nécessaire, sont, entre autres, les périodes de chômage, les périodes de maladie ou d'invalidité, les périodes de vacances, le service militaire, etc. Pour pouvoir régulariser les autres périodes, il faut introduire une demande auprès de l'Office national des pensions (ONP). Les périodes d'études à partir du 20^{ème} anniversaire peuvent aussi être régularisées moyennant une demande dans les 10 années suivant les études auprès de l'Office national des pensions (ONP) et le paiement d'une cotisation personnelle.

Pour les pensions ayant pris cours avant le 1^{er} janvier 2015, le nombre d'années prises en compte pour le calcul de la pension ne peut jamais dépasser 45 pour les femmes et pour les hommes. Si le nombre d'années de carrière est plus élevé, les années les moins favorables ne seront pas prises en considération.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, on compte en jours équivalents temps plein et plus en années. Le nombre de jours équivalents temps plein pris en compte pour le calcul de la pension ne peut pas dépasser 14.040. Si le nombre de jours est plus élevé, les jours dont l'apport en pension est le moins élevé ne seront pas pris en considération.

B.2.1.3. Les rémunérations brutes

Outre le nombre d'années de carrière, les rémunérations brutes jouent un rôle important lors de la détermination d'une pension. Nous pouvons faire une distinction entre les **rémunérations réelles** (les rémunérations en fonction desquelles les cotisations de pension ont été calculées), les **rémunérations fictives** (qui portent sur les périodes d'inactivité assimilées) et les **rémunérations forfaitaires**.

Pour les années de carrière professionnelle prestées dans la période avant 1955 (ouvriers) ou 1958 (employés), il est toujours tenu compte d'une rémunération forfaitaire. Il se peut également que pour les handicapés ou les travailleurs salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il soit tenu compte d'une rémunération forfaitaire si celle-ci est plus avantageuse que la rémunération réelle.

L'ensemble des informations relatives aux rémunérations est inscrit par travailleur salarié sur un **compte individuel** tenu par l'ASBL Sigedis. Chaque année, tout travailleur reçoit un extrait de ce compte individuel.

Les rémunérations prises en considération pour le calcul de la pension font l'objet de deux traitements. D'abord, elles sont liées à l'indice des prix à la consommation. Ensuite, elles sont adaptées au niveau du bien-être général de sorte qu'elles suivent la croissance générale du bien-être de la population. Cela s'appelle la revalorisation.

Une limite maximale (un plafond) a également été fixée. La rémunération brute annuelle n'est prise en compte qu'à concurrence de cette limite maximale, établie à 52.972,54 € pour l'année 2014. Ainsi, la pension elle-même est limitée à un certain maximum. Il existe également un droit à un revenu minimum. Si la pension à laquelle l'individu a droit est considérée comme insuffisante, elle peut être relevée. Cela nous ramène au secteur de l'aide sociale, où la garantie de revenus aux personnes âgées joue un rôle important.

B.2.2. Pensions d'indépendants

Le calcul de la pension des travailleurs indépendants est basé sur un revenu professionnel forfaitaire, réel ou fictif (pour les périodes assimilées). Pour les années de carrière situées avant 1984, un revenu professionnel forfaitaire (un montant fixe) par année est pris en compte. Pour les années après 1983, les revenus réels - mais limités à un plafond de 55.576,94 € (au 1^{er} janvier 2015) - sont pris en compte. Ces revenus réels sont multipliés par un coefficient d'adaptation composé de trois éléments, le coefficient de réévaluation à l'indice en vigueur à la date de prise de cours de la pension, 60% ou 75% et le coefficient dit d'harmonisation qui est basé sur le rapport entre les dépenses pour les prestations de pension et la totalité des dépenses dans le statut social des travailleurs indépendants et qui exprime le rapport entre le taux de cotisation pour les pensions ainsi obtenu et le taux de cotisation pour les pensions dans le régime des travailleurs salariés. Finalement, tout comme pour les travailleurs du secteur privé, la pension des travailleurs indépendants dépend également de leur situation familiale.

B.2.3. Pensions de fonctionnaires

Le calcul de la pension des fonctionnaires se fait d'une autre manière.

La formule de pension est :

Traitement de référence x nombre d'années de services admissibles

Pour les agents qui ont déjà atteint l'âge de 50 ans au 1^{er} janvier 2012, il est tenu compte des traitements des cinq dernières années à 100% hors index, plus, éventuellement, certains compléments de traitement énumérés par une loi.

Pour les agents n'ayant pas 50 ans au 1^{er} janvier 2012 il est tenu compte des traitements des dix dernières années à 100% hors index, plus, éventuellement, certains compléments de traitement énumérés par une loi.

Ce traitement de référence est multiplié par le nombre d'années de services admissibles et par la fraction de carrière 1/60. Pour certaines catégories de fonctionnaires (enseignants, magistrats,...), la fraction 1/60 est remplacée par une autre fraction.

Certaines périodes d'absence ne sont prises en compte qu'à concurrence d'un certain pourcentage des services réellement prestés. De plus, certaines périodes d'interruption de carrière ne pourront être admises que moyennant une contrepartie financière.

Si la possession d'un diplôme post-secondaire a été une condition nécessaire lors du recrutement ou d'une promotion ultérieure, les périodes d'études sont prises en considération pour le calcul de la pension en proportion avec la carrière (aucune cotisation n'est donc demandée).

Les pensions de retraite du secteur public sont limitées à deux montants maximums : le maximum relatif qui est égal aux $\frac{3}{4}$ du traitement de référence qui a servi de base au calcul de la pension et un maximum absolu qui s'élève à 6.283,85 € bruts par mois (montant d'application au 1^{er} mars 2015).

B.3. La pension minimum

Signalons qu'il existe des règles dans tous les régimes pour augmenter les pensions trop faibles de ceux qui ont reçu de bas salaires durant leur carrière professionnelle. En ce qui concerne les pensions des travailleurs salariés, la législation prévoit par exemple un droit minimum par année de carrière, pour autant que le pensionné puisse prouver une carrière d'au moins 15 ans à tiers temps et que son occupation ait été, pour chaque année prise en compte, égale à un tiers au moins d'un temps plein. Une pension minimum est également accordée à ceux qui ont accompli une carrière égale à au moins les deux tiers d'une carrière complète.

Dans le régime des fonctionnaires, il existe le montant minimum garanti de pension que l'on peut percevoir à 60 ans moyennant 20 ans de services dans une fonction principale ou en cas de pension pour inaptitude physique.

B.4. Le bonus de pension (valable pour tous les régimes de pension)

La loi du 28 juin 2013 prévoit le nouveau système de bonus de pension, applicable à partir du 1^{er} janvier 2014.

La constitution du bonus de pension débute un an après la date à laquelle le travailleur remplit les conditions générales pour avoir droit à une pension de retraite anticipée. La période durant laquelle on constitue un bonus de pension s'appelle la période de référence. Le bonus de pension est un montant forfaitaire accordé par jour de prestations effectives. Le montant du bonus augmente progressivement suivant le nombre de mois pendant lesquels la pension est reportée (par exemple de 1,50 € à 2,50 € pour les travailleurs salariés).

Au 1^{er} janvier 2015, le bonus de pension est supprimé sauf pour ceux qui répondent à une des deux conditions suivantes avant le 1^{er} décembre 2014 :

- ♦ avoir atteint l'âge de 65 ans et prouver une carrière d'au moins 40 années ; OU
- ♦ remplir la condition d'âge et de carrière pour l'obtention d'une pension de retraite anticipée.

B.5. Cumul pension de retraite

B.5.1. Cumul avec un revenu professionnel

La pension peut être cumulée avec une activité professionnelle sous conditions très strictes. Une activité professionnelle est définie comme "*toute activité qui peut produire des revenus professionnels au sens du Code des impôts sur les revenus*". Cependant, cela ne veut pas dire que, comme dans le régime du chômage, il soit interdit d'exercer quelle qu'activité que ce soit. Il existe une certaine **limite financière** annuelle à ne pas dépasser. Cette limite dépend du statut, de la situation familiale, de l'âge et de la nature de la pension octroyée.

Le tableau ci-dessous montre les montants limites pour 2015

Occupation en tant que :		Avant l'âge normal de la pension	A partir de l'âge normal de la pension
Salarié (secteur privé ou public) (montants bruts)	- base	7.793,00 €	22.509,00 €
	- avec au moins 1 enfant à charge	11.689,00 €	27.379,00 €
Indépendant (montants nets)	- base	6.234,00 €	18.007,00 €
	- avec au moins 1 enfant à charge	9.351,00 €	21.903,00 €

Ces montants sont automatiquement indexés chaque année au 1^{er} janvier.

Si les revenus de l'activité professionnelle dépassent les montants précités, le montant de la pension est réduit d'un pourcentage égal au pourcentage de dépassement pour toute l'année civile concernée.

Le pensionné qui totalise 45 années de carrière au moment de la prise de cours de la première pension de retraite (fonctionnaire, salarié, indépendant) peut cumuler de manière illimitée les revenus professionnels avec sa ou ses pensions de retraite anticipée(s) .

B.5.2. Cumul avec un revenu de remplacement

La pension de retraite sera suspendue pour tous les mois calendriers pendant lesquels la personne bénéficie d'un revenu de remplacement sauf si elle renonce au paiement de son revenu de remplacement.

C. Les pensions de survie

I Règlementation lorsque le conjoint est décédé avant le 1^{er} janvier 2015

C.1. Conditions générales

Une pension de survie n'est octroyée qu'aux veuves ou veufs selon le passé professionnel de leur conjoint décédé. Comme pour la pension de retraite, il faut remplir un certain nombre de **conditions** pour pouvoir bénéficier de la pension de survie.

- **En premier lieu, vous devez avoir atteint un certain âge.** En principe, il faut avoir 45 ans pour pouvoir bénéficier de la pension de survie (pour les pensions de survie des fonctionnaires, il existe des règles particulières pour les personnes âgées de moins de 45 ans). Si vous avez un enfant à charge ou une incapacité de travail d'au moins 66%, la condition d'âge n'est pas requise.

- **Puis, vous devez être marié avec la personne qui vient de décéder.** Le mariage ou la cohabitation légale suivie d'un mariage doit avoir duré au moins un an ou doit avoir donné lieu à la naissance d'un enfant (éventuellement posthume). S'il y a d'autres enfants à charge - par exemple d'un mariage précédent - la durée d'un an n'est pas requise non plus. Il en est de même dans le cas où le décès est la conséquence d'un accident survenu après la date du mariage ou d'une maladie professionnelle ou lorsqu'un enfant est né des suites du mariage, après le décès du conjoint. Toutefois, si le conjoint survivant se remarie, le paiement de la pension de survie est suspendu.

Le conjoint survivant marié depuis moins d'un an mais qui, avant son mariage, a été lié par un contrat de cohabitation légale (article 1476 du Code civil) avec le même donnant droit pourra obtenir une pension de survie pour autant que la durée de la cohabitation légale et la durée du mariage atteignent ensemble au moins 1 an.

Depuis le 1^{er} janvier 2015, si le décès est intervenu au plus tôt le 1^{er} janvier 2015, le conjoint survivant doit avoir atteint l'âge de 45 ans au moment du décès pour qu'une pension de survie puisse lui être octroyée. Il n'y a plus aucune dérogation prévue.

Si le conjoint survivant n'a pas atteint l'âge de 45 ans au moment du décès, celui-ci peut prétendre à une allocation de transition pendant une période de 24 ou 12 mois, selon qu'il y ait, à la date du décès, un enfant à charge ou non.

Pour obtenir une allocation de transition, le mariage ou la cohabitation légale suivie du mariage doit également avoir duré au moins un an ou doit avoir donné lieu à la naissance d'un enfant. S'il y a d'autres enfants à charge - par exemple d'un mariage précédent - la durée d'un an n'est pas requise non plus. Il en est de même dans le cas où le décès est la conséquence d'un

accident survenu après la date du mariage ou d'une maladie professionnelle. Toutefois, si le conjoint survivant se remarie, le paiement de l'allocation de transition est suspendu.

Dans le **secteur public**, il y a une **condition supplémentaire** : le conjoint survivant ne peut pas être indigne d'hériter de son conjoint en raison de délits commis envers lui.

Dans le secteur public, une pension de survie peut, sous certaines conditions, être octroyée au conjoint divorcé et à l'orphelin.

Réforme des pensions de survie secteur public

La loi du 15 mai 2014 portant des dispositions diverses a apporté des modifications importantes au régime des pensions de survie.

Des études ont montré que la pension de survie belge constitue souvent un piège à l'emploi surtout pour les femmes, lesquelles sont nombreuses à réduire, voire à cesser, leur activité professionnelle en vue de bénéficier de la pension de survie. Elles se constituent alors moins de droits individuels à la pension de retraite voire dans certains cas, plus du tout.

L'objectif poursuivi par la réforme des pensions de survie est de mettre fin à ce piège à l'emploi pour les personnes qui sont encore en âge de travailler et de favoriser l'égalité des chances socio-économiques entre hommes et femmes.

C'est pourquoi, pour le conjoint survivant âgé de moins de 45 ans au moment du décès de son conjoint et dont le conjoint est décédé après le 31 décembre 2014, la pension de survie est remplacée par une allocation limitée dans le temps : l'allocation de transition.

A l'issue du paiement de l'allocation de transition, le conjoint survivant qui n'a pas trouvé de travail aura automatiquement droit à une allocation de chômage.

La pension de survie à laquelle le conjoint survivant (âgé de moins de 45 ans au moment du décès de son conjoint survenu après le 31 décembre 2014) peut prétendre est octroyée et calculée mais le paiement de la pension est suspendu. Le conjoint survivant devra attendre de bénéficier d'une pension de retraite pour que sa pension de survie puisse lui être payée.

En ce qui concerne le conjoint divorcé âgé de moins de 45 ans au moment du décès de son ex-conjoint survenu après le 31 décembre 2014, il pourra hormis certaines exceptions, bénéficier de la pension de survie au moment où il bénéficiera d'une pension de retraite. Aucune allocation de transition n'est accordée au conjoint divorcé.

La réforme ne vise que :

- ♦ Les conjoints survivants ou divorcés âgés de moins de 45 ans au moment du décès de leur ex(conjoint) et
- ♦ Les décès survenus à partir du 1^{er} janvier 2015.

Toutefois, si au moment du décès, il y a un conjoint divorcé et un conjoint survivant, c'est l'âge du conjoint survivant qui va déterminer quand le conjoint divorcé peut prétendre au paiement de la pension de survie.

Le régime actuel de la pension de survie du secteur public reste donc en grande partie applicable après le 1^{er} janvier 2015.

Les pensions de survie en cours ne sont pas touchées par la réforme.

L'âge à partir duquel la pension de survie est octroyée sera relevé progressivement de 6 mois par année et passera de 45 ans au 1^{er} janvier 2015 (si décès au plus tard le 31 décembre 2015) à 50 ans au 1^{er} janvier 2025 (si décès au plus tôt au 1^{er} janvier 2025).

C.2. Calcul de la pension de survie

C.2.1. Calcul de la pension de survie chez les salariés et indépendants

Si le conjoint décédé était travailleur salarié ou indépendant, on distingue deux cas de figure.

Si le conjoint décédé n'avait pas encore pris sa pension de retraite, la pension de survie sera calculée de la façon suivante :

Par année de carrière on applique la formule:

$$\frac{\text{Salaire annuel adapté à l'inflation} \times 60\%}{\text{Nombre d'années entre le 20^{ème} anniversaire et le décès}}$$

Les résultats sont additionnés (voir pension de retraite).

Plus la carrière prise en considération est courte, plus ce calcul peut aboutir à un résultat relativement élevé, du fait de la prise en compte de rémunérations récentes généralement plus élevées. C'est pourquoi, une limitation est effectuée en considérant fictivement que la carrière est complète et en prenant en compte une rémunération forfaitaire (relativement peu élevée) pour les années fictivement ajoutées.

La rémunération prise en compte pour les années de carrière professionnelle prestées ou assimilées dépend du statut d'emploi du conjoint décédé.

Si le conjoint décédé avait déjà pris sa pension de retraite, le conjoint survivant bénéficiera d'une pension de survie de travailleur salarié équivalente à 80% de la pension du conjoint décédé au taux ménage (ce qui équivaut à une pension de personne isolée).

L'allocation de transition se calcule de manière analogue à la pension de survie mais le montant ne peut pas être inférieur au montant de la pension minimum calculé au prorata de la carrière du conjoint décédé.

Une pension de survie est donc réservée aux conjoints qui, à la date du décès, sont mariés. Les conjoints divorcés peuvent, quant à eux, réclamer une pension de retraite basée sur l'activité professionnelle de leur ex-conjoint pendant les années de mariage (cette dernière règle ne s'applique pas pour les fonctionnaires).

Il existe également des règles concernant les pensions minimales. Ces règles rejoignent celles applicables aux pensions de retraite.

C.2.2. Calcul de la pension de survie chez les fonctionnaires

La réforme des pensions de survie dans le secteur public n'a pas modifié le calcul des pensions de survie.

Si le conjoint décédé était fonctionnaire statutaire, le calcul de base de la pension de survie sera le suivant : 60% du traitement moyen que le conjoint décédé aura reçu au cours des 10 dernières années de sa carrière, multiplié par une fraction où le numérateur représente le nombre de mois de prestations qu'il aura effectués et le dénominateur, le nombre de mois compris entre la date de son 20^{ème} anniversaire et la date de son décès, avec un maximum de 480 mois.

Lorsque l'ayant droit ou un des ayants droit a atteint l'âge de 50 ans au 1^{er} janvier 2012, la pension est calculée sur la base de 60% du traitement moyen des 5 dernières années de la carrière.

La pension de survie sera éventuellement limitée à 50% du traitement maximum attaché au dernier grade du conjoint décédé, sur base de laquelle la pension de survie est calculée, multiplié par la fraction précitée.

Attention, les modalités seront toutefois différentes s'il y a eu mariage antérieur, suivi de divorce. Le paiement de la pension de survie sera suspendu en cas de remariage.

C.3. Cumul d'une pension de survie avec ...

C.3.1. Cumul d'une pension de survie ou d'une allocation de transition avec un revenu professionnel

a. Cumul pension de survie-revenu professionnel

Pour les bénéficiaires d'une pension de survie, il existe également des limites à l'activité professionnelle. Si vous êtes âgé de moins de 65 ans et bénéficiez uniquement d'une ou plusieurs pensions de survie, les limites suivantes sont applicables.

Le tableau ci-dessous montre les montants limites pour 2015

Occupation en tant que :	Sans enfant à charge	Avec au moins un enfant à charge
Salarié (secteur privé ou public) (montants bruts)	18.144,00 €	22.680,00 €
Indépendant (montants nets)	14.515,00 €	18.144,00 €

Les montants sont automatiquement indexés au 1^{er} janvier de chaque année.

b. Cumul allocation de transition-revenu professionnel

L'allocation de transition peut être cumulée avec les revenus d'une activité professionnelle sans limite de revenus.

C.3.2. Cumul d'une pension de survie ou d'une allocation de transition avec un revenu de remplacement

a. Cumul pension de survie-revenu de remplacement

La règle est l'interdiction de cumul.

Toutefois, une pension de survie peut être cumulée avec un revenu de remplacement durant une période unique de maximum 12 mois civils consécutifs ou non.

Le montant payable de la survie est limité à 674,46 € par mois.

Les périodes déjà prises sur la base de l'ancienne législation seront déduites du quota de 12 mois.

Il n'y a plus dans la nouvelle législation de distinction selon que le revenu de remplacement est perçu ou non pour tous les jours ouvrables du mois.

Si une personne cumule librement une ou plusieurs pensions de survie avec un revenu de remplacement, l'avantage de ce cumul autorisé est perdu à partir du moment où elle perçoit une pension de retraite belge ou étrangère.

b. Cumul allocation de transition-revenu de remplacement

L'allocation de transition peut être cumulée avec un revenu de remplacement (chômage, ...).

C.3.3. Cumul d'une pension de survie ou d'une allocation de transition avec une pension de retraite

a. Cumul pension de survie-pension de retraite

Le cumul d'une pension de survie du secteur public avec une pension de retraite (de n'importe quel autre secteur) est limité à 55% du traitement maximum de l'échelle barémique liée au dernier grade du conjoint décédé pris en considération pour le calcul de la pension de survie.

Le cumul d'une pension de survie de travailleur salarié ou de travailleur indépendant avec une pension de retraite (de n'importe quel autre secteur) est limité à 110% de la pension de survie qui aurait été accordée pour une carrière complète.

b. Cumul allocation de transition-pension de retraite

Si le conjoint survivant était fonctionnaire et est pensionné pour inaptitude physique, il peut cumuler l'allocation de transition avec sa pension pour inaptitude physique. La pension de survie est payée dès le moment où l'allocation de transition n'est plus payée.

Dans les deux cas (cumul allocation de transition/pension pour inaptitude physique et cumul pension de survie/pension pour inaptitude physique), les règles de cumul entre une pension de survie et une pension de retraite sont applicables.

II Régime pour les travailleurs salariés lorsque le conjoint décède au plus tôt le 1^{er} janvier 2015

Dans ce cas le conjoint survivant obtiendra une pension de survie ou une allocation de transition.

L'âge du veuf ou la veuve au moment du décès de son conjoint détermine la prestation qui est attribuée.

Age minimum du conjoint survivant pour prétendre à une pension de survie.

Décès en	Condition d'âge
2015	45 ans
2016	45 ans et 6 mois
2017	46 ans
2018	46 ans et 6 mois
2019	47 ans
2020	47 ans et 6 mois
2021	48 ans
2022	48 ans et 6 mois
2023	49 ans
2024	49 ans et 6 mois
2025	50 ans

Le conjoint survivant, qui ne remplit pas la condition d'âge pour obtenir la pension de survie, obtient l'allocation de transition si les autres conditions ci-dessous sont remplies.

Les règles suivantes régissent l'allocation de transition.

C.4. Conditions générales

Comme pour la pension de survie, il y a une condition de durée minimale d'un an de mariage ou de cohabitation légale suivie de mariage. Les exceptions à cette condition sont les mêmes. L'allocation de transition est également perdue en cas de remariage.

C.5. Calcul de l'allocation de transition

En règle générale, le calcul de l'allocation de transition est similaire à celui de la pension de survie.

C.6. Durée

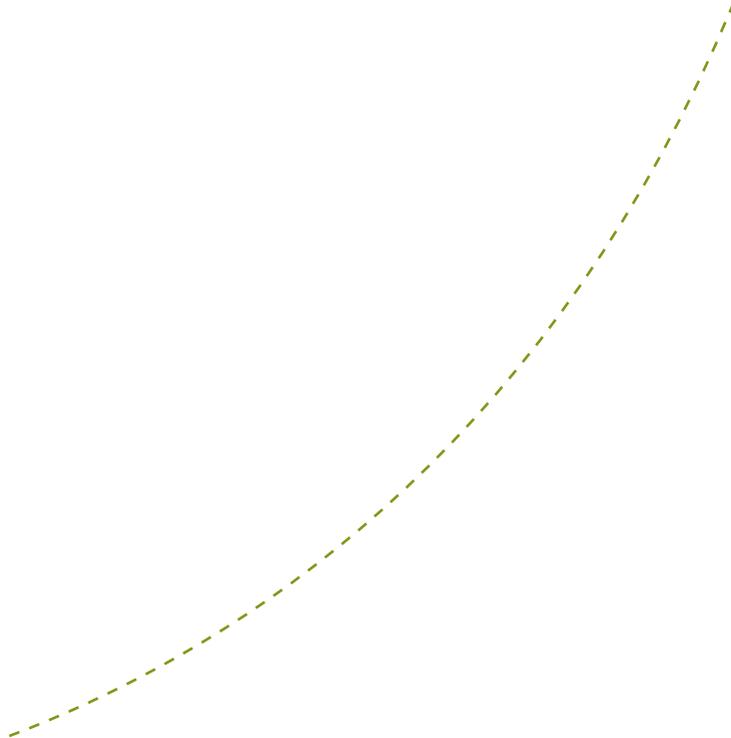
L'allocation de transition est octroyée pour une durée de 12 mois. Cette période est de 24 mois, si au moment du décès, un enfant est à charge pour lequel l'époux ou l'épouse percevait des allocations familiales ou si un enfant posthume naît dans les trois cents jours du décès.

Au terme de cette période le conjoint survivant peut prétendre aux allocations de chômage.

La personne ayant bénéficié d'une allocation de transition peut aussi prétendre à une pension de survie lorsqu'elle atteint l'âge légal de la retraite ou peut prétendre à une pension de retraite anticipée ou bénéficie d'une pension de retraite pour motif de santé ou d'incapacité physique dans le secteur public.

C.7. Cumul avec des revenus professionnels ou des prestations de sécurité sociale

L'allocation de transition peut être cumulée sans limitation avec des revenus professionnels ou des prestations de sécurité sociale.





Les soins de santé

Qu'est-ce que cela signifie, les soins médicaux ? Qu'est-ce qui est remboursé, à concurrence de quel montant et pour qui ? Nous essayerons de fournir des réponses concrètes.

A. Les bénéficiaires

L'assurance obligatoire soins de santé couvre aussi bien les travailleurs salariés, indépendants ou du secteur public, que les chômeurs, pensionnés, bénéficiaires du revenu d'intégration, handicapés, étudiants, orphelins, les mineurs étrangers non accompagnés..., ainsi que les personnes qui sont à leur charge et qui remplissent les conditions pour ce faire : les conjoints, cohabitants, enfants, petits-enfants, arrière-petits-enfants, etc.

Les **conditions** à remplir pour être considéré comme personne à charge sont les suivantes :

- ♦ disposer d'un revenu brut ne dépassant pas 2.326,00 € par trimestre (au 4^{ème} trimestre 2014) ;
- ♦ résider au sein de la famille du titulaire (bénéficiaire) du droit aux soins de santé, à l'exception de l'époux ou de l'épouse séparé(e) (de fait ou de corps), des enfants de moins de 25 ans et du 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.

Dans la pratique on peut donc dire que toute la population belge, à part quelques exceptions, a accès aux soins de santé. Pourtant, tout bénéficiaire doit remplir un certain nombre de **conditions** pour ouvrir un droit aux soins de santé.

1. **Tout bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé doit s'affilier ou s'inscrire auprès d'un organisme assureur** (mutualité, service régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité ou Caisse des soins de santé de la SNCB-Holding). Le choix de l'organisme assureur est libre sauf pour le personnel statutaire des chemins de fer belges.
2. Le droit aux soins de santé ne s'ouvre que si des **cotisations** ont été payées et atteignent une valeur minimale. Si le minimum requis n'est pas atteint, le paiement d'une cotisation complémentaire est nécessaire pour conserver ses droits aux soins de santé.
3. En principe, pour obtenir le remboursement des soins de santé par l'assurance obligatoire soins de santé, il ne faut pas accomplir un **stage de six mois**, si ce n'est dans des cas exceptionnels expressément prévus par la réglementation et toujours en cas de non respect de l'obligation de cotisations susvisée.

B. Les prestations de santé

Les prestations de santé comprennent tant les soins préventifs que les soins curatifs nécessaires au maintien et au rétablissement de la santé. Ces soins ont été rangés dans **27 catégories** différentes de soins de santé, dont voici les **catégories les plus importantes** :

- ♦ les soins médicaux courants comportant : les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les soins donnés par les kinésithérapeutes ;
- ♦ les soins dentaires ;
- ♦ les accouchements ;
- ♦ la fourniture de médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, médicaments génériques,...) ;
- ♦ les soins hospitaliers ;
- ♦ les soins nécessités par la rééducation fonctionnelle.

Tous les soins de santé remboursables (soit totalement soit partiellement) sont repris dans une nomenclature des prestations de santé, c'est-à-dire une liste qui contient non seulement la valeur relative des soins, mais également des règles d'application spécifiques, des critères de compétence des dispensateurs de soins, etc. Une telle liste existe également pour les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'un remboursement.

Tout comme les travailleurs salariés et du secteur public, les travailleurs indépendants bénéficient également des prestations de santé y inclus, depuis 2008, les "*petits risques*".

C. Les tarifs de remboursement

C.1. La médecine

Si vous allez chez votre médecin ou que vous recevez une autre forme de soins médicaux, vous devez en principe faire l'avance des frais en contrepartie d'une attestation de soins donnés. Ensuite, vous vous rendez avec l'attestation auprès de votre **organisme assureur (mutualité), qui effectuera le remboursement.**

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 du bénéficiaire et de la qualité du dispensateur de soins. Dans la plupart des cas, vous ne serez pas remboursé du montant complet. Souvent, il faut payer une **quote-part personnelle ou "ticket modérateur"**. En principe, la quote-part personnelle ou ticket modérateur est de 25%. Elle peut éventuellement, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure.

Cependant, il existe deux manières d'obtenir un régime de remboursement plus élevé des prestations de santé pour certaines catégories de personnes. Il s'agit de ce que l'on appelle l'intervention majorée de l'assurance :

- ◆ **première manière** : automatiquement, sur base d'un avantage ou d'une qualité/situation. Ainsi il est octroyé sans condition de revenus aux
 - bénéficiaires d'un revenu d'intégration octroyé par le CPAS (pendant au moins trois mois complets ininterrompus) ;
 - bénéficiaires d'une aide équivalente octroyée par le CPAS (pendant au moins trois mois complets ininterrompus) ;
 - personnes qui bénéficient de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou d'un revenu garanti aux personnes âgées ou qui conserve le droit à la majoration de rente ;
 - bénéficiaires d'une des allocations aux personnes handicapées octroyée par le SPF Sécurité sociale ;
 - enfants inscrits en qualité de titulaires MENA (mineurs étrangers non accompagnés),
 - enfants reconnus atteint d'un handicap (physique ou mental) d'au moins 66% reconnus par un médecin du SPF Sécurité sociale ;
 - enfants inscrits en qualité de titulaires orphelins.

- ♦ **deuxième manière** : après enquête sur les revenus du ménage effectuée par la mutualité. Une période de référence d'une durée d'une année civile précédant celle de l'introduction de la demande, est applicable. Le ménage doit établir qu'il a bénéficié de revenus modestes.

L'intervention majorée est octroyée si les revenus annuels du ménage ne dépassent pas le plafond de 16.965,47 € augmenté de 3.140,77 € par personne supplémentaire présente dans le ménage (montants valables pour une demande introduite en 2015).

Toutefois, lorsque les revenus sont assez stables ou que la situation du ménage est assez stable C'est le cas si vous êtes

- pensionné(e) ;
- invalide ;
- chômeur au chômage complet depuis au moins un an ;
- agent des services publics mis en disponibilité pour cause de maladie ou d'infirmité depuis 1 an et militaire placé en retrait temporaire d'emploi pour motifs de santé depuis un an ;
- inscrit au Registre national des personnes physiques qui, en raison de son état de santé, est reconnu incapable d'exercer un travail lucratif ;
- veuf / veuve, ;
- titulaire au sein d'une famille monoparentale,

c'est le revenu mensuel qui est pris en considération (pas de période de référence d'un an).

Il peut s'agir des revenus du mois qui précède la demande d'intervention majorée ou des revenus du mois en cours, si la demande est introduite pendant le mois au cours duquel la qualité est acquise.

Dans ce cas, le plafond est momentanément fixé à 16.965,47 € augmenté de 3.140,77 € par membre supplémentaire dans le ménage (pas d'application d'index).

Les bénéficiaires de l'intervention majorée bénéficient notamment de remboursements plus élevés des soins et des médicaments et d'un régime plus favorable pour les acomptes et la quote-part personnelle (ticket modérateur) en cas d'hospitalisation.

C.2. La pharmacie

A la pharmacie, dans le cas d'une prescription d'un médecin agréé, vous ne devez pas payer le montant intégral pour autant que vous soyez en ordre d'assurabilité et, que le médicament prescrit soit pris en charge par l'assurance soins de santé, les tarifs de remboursement sont toujours appliqués directement (**c'est le régime dit du tiers payant**). Les bénéficiaires d'une intervention majorée ont également droit à des tarifs de remboursement plus élevés.

Les fournitures pharmaceutiques comprennent les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, préparées par le pharmacien lui-même.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables sont réparties en **sept catégories de remboursement (catégories A, B, C, Cs, Cx, Fa et Fb)**.

La catégorie de remboursement attribuée indique dans quelle mesure l'assurance obligatoire intervient dans les frais. Les spécialités des catégories A, B, C, Fa et Fb sont considérées comme « *nécessaires* » et classées entre elles en fonction de l'intérêt médico-thérapeutique de chacune d'entre elles.

La catégorie A renferme des spécialités d'importance vitale, la catégorie B les spécialités importantes sur le plan thérapeutique, la catégorie C les spécialités destinées au traitement symptomatique. Les catégories Fa et Fb indiquent les spécialités auxquelles une base de remboursement constituée d'un montant fixe est attribuée. La différence éventuelle entre le prix appliqué et la base de remboursement ne peut pas être mise à charge du patient.

Depuis avril 2010, l'intervention personnelle du patient (non hospitalisé) est calculée sur base de la base de remboursement du médicament au niveau ex-usine (BR ex fact).

Catégories

A/Fa		B/Fb		C	Cs	Cx
		Bénéficiaires préférentiels	Bénéficiaires ordinaires			
Intervention personnelle fixée à 0% de la BR ex fact	BR ex fact	2,33	0,87			
	< 14,38 EUR	Intervention personnelle de 26,52% de la BR ex fact	44,20% de la BR ex fact	88,39% de la BR ex fact	106,07% de la BR ex fact	141,43% de la BR ex fact
GRATUITE						
Intervention personnelle de 0 EUR + 0% de la BR ex fact	> 14,38 EUR	Intervention personnelle de 1,50 EUR + 16% de la BR ex fact	2,50 EUR + 27% de la BR ex fact	5,00 EUR + 54% de la BR ex fact	6 EUR + 65% de la BR ex fact	8,00 EUR + 86% de la BR ex fact

Lors du calcul il est tenu compte des plafonds des tickets modérateurs suivants :

	Bénéficiaires préférentiels non hospitalisés	Bénéficiaires ordinaires non hospitalisés
- Catégorie B	- Max. 7,80 €	- Max. 11,80 €
- Catégorie B - grand modèle	- Max. 9,70 €	- Max. 14,70 €
Catégorie C	- Max. 9,70 €	- Max. 14,70 €
Catégorie Cs	Ticket modérateur sans maximum	
Catégorie Cx	Ticket modérateur sans maximum	
Catégorie Fb	- Max. 7,80 €	- Max. 11,80 €
Catégorie Fb – grand modèle	- Max. 9,70 €	- Max. 14,70 €

Un grand modèle est un emballage qui contient plus de 60 unités.

Toutefois, en sus de ce ticket modérateur, un supplément (la différence entre le prix appliqué et la base de remboursement) peut également être porté en compte dans le cadre du remboursement de référence.

Quant aux **préparations magistrales**, elles sont subdivisées en fonction de leur utilité sociale et thérapeutique. Les tarifs de remboursement, exprimés en montants forfaitaires, pour les bénéficiaires normaux peuvent s'élever à 0 €, 1,20 € ou 2,40 € et pour les bénéficiaires de la catégorie préférentielle à 0 €, 0,32 € ou 0,64 €.

Lors d'une hospitalisation en hôpital général, un montant forfaitaire de 0,62 € par journée vous est facturé pour les spécialités pharmaceutiques remboursables.

C.3. L'hôpital

Outre les médicaments, en cas de séjour dans un hôpital général, la participation de l'assuré est fixée forfaitairement comme suit (montants au 1^{er} mars 2015) :

Bénéficiaires	1^{er} jour (*)	A partir du 2^e jour	A partir du 91^e jour
Bénéficiaires de l'intervention majorée	5,44 €	5,44 €	5,44 €
Enfants personnes à charge	32,71 €	5,44 €	5,44 €
Titulaires en chômage contrôlé qui ont depuis 12 mois au moins la qualité de chômeur complet ayant charge de famille ou isolé, y compris leurs personnes à charge	32,71 €	5,44 €	5,44 €
Titulaires ayant personnes à charge ou tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou acte notarié y compris leurs personnes à charge	42,58 €	15,31 €	5,44 €
Autres	42,58 €	15,31 €	15,31 €

(*) Montant forfaitaire de 27,27 € compris

Le **1^{er} jour**, un montant forfaitaire de 27,27 € est facturé par admission, indépendamment du fait que des prestations techniques médicales aient été dispensées ou non. Ce forfait ne s'applique cependant pas aux bénéficiaires du régime préférentiel.

A partir du 91^{ème} jour, toutes les catégories de bénéficiaires, à l'exception des titulaires ordinaires sans personne à charge, ne paient qu'une quote-part personnelle (ou ticket modérateur) de 5,44 €.

En cas d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique, la quote-part personnelle du bénéficiaire est la même qu'en cas d'hospitalisation dans un hôpital général et ce, durant les cinq premières années. À partir de la sixième année, celle-ci s'élève à 25,52 € pour les titulaires ordinaires sans personnes à charge, à 15,31 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les chômeurs sans personne à charge ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou acte notarié et à 5,44 € pour tous les autres bénéficiaires.

C.4. Les autres maisons de soins

Outre le séjour dans un hôpital (général ou psychiatrique), les prestations dispensées dans les maisons de repos et de soins (MRS), les maisons de soins psychiatriques (MSP), les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et/ou les résidences communes pour personnes âgées, les centres de soins de jour ainsi que le placement en habitation protégée ouvrent le droit à une intervention forfaitaire de l'assurance.

D. Du maximum à facturer (MàF)

Une partie de vos soins médicaux sont remboursés par votre mutualité. Mais en cas de maladie grave, fréquente ou de longue durée, la partie à payer qui reste à votre charge après l'intervention de la mutualité (ce qu'on appelle le "*ticket modérateur*" ou intervention personnelle) peut devenir très importante. Une solution existe, c'est ce que l'on appelle le **maximum à facturer**.

Le maximum à facturer donne, à l'ayant-droit et à son ménage, la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant déterminé (ce montant est déterminé en fonction des revenus du ménage) pour vos frais de soins de santé.

Par ménage, on entend en principe le ménage constitué, soit par une personne vivant habituellement seule, soit par deux ou plusieurs personnes occupant habituellement un même logement et y vivant en commun. La composition du ménage est alors déterminée en fonction des données contenues au Registre national des personnes physiques.

Par **frais de santé**, on entend notamment :

- ♦ ticket modérateur pour les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres prestataires de soins ;
- ♦ ticket modérateur pour les médicaments des catégories A, B, C, Fa et Fb et pour les préparations magistrales (médicaments que les pharmaciens font eux-mêmes) ;
- ♦ ticket modérateur pour les prestations techniques (par exemple, opérations, radiographies, examens de laboratoire, tests techniques...) ;
- ♦ quote-part personnelle dans le prix d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital général (entièrement) et dans un hôpital psychiatrique (seulement les 365 premiers jours) ;
- ♦ quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments en cas d'hospitalisation ;
- ♦ alimentation entérale par sonde ou stoma pour les jeunes de moins de 19 ans ;
- ♦ matériel endoscopique et de viscérosynthèse ;
- ♦ marges de délivrance (supplément) pour implants.

Le principe est donc le suivant : dès que l'ensemble de vos interventions personnelles dans certains types de soins excède un plafond déterminé, la mutualité vous rembourse intégralement toutes vos interventions personnelles en sus du plafond. Ce plafond varie en fonction de la catégorie sociale à laquelle vous appartenez, de votre âge ou en fonction des revenus de votre ménage. Depuis le 1^{er} janvier 2009, ce plafond est diminué de 100 € par ménage si un membre du ménage a supporté individuellement 450 € d'interventions personnelles durant les deux années calendrier précédentes (MàF maladies chroniques).

Il existe donc plusieurs types de maximum à facturer (MàF) :



Le MàF social

L'assurance intervient à concurrence de 100% lorsque l'ensemble des interventions personnelles (relatives aux prestations effectuées durant l'année en cours) effectivement prises en charge par un ménage atteint 450 €. Cet avantage n'est cependant octroyé qu'aux bénéficiaires de l'intervention majorée qui font partie du ménage ainsi qu'à leurs partenaires et personnes à charge.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, le plafond est de 350 € lorsqu'un membre de cette partie de ménage a supporté individuellement 450 € de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes (MàF malades chroniques ; cfr supra).

Le MàF à titre individuel

Une solution particulière a été créée pour l'enfant âgé de moins de 19 ans. Ainsi, l'enfant qui, au 1^{er} janvier de l'année d'octroi du MàF, est âgé de moins de 19 ans et qui a effectivement supporté des interventions personnelles d'un montant de 650 € peut bénéficier du MàF à titre individuel et ce, indépendamment des revenus de sa famille.

Toutefois, depuis le 1^{er} janvier 2009, lorsque l'enfant a supporté individuellement 450 € de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes, le maximum est porté à 550 €.

Le MàF revenus

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.

Plafonds de revenus (€) (2015)	Plafonds d'interventions personnelles (€)	Réductions Maladies chroniques (€)
Statut protégé (MàF social)	450	350
MàF revenus		
Jusqu'à 17.780,17	450	350
De 17.780,18 à 27.333,69	650	550
MàF à titre individuel	650	550
De 27.333,70 à 36.887,24	1.000	900
De 36.887,25 à 46.042,70	1.400	1.300
A partir de 46.042,71	1.800	1.700

Le plafond est diminué de 100 € par ménage si un membre a supporté individuellement 450 € de tickets modérateurs durant les 2 années calendrier précédentes. Ainsi pour le MàF revenus, les plafonds seront respectivement de 350 €, 550 €, 900 €, 1.300 € et 1.700 €.

E. Du statut Affection chronique

Ce statut prévoit une reconnaissance de la personne atteinte d'une affection chronique et a pour but d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs frais de soins de santé. Il permet de bénéficier automatiquement de certains droits spécifiques (exemples : application du tiers payant, diminution de 100 € du ticket modérateur dans le cadre du M&F).

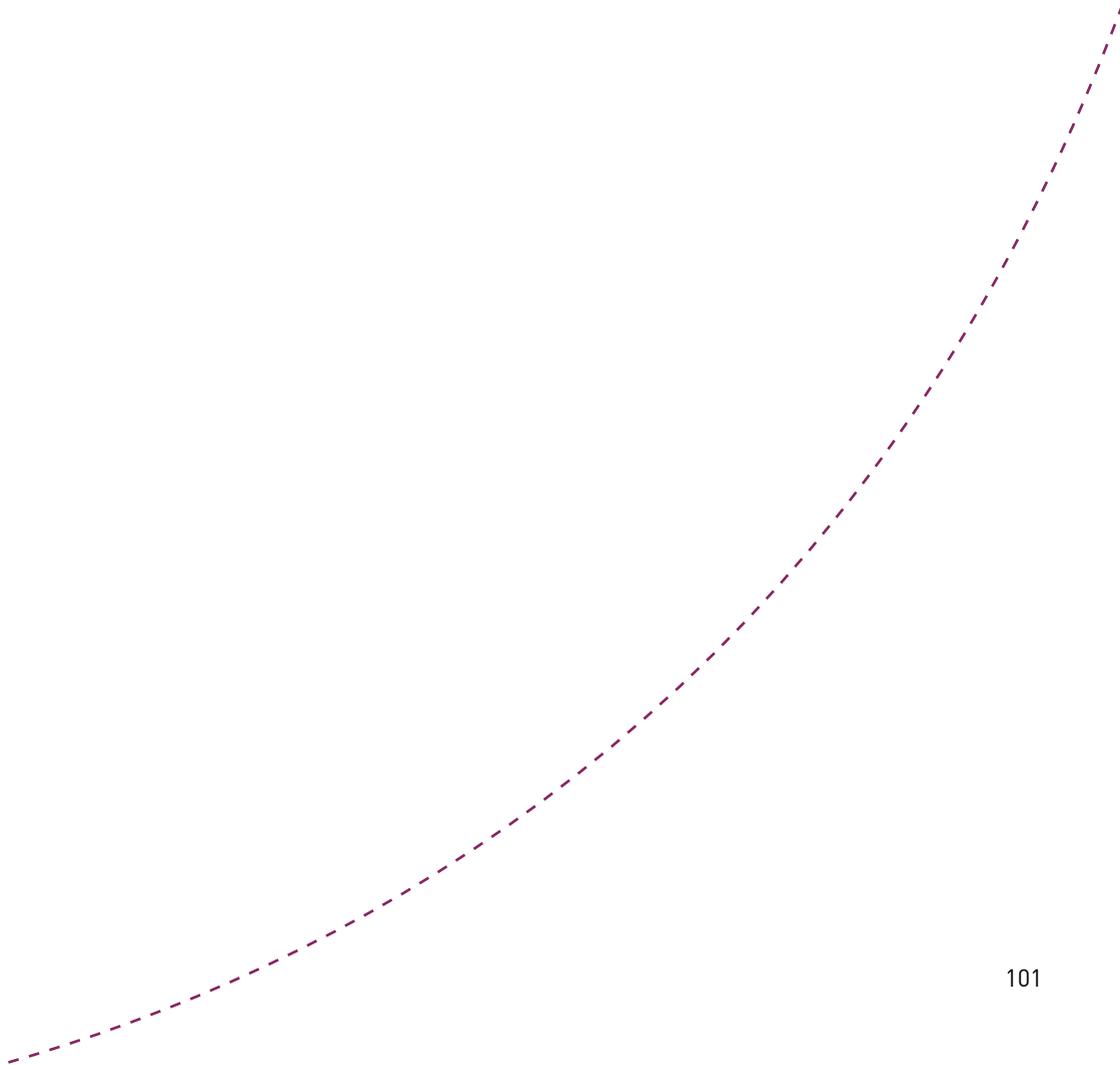
Ce statut est accordé dans trois situations :

- ♦ Pour une période de 2 ans si vous dépensez chaque trimestre, pendant 8 trimestres consécutifs (2 années civiles complètes), au moins 304,17 € en soins de santé. Vos dépenses en soins de santé comprennent aussi bien les montants à votre charge (tickets modérateurs) que les montants pris en charge par la mutualité (sauf les suppléments d'honoraires) ;
- ♦ Pour une période de 2 ans si vous bénéficiez de l'allocation forfaitaire pour frais de santé élevés à partir du 1er janvier de l'année qui suit l'octroi de l'allocation ;
- ♦ Pour une période de 5 ans si vous dépensez au moins 304,17 € par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs et faites parvenir à votre mutualité une attestation d'un médecin-spécialiste attestant que vous souffrez d'une maladie rare ou orpheline.

Exemples de maladies rares ou orphelines : le syndrome de west, le syndrome de Senear-Usher, l'hémocromatose africaine, la dermatite herpétiforme, la maladie de Stargardt, la chorée de Huntington, Vacterl, etc.

Pour obtenir ce statut, vous n'avez aucune démarche à effectuer si ce n'est transmettre une attestation médicale à la mutualité si vous souffrez d'une maladie rare ou orpheline.

La mutualité vous informe par simple lettre si vous remplissez les conditions d'octroi du statut. Il en est de même lorsqu'il est mis fin à ce statut.





Les indemnités pour maladie



En cas de maladie, le bénéficiaire se verra non seulement remboursé de ses frais médicaux, mais il aura également droit à des prestations servant de compensation des pertes de rémunération.

Ces régimes ne s'appliquent qu'à des maladies et des accidents qui ont lieu dans la vie privée. Tout ce qui peut être considéré comme un accident du travail ou une maladie professionnelle sera traité plus loin.

En ce qui concerne les indemnités, il faut faire une distinction entre les travailleurs salariés, les fonctionnaires et les travailleurs indépendants. Comme toujours, notre point de départ sera le régime des travailleurs salariés. Après, nous examinerons les différences principales avec les deux autres régimes.

A. Les travailleurs salariés

En général, on peut dire que le travailleur qui, pour les soins de santé, ouvre le droit aux prestations de l'assurance maladie, est également bénéficiaire des indemnités de maladie. Les bénéficiaires doivent cependant remplir certaines **conditions** pour que des indemnités leur soient octroyées.

1. Les travailleurs titulaires doivent **totaliser 120 jours de travail** ou jours assimilés à des jours ouvrables (congés payés, de maladie) dans une **période de six mois** précédant la date d'obtention du droit aux indemnités.
2. Les travailleurs titulaires doivent prouver qu'ils ont **payé suffisamment de cotisations** pour le secteur des indemnités. Ces cotisations doivent avoir atteint un **certain montant minimum** ou doivent être complétées par des cotisations personnelles.
3. Les bénéficiaires remplissant les conditions précédentes conservent le **droit aux indemnités** jusqu'à la fin du trimestre qui suit celui au cours duquel ils ont terminé leur stage.

L'incapacité de travail est composée de deux périodes, à savoir l'incapacité de travail primaire et l'invalidité.

incapacité de
travail primaire



invalidité

Lorsqu'il n'y a pas de **présomption légale d'incapacité de travail** (ex. hospitalisation), l'état d'incapacité de travail doit être déclaré à l'organisme assureur au moyen d'un **certificat médical** rempli, daté et signé, motivant son incapacité. Il appartient ensuite au médecin-conseil de l'organisme assureur de constater celle-ci et d'en fixer la durée (début et fin). Il peut également vous convoquer à un examen médical pour évaluer le **degré de cette incapacité**.

A.1. L'incapacité de travail primaire

L'indemnisation par l'assurance débute après l'octroi éventuel du salaire garanti par l'employeur (généralement dû pendant un mois pour les employés et pendant deux semaines pour les ouvriers). La période d'incapacité de travail primaire dure un an maximum et prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Vous recevrez, durant cette période, à charge de votre organisme assureur, **60% de votre rémunération** (plafonnée à 123,3821 € pour les incapacités antérieures au 1^{er} janvier 2005, 125,8497 € pour les incapacités survenues entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006, 127,1082 € pour les incapacités survenues entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2008, 128,1250 € pour les incapacités survenues entre le 1^{er} janvier 2009 le 31 décembre 2010, 129,0219 € pour les incapacités survenues entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 mars 2013, et 131,6023 € pour les incapacités à partir du 1^{er} avril 2013). Les indemnités ne sont, en principe, pas octroyées pour les périodes couvertes par le salaire garanti à charge de l'employeur.

Pour le chômeur, le montant des indemnités pour incapacité de travail primaire, ne peut pas dépasser, pendant les six premiers mois, l'allocation du chômage à laquelle il aurait droit s'il ne s'était trouvé en état d'incapacité de travail.

La période d'incapacité de travail primaire prend fin dès que vous reprenez le travail. Cependant, si vous retombez malade dans les quatorze jours suivant la reprise, la période d'incapacité primaire est censée ne pas s'être interrompue (rechute).

Une période de repos de maternité interrompt une période d'invalidité.

A.2. L'invalidité

La période d'invalidité prend cours après une année d'incapacité de travail primaire. L'invalidité est constatée par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur base d'un rapport dressé par le médecin-conseil de l'organisme assureur. La fin de l'invalidité est constatée quant à elle par le médecin-conseil ou le médecin inspecteur ou le Conseil médical de l'invalidité selon le cas.

Pour la détermination du montant des indemnités d'invalidité, il est tenu compte de la situation familiale du bénéficiaire et de la date de survenance de l'incapacité. Un titulaire ayant personne à charge a droit à un taux d'indemnités fixé à 65% de la rémunération (également plafonnée à 123,3821 €, 125,8497 €, 127,1082 €, 128,1250 €, 129,0219 € ou 131.6023 € suivant la date de survenance de l'incapacité voir supra). Pour les autres titulaires sans charge de famille, le taux de l'indemnité d'invalidité est réduit à 55% (isolé) ou 40% de la même rémunération plafonnée.

Ainsi, le taux isolé (55%) est attribué au bénéficiaire dans les situations suivantes :

- ♦ lorsqu'il apporte la preuve soit qu'il vit seul, soit qu'il cohabite avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme personne à charge ;
- ♦ lorsqu'il cohabite avec une personne qui perçoit des revenus de remplacement dont le montant est compris entre 932,98 € et 1.026,81 € ;
- ♦ lorsqu'il cohabite avec une personne qui perçoit des revenus professionnels ou des revenus professionnels combinés à des revenus de remplacement dont le montant est compris entre 932,98 € et 1.501,82 €.

La période d'invalidité n'est pas interrompue par une reprise du travail de moins de trois mois (rechute). Une période de repos de maternité interrompt une période d'invalidité.

Le paiement des indemnités se fait mensuellement entre l'antépénultième jour du mois courant et le cinquième jour du mois suivant.

Lors des périodes d'indemnités, il vous est interdit de travailler, sauf dans une mesure limitée si vous en avez introduit la demande préalablement auprès de votre médecin-conseil et obtenu l'autorisation.

Dans certains cas, les indemnités peuvent être réduites (ex. en cas de cumul avec une allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire prévue pour les handicapés, etc.) ou refusées (ex. pour la période pour laquelle vous avez droit à une rémunération pour un travail non autorisé, etc.).

B. Les travailleurs indépendants

Tout comme les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants doivent s'inscrire auprès d'un organisme assureur et ils doivent effectuer une période d'attente de six mois.

Tout travailleur indépendant doit envoyer, dans les 28 jours calendrier après le début de son incapacité de travail, une déclaration du médecin traitant au médecin conseil de son organisme assureur. Le médecin conseil peut décider de convoquer l'intéressé afin de contrôler son état d'incapacité de travail. Durant la première année, l'évaluation de l'incapacité de travail est fonction de la profession que l'indépendant exerçait avant son incapacité. Après, il est tenu compte d'emplois équivalents.

Dans le régime des travailleurs indépendants, nous distinguons **trois périodes d'incapacité de travail** :

une période non indemnisée d'un mois



une période indemnisée pour incapacité de travail primaire de onze mois

après un an d'incapacité de travail primaire, c'est la période d'invalidité qui commence

Les indépendants ne reçoivent pas de pourcentage de leur rémunération perdue, mais un montant forfaitaire qui dépend de leur situation familiale :

	Avec personnes à charge	Isolé	Cohabitant
Période non indemnisée d'un mois	0 €	0 €	0 €
Période indemnisée d'incapacité de travail (du 2 ^{ème} au 12 ^{ème} mois)	53,99 €	40,81 €	33,13 €
Invalidité générale	53,99 €	40,81 €	33,13 €
Invalidité en cas de cessation d'activité	53,99 €	43,21 €	37,05 €

Les montants indiqués dans le tableau sont journaliers et sont d'application au 1^{er} mars 2015.

C. Les fonctionnaires fédéraux

Le risque maladie des fonctionnaires fédéraux **est couvert par une réglementation spécifique qui se traduit par la constitution d'un crédit maladie**. Les congés de maladie sont accordés à concurrence de 21 jours ouvrables par 12 mois d'ancienneté de service avec un minimum de 63 jours ouvrables pour les trois premières années de service. Pendant une période de congé de maladie, le fonctionnaire continue à recevoir 100% de sa rémunération.

Lorsque tous les **jours de congé de maladie** accumulés par le fonctionnaire sont épuisés, il se trouve en disponibilité pour maladie (invalidité). Dans ce cas, il recevra un traitement d'attente égal à au minimum 60% de son dernier traitement d'activité et ce, indépendamment de sa situation familiale. Le montant de ce traitement d'attente ne peut toutefois être inférieur aux indemnités que l'intéressé obtiendrait dans la même situation si le régime de la sécurité sociale lui était applicable ainsi qu'au montant qu'il obtiendrait s'il était admis, au moment de sa mise en disponibilité, à la pension pour incapacité physique.

Cependant, si l'affection dont souffre l'agent est reconnue comme maladie grave et de longue durée, il aura droit à un traitement d'attente mensuel égal au montant de son dernier traitement d'activité.

Si le fonctionnaire a épuisé tous les jours de congé de maladie auxquels il a droit sur la base de son ancienneté, il peut être déclaré définitivement inapte. Alors il sera mis à la pension anticipativement et il recevra un montant annuel qui dépend de sa rémunération et de sa charge familiale.



Les indemnités de maternité

Les femmes enceintes ont droit à un congé de maternité et une indemnité au cours de celui-ci. Dans ce domaine, il existe des différences importantes entre les divers régimes.

Les périodes de protection de maternité ne peuvent pas être considérées comme des périodes d'incapacité de travail. Elles permettent à la femme enceinte de se reposer tout en lui garantissant pendant cette période un revenu de remplacement.

A. Le Congé de maternité

A.1. Les travailleuses salariées

Le régime de maternité est divisé en **deux périodes** :



- ♦ une période de repos **prénatal** qui comporte un **maximum de 6 semaines** avant la date présumée de l'accouchement (8 semaines si naissance multiple) dont cinq sont facultatives (sept si naissance multiple) et peuvent donc être reportées après l'accouchement et une obligatoire durant laquelle il est interdit de travailler ;
- ♦ une période de repos **post-natal** qui s'étend à la **période des 9 semaines** qui suivent l'accouchement. Cette période peut éventuellement être complétée des 5 semaines facultatives (ou 7) prévues dans la période de repos prénatal. En cas de naissance multiple, la période de repos postnatal de 9 semaines peut être prolongée de 2 semaines. La travailleuse enceinte, accouchée ou allaitante peut bénéficier d'une indemnité de maternité si elle remplit certaines conditions.

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, le père peut épuiser le reste du congé postnatal de la mère à condition qu'il soit titulaire du droit aux indemnités (voir supra).

Le montant de l'indemnité de maternité est en principe fixé à un **pourcentage de la rémunération perdue plafonnée** (131,6023 €), à l'exception de l'indemnité pour les 30 premiers jours du congé de maternité de la travailleuse salariée active.

Les indemnités de maternité

Situation de la titulaire	Pendant les trente premiers jours calendrier du repos de maternité	Dès le 31^{ème} jour calendrier de la période de repos de maternité
Avec contrat de travail	82% de la rémunération brute non plafonnée	75% de la rémunération brute plafonnée
En incapacité de travail et sans contrat de travail	79,5% de la rémunération perdue plafonnée	75% de la rémunération perdue plafonnée
Chômeuse	$60\% \text{ (indemnité de base (*))}$ $+ 19,5\% \text{ (complémentaire)}$ $= 79,5\%$	$60\% \text{ (indemnité de base(*))}$ $+ 15\% \text{ (complémentaire)}$ $= 75\%$

(*) L'indemnité de base s'élève à 60% de la rémunération perdue. Pour les chômeurs, l'indemnité de base est égale à l'allocation de chômage (si la durée de l'incapacité de travail est de moins de 7 mois).

A.2. Les travailleuses indépendantes

Les travailleuses indépendantes et aidantes ont droit à un congé de maternité équivalent à une période de maximum 8 semaines (9 en cas de naissance multiple). Il n'y a pas d'obligation de prendre toutes les semaines. Seulement trois semaines doivent être prises obligatoirement, à savoir une semaine avant l'accouchement et deux après celui-ci. En ce qui concerne les 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. Depuis le 1^{er} janvier 2010, 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 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.

Ces congés doivent être pris par période de sept jours calendrier. Pendant cette période, les travailleuses indépendantes ont droit à un montant forfaitaire de 440,50 € par semaine (montant au 1^{er} mars 2015).

A.3. Les fonctionnaires

Tout comme les travailleuses salariées du secteur privé, les femmes fonctionnaires fédérales ont droit à 15 semaines de congé de maternité (17 + 2 semaines à la demande de l'agente si naissance multiple). Durant cette période, elles conservent 100% de leur rémunération.

Les deux dernières semaines de la période de repos postnatal peuvent être converties, à la demande de l'agente, en jours de congé de repos postnatal, lorsque l'agent féminin peut prolonger la période d'interruption de travail d'au moins deux semaines après la neuvième semaine.

Le repos postnatal peut être prolongé en cas d'hospitalisation du nouveau-né après les sept premiers jours à compter de la naissance. Dans ce cas, le repos postnatal est prolongé d'une durée égale à la période durant laquelle l'enfant est resté hospitalisé après les sept premiers jours. La durée de cette prolongation ne peut pas dépasser vingt-quatre semaines.

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, le père (ou la co-mère) peut obtenir un congé de paternité en conversion du congé de maternité postnatal de la mère. Ce congé prend fin dans tous les cas, au maximum, le jour où le repos postnatal de la mère aurait dû se terminer. En cas d'hospitalisation de la mère, et si l'enfant est sorti de l'hôpital, ce congé prendra fin le jour où la mère sortira de l'hôpital.

B. Le congé de paternité ou de naissance

Chaque travailleur salarié a le droit de s'absenter du travail à l'occasion de la naissance de son enfant, durant dix jours, à choisir dans les quatre mois à dater du jour de l'accouchement. Ces dix jours peuvent être pris en une fois ou de manière échelonnée.

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur perçoit sa rémunération normale. Pour les sept jours suivants, il a droit à une indemnité à charge de la mutualité. Le taux de l'indemnité est fixé à 82% de la rémunération perdue. La rémunération est toutefois plafonnée à un montant maximum.

Pour bénéficier de cette indemnité, le travailleur doit introduire une demande auprès de sa mutualité, accompagnée d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant si le travailleur est le père de l'enfant ou tout document établissant son droit si, en l'absence de filiation paternelle établie, il remplit les conditions légales pour bénéficier du droit au congé (coparent). La mutualité lui remet une feuille de renseignements à renvoyer remplie et signée à la fin de son congé de paternité ou de naissance.

Le fonctionnaire fédéral a également droit à dix jours de congé de paternité (congé de circonstances) lors de l'accouchement de l'épouse ou de la personne avec laquelle l'agent vit en couple; ceux-ci sont entièrement rémunérés par l'employeur. Les contractuels travaillant pour l'Etat fédéral peuvent bénéficier de l'un ou l'autre de ces systèmes, au choix, ou selon la situation familiale de l'agent.



Les accidents du travail

Tous les travailleurs salariés sont couverts contre les accidents du travail et les accidents survenant sur le chemin du travail. Les travailleurs indépendants ne sont pas inclus dans cette réglementation. D'autre part, les fonctionnaires bénéficient d'un régime spécifique que nous expliquerons brièvement.

Tout employeur doit contracter une **assurance** contre les accidents du travail auprès d'une entreprise d'assurance autorisée. Le Fonds des accidents du travail (FAT) exerce le contrôle technique et médical sur ces entreprises d'assurance. Cependant, dans certains cas (pour les armateurs, les marins, les travailleurs salariés pour qui aucune assurance n'a été contractée), le Fonds agit également comme organisme assureur. Par ailleurs, le FAT prend en charge des allocations supplémentaires.

Tout accident du travail doit être déclaré dans les 8 jours ouvrables par l'employeur à l'entreprise d'assurance. Cela doit se faire avec un formulaire spécial ou par voie électronique. Si l'employeur ne le fait pas, le travailleur ou un membre de sa famille peut toujours le faire.

A. Les risques couverts

Tant les accidents sur le lieu du travail que ceux survenant sur le chemin du travail relèvent de cette réglementation.

Un accident du travail au sens strict du terme est tout accident qui arrive à un travailleur salarié pendant et par le fait de l'exécution de son contrat de louage de travail et qui provoque une lésion. La cause de cet accident doit être un "**événement soudain**", comme le fait de buter sur une planche. Une seule cause externe suffit pour qu'il y ait réparation. Lorsque la victime peut prouver qu'un événement soudain a eu lieu et que cet événement a provoqué une lésion, cette combinaison sera considérée comme un accident. Si l'accident s'est produit pendant l'exécution du travail, il est considéré jusqu'à preuve du contraire comme un accident du travail.

Les accidents sur le chemin du travail sont également considérés comme des accidents du travail. Par '*chemin du travail*', on entend le trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre du seuil de son domicile au travail et vice versa. Ce n'est pas nécessairement le chemin le plus court ; des interruptions et des détours sont admis dans certaines limites.

B. Les dommages réparés

B.1. Les frais médicaux et apparentés

La victime d'un accident du travail a droit au remboursement des frais résultant de l'hospitalisation, la kinésithérapie, des soins médicaux, chirurgicaux, dentaires et pharmaceutiques et des appareils orthopédiques. Aucun coût ne peut être mis à la charge de la victime. Ces soins sont remboursés selon les tarifs en vigueur de l'assurance maladie et l'entreprise d'assurance doit payer le ticket modérateur. En principe, la victime peut choisir le médecin traitant ou l'hôpital. Si toutefois l'employeur ou l'entreprise d'assurance disposent d'un service médical, pharmaceutique ou d'hôpital agréé, la liberté de choix de la victime tombe. Ces services sont tout à fait gratuits.

B.2. La réparation de la perte de revenus

Les frais médicaux ne sont pas les seuls à être remboursés. Lors de la période d'incapacité du travail provoquée par un accident du travail, la victime aura droit à des indemnités. Nous pouvons distinguer deux périodes : la période d'incapacité de travail temporaire et celle d'incapacité de travail permanente.

Lors de la période d'**incapacité temporaire totale**, toute victime recevra 90% du salaire journalier moyen. Ce salaire journalier moyen correspond à 1/365^{ème} de la rémunération de base. C'est pourquoi une victime d'un accident du travail ne recevra pas seulement le salaire journalier moyen pour tous les jours ouvrables, mais aussi pour tous les samedis, dimanches et jours fériés de toute l'année. La rémunération de base est la rémunération à laquelle le travailleur salarié a eu droit au cours de l'année complète précédant l'année de l'accident du travail. Cette rémunération de base, indexée au 1^{er} janvier 2015 est toutefois plafonnée à 40.927,18 €.

L'**incapacité temporaire partielle** est indemnisée aussi. Ici, l'accent est plutôt mis sur la reprise du travail et la réintégration du travailleur salarié dans le milieu professionnel. Sur avis du conseiller en prévention - médecin-conseil du travail et avec l'accord de la victime, le travail peut éventuellement être repris à temps partiel. Dans ce cas, la victime recevra une indemnité égale à la différence entre sa rémunération avant l'accident et la rémunération qu'il touche par sa remise au travail.

La période d'incapacité du travail temporaire peut se terminer de deux façons. Ou bien la victime est déclarée guérie sans séquelle ou bien elle sera déclarée atteinte d'une incapacité de travail permanente.

La période d'incapacité du travail permanente commence à partir de la consolidation. La consolidation est le moment où l'on détermine que la lésion provoquée par l'accident du travail montre une certaine stabilité. L'incapacité de travail est déterminée par un certain pourcentage qui exprime la perte de capacité au travail à cause de l'accident (la victime est indemnisée pour la perte de sa capacité économique et non pas pour la lésion physique). Le taux d'incapacité permanente, le salaire de base et la date de la consolidation sont consignés dans un accord entre l'entreprise d'assurance et la victime et sera par après "entériné" par le FAT.

À partir de la date de consolidation, la victime recevra une indemnisation annuelle en fonction de la rémunération de base et du degré d'incapacité du travail établi dans l'accord précité.

En cas d'une incapacité de travail minime, l'allocation sera diminuée. Si le degré est inférieur à 5%, l'allocation est diminuée de la moitié, s'il est supérieur à 5% mais inférieur à 10%, l'allocation est réduite d'un quart.

L'indemnisation annuelle est augmentée si la victime a régulièrement besoin de l'aide d'une autre personne (nommée 'un tiers'). Cette allocation s'élève à un maximum de douze fois le salaire minimum mensuel moyen garanti.

Pendant les trois années qui suivent l'entérinement de l'accord par le FAT, les deux parties, c'est-à-dire tant l'entreprise d'assurance que la victime, peuvent demander une **révision du taux d'incapacité**. Après l'expiration du délai de trois ans, la situation sera fixée définitivement et la victime recevra une rente viagère calculée également en fonction du salaire de base et du degré d'incapacité. Si le **degré de l'incapacité de travail** est établi à plus de 19%, la victime peut demander à recevoir au maximum un tiers de la rente en capital. L'indemnisation ou la partie de l'indemnisation jusqu'à 20% d'incapacité du travail n'est pas imposable.

B.3. Les frais de déplacement

Tant les frais de déplacement de la victime que ceux des membres de la famille peuvent être pris en compte pour un remboursement sous certaines conditions. On fait tout de même une distinction en fonction de l'urgence, du but du déplacement, de qui se déplace, des moyens de transport utilisés, etc.

B.4. L'accident du travail mortel

Si un travailleur salarié meurt des suites d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail, cela donne lieu **aux indemnités suivantes** :



a) Une indemnité pour frais funéraires

Elle s'élève à 30 fois le salaire journalier moyen de la victime.

b) Une indemnité des frais de transport de la personne décédée

Les coûts (y inclus ceux pour les formalités administratives) pour le transport de la personne décédée vers le lieu d'enterrement sont intégralement remboursés.

c) Une rente viagère pour le conjoint ou le cohabitant légal

Le conjoint ou le cohabitant légal ont droit à une rente viagère de 30% de la rémunération de base de la personne décédée. Dans certains cas, les parents ou les grands-parents peuvent également bénéficier d'une rente viagère.

d) Une rente temporaire pour les enfants

Les orphelins de père et de mère reçoivent chacun 20% de la rémunération de base de la victime décédée (avec un maximum de 60% pour l'ensemble des enfants).

Les orphelins de père ou de mère reçoivent chacun 15%, (avec un maximum de 45% pour l'ensemble des enfants).

Cette rente temporaire est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans ou aussi longtemps que l'enfant bénéficie d'allocations familiales. Dans certains cas, les petits-enfants, les frères ou les soeurs ont également droit à une rente temporaire.

C. Le paiement des prestations

L'indemnité pour une incapacité de travail temporaire est payée le même jour que la rémunération. Après la consolidation, l'allocation sera versée par mois ou par trimestre en fonction du cas. Les rentes pour les accidents du travail mortels sont également payées par mois, par trimestre ou par an.

D. La responsabilité civile

La prestation que reçoit une victime d'un accident du travail est une prestation forfaitaire, fonction de la rémunération. La victime doit se soumettre à cette situation et ne peut pas introduire de demande de réparation auprès de son employeur pour d'autres dommages que ceux mentionnés sous le point B ci-dessus (par exemple, dommages aux biens ou dommage moral) sauf dans certains cas prévus par la loi (entre autre si l'accident a été provoqué délibérément par l'employeur).

La victime peut toutefois engager une action contre un tiers qui serait responsable de l'accident. En ce qui concerne les accidents sur le chemin du travail, il est toujours possible d'introduire, à côté de la réparation forfaitaire dans le cadre de l'assurance accidents du travail, une demande de réparation pour tous les autres dommages contre n'importe quel responsable (employeur ou tiers).

E. Les fonctionnaires

Le régime concernant les accidents du travail pour les fonctionnaires est basé sur d'autres lois que celles des travailleurs salariés, mais est très similaire.

La même distinction est faite entre une **période d'incapacité temporaire** et une **période d'incapacité de travail permanente**. La période d'incapacité de travail temporaire n'est pas limitée dans le temps et n'a pas de répercussion sur le nombre de jours de congé maladie. Lors de cette première période, le fonctionnaire continue à recevoir sa rémunération complète. Après la consolidation, on entre dans le système de l'incapacité de travail permanente. A partir de ce moment-là, le fonctionnaire a droit à une rente. Eventuellement et si cela est possible, le fonctionnaire doit être affecté à un autre emploi. S'il a besoin de l'aide d'un tiers, la rente peut être majorée d'une indemnisation supplémentaire calculée sur base de la prestation mensuelle garantie ou du salaire minimum mensuel moyen garanti, en fonction du salaire dont bénéficiait la victime. Le point de départ du calcul de la rente est le plafond de rémunération de la victime au moment de l'accident.

En cas d'accident du travail mortel, celui qui a payé les frais des funérailles recevra une indemnité pour frais funéraires correspondant à la dernière rémunération mensuelle brute du fonctionnaire décédé. Tout comme dans le secteur privé, le conjoint ou le cohabitant légal survivant et les enfants auront également droit à une certaine allocation.

Des allocations d'aggravation ou de décès peuvent aussi être accordées.

F. Les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre les accidents du travail mais peuvent faire appel au régime d'assurance maladie-invalidité des travailleurs indépendants.



Les maladies professionnelles

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont souvent cités d'un trait. En effet, ils relèvent tous les deux des "risques professionnels". Ainsi, il est logique que le régime des maladies professionnelles soit souvent analogue à celui des accidents du travail. C'est pourquoi nous ferons référence au chapitre précédent à plusieurs reprises.

Toute victime ou un des membres de sa famille peut introduire une demande d'indemnisation pour un dommage résultant d'une maladie professionnelle avec un formulaire officiel. Ce formulaire doit être envoyé au Fonds des maladies professionnelles (FMP). Le médecin du travail doit communiquer tous les cas de maladie professionnelle au FMP. Ensuite, il est demandé à la victime d'introduire une demande de réparation.

Le FMP est une institution publique de sécurité sociale chargée de l'assurance contre les maladies professionnelles et qui assure la réparation des victimes. Il n'existe pas d'assureurs privés comme c'est le cas dans le secteur des accidents du travail.

A. Qu'est-ce une maladie professionnelle?

Il n'est pas aisé de définir une maladie professionnelle. Souvent, le lien entre l'exposition à un risque et la maladie finale n'est pas très clair, puisque la maladie peut se présenter longtemps après l'exposition.

C'est pourquoi une liste a été établie reprenant les maladies reconnues comme maladies professionnelles. Ainsi, il sera plus simple pour une victime de prouver qu'il s'agit d'une maladie professionnelle. **Si la maladie figure sur la liste des maladies professionnelles et que la victime est occupée dans un secteur exposant au risque de cette maladie, sa maladie sera reconnue comme une maladie professionnelle.** La charge de la preuve n'appartient pas à la victime, qui bénéficie d'une présomption irréfragable en sa faveur.

Le **système de la liste** a également des désavantages. Des phénomènes comme le stress ou le surmenage ne sont pas repris. C'est pourquoi, dans le cas d'une maladie professionnelle hors liste, la victime a la possibilité d'apporter elle-même la preuve de l'exposition à un certain risque d'une part et le **lien causal** entre la maladie et cette exposition d'autre part. C'est une commission du FMP qui décide finalement de la reconnaissance de cette maladie comme maladie professionnelle, dans le cas bien précis de cette victime. La charge de la preuve appartient à la victime ou à son ayant-droit.

Le FMP ne s'occupe pas seulement de l'aspect curatif des maladies professionnelles, mais il a aussi des responsabilités en matière de prévention. Ainsi, de nombreuses mesures en plusieurs domaines sont prises afin de réduire fortement le nombre des maladies professionnelles (par exemple: vaccination contre l'hépatite ou la désignation de la lombalgie en tant que maladie en relation avec le travail chez des personnes qui exécutent des travaux lourds pour le dos).

B. Les risques indemnisés

Il existe ici un certain **parallélisme** entre les maladies professionnelles et les accidents du travail. Les régimes concernant les indemnités de base, l'évaluation de l'incapacité de travail, les indemnités de décès, les allocations pour incapacité de travail et les prestations de soins de santé et les frais de déplacement sont similaires.

Enumérons quelques petites différences qui doivent être attribuées à la **nature spécifique** des maladies professionnelles :

- ♦ une **maladie professionnelle peut être permanente dès le début**;
- ♦ une **maladie qui ne figure pas sur la liste peut être indemnisée comme une maladie professionnelle** pour autant que la relation causale entre le travail et la maladie puisse être prouvée. En effet, outre le système de la liste, il existe un système ouvert;
- ♦ pour les **maladies professionnelles, il n'y a pas de délai de révision**, étant donné que les maladies peuvent toujours évoluer, même après une période assez longue;
- ♦ la **victime a droit au remboursement intégral des frais**, mais le FMP ne rembourse que le ticket modérateur et les prestations non remboursables dans le cadre de l'assurance maladie à condition qu'elles soient reprises dans la nomenclature spécifique du FMP par un arrêté royal.

Le plafond de rémunération pour le secteur des maladies professionnelles est de 40.927,18 € au 1^{er} janvier 2015.

C. Les fonctionnaires

Les régimes spécifiques des maladies professionnelles du secteur privé -tel que le système de liste et le système ouvert- s'appliquent également au secteur public moyennant quelques spécificités propres au secteur public.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, une distinction doit être faite entre les Administrations Provinciales et Locales (APL) et les autres services publics. Pour ces derniers, le FMP ne peut agir comme expert médical que sur leur demande.

Pour le secteur APL, le FMP est compétent comme réassureur relatif à la réparation et la prévention des maladies professionnelles. Il donne son avis aux administrations compétentes et leur rembourse les indemnités payées.

Des avantages identiques peuvent être attribués aux membres du personnel des administrations provinciales et locales et aux victimes du secteur public.

D. Les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre les risques professionnels (voir Accidents du travail).

E. Le Fonds amiante

Depuis avril 2007, il est possible d'obtenir une réparation si l'on a contracté une maladie en raison d'une exposition à l'amiante. Le Fonds amiante a été créé au sein du Fonds des maladies professionnelles et peut verser des indemnités aux victimes de mésothéliome ou d'asbestose (ou épaissements pleuraux bilatéraux diffus). En cas de décès de la victime, le Fonds versera une indemnité aux éventuels ayants droit.

Toute personne peut introduire une demande de réparation, qu'il s'agisse d'un fonctionnaire, d'un indépendant, d'un salarié ou d'un chômeur.



Les vacances
annuelles

De nos jours, il paraît logique que tout le monde ait droit à quelques semaines de vacances par an, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Déjà depuis le début du 20^{ème} siècle, les syndicats se sont battus pour obtenir des jours de congé payé pour les travailleurs salariés. C'est l'Office National des Vacances Annuelles (ONVA) et les caisses spéciales de vacances qui interviennent pour le paiement du pécule de vacances des ouvriers du secteur privé et des artistes non-indépendants. Le pécule de vacances des employés et des fonctionnaires est payé quant à lui directement par l'employeur. Ici, nous examinerons de plus près ces trois catégories de travailleurs (ouvriers/artistes non-indépendants, employés et fonctionnaires). En ce qui concerne les indépendants, ils ne perçoivent pas de pécule de vacances, étant donné qu'ils ne sont pas assurés pour les vacances annuelles.

A. Les ouvriers (et apprentis-ouvriers) et les artistes non indépendants

Le pécule de vacances ordinaire des ouvriers et des apprentis-ouvriers, qui sont assujettis au régime légal des vacances annuelles des travailleurs salariés, est payé soit par l'ONVA ou par une caisse spéciale de vacances. Le pécule de vacances ordinaire des artistes non-indépendants est quant à lui payé exclusivement par l'ONVA.

Aucune demande ne doit être introduite par les ouvriers pour pouvoir bénéficier du pécule de vacances, le paiement de celui-ci est effectué d'office. L'ouvrier doit uniquement communiquer son numéro de compte à vue à l'ONVA ou à la caisse spéciale de vacances à laquelle son employeur est affilié.

De même, aucune démarche particulière ne doit être entreprise par l'employeur pour l'affiliation à une caisse de vacances. Dès que l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) transmet à l'ONVA la première déclaration reprenant les données relatives au salaire et au temps de travail, l'affiliation à la caisse de vacances de l'ONVA ou à une caisse spéciale de vacances se fait automatiquement sur la base de l'activité de l'employeur.

L'ONVA reçoit les cotisations patronales perçues par l'ONSS et les répartit entre les caisses spéciales de vacances. Étant donné que l'employeur et les travailleurs doivent également payer des cotisations de sécurité sociale pendant les vacances et que ce paiement ne peut être à la charge de la caisse de vacances, les cotisations de sécurité sociale sont calculées toute l'année durant sur 108% de la rémunération brute.

La durée des vacances

La durée des vacances des ouvriers et des artistes non-indépendants est déterminée en fonction :

du nombre total de jours de travail effectivement prestés  et de jours assimilés (c'est-à-dire des jours d'inactivité considérés comme des jours de travail effectivement prestés) pendant l'exercice de vacances (année civile précédant l'année du paiement du pécule de vacances)

La durée des vacances de ces travailleurs dans le cas d'une occupation à temps plein (231 jours et plus) est:

de 20 jours dans le régime de la semaine de cinq jours  ou au maximum de 4 semaines de vacances dans le régime dans lequel il est occupé au moment des vacances

Le pécule de vacances

Le pécule de vacances des ouvriers et des artistes non-indépendants est composé :

du pécule de vacances simple (8% sur la rémunération brute de 108%)  et du double pécule de vacances (7,38% de 108%)

Le double pécule est en réalité une sorte de couverture des frais supplémentaires qui peuvent résulter d'une période de vacances (par exemple quand vous partez en voyage). Une partie du double pécule de vacances fait l'objet d'une retenue de 13,07%. Le calcul du montant du pécule de vacances tient compte des rémunérations, mais aussi d'un salaire fictif pour les journées assimilées à du travail effectif.

Pour le calcul du pécule de vacances des non-indépendants, il convient de tenir compte des spécificités relatives au statut des artistes payés « *au cachet* » et des artistes travaillant sous contrat de travail d'employé (le pécule de vacances des artistes travaillant sous contrat de travail d'ouvrier étant calculé de la même manière que le pécule de vacances des ouvriers).

Le pécule de vacances est payé au moment où les vacances principales sont prises et ceci au plus tôt le 2 mai de l'année de ces vacances.

Application « Mon compte de vacances »

Les ouvriers et les artistes non-indépendants peuvent utiliser l'application sécurisée « *Mon compte de vacances* » (sur le site www.onva.be) pour consulter les informations relatives à leur pécule de vacances. Ils peuvent ainsi vérifier leurs données personnelles et consulter d'autres informations telles qu'une simulation (de la durée des vacances, du montant et de la date du paiement du pécule de vacances, etc.) ou les montants déjà versés et retenues éventuelles au profit de créanciers. Les travailleurs peuvent également introduire ou modifier certaines informations qui les concernent dans l'application (la langue, le compte bancaire et l'adresse).

Communication du numéro de compte

Pour recevoir son pécule de vacances, l'ouvrier ou l'artiste non-indépendant doit communiquer son numéro de compte à vue à la caisse de vacances à laquelle son employeur est affilié.

Si l'employeur est affilié à l'ONVA, il existe deux possibilités :

- ♦ soit l'ouvrier communique son numéro de compte par internet en complétant le formulaire en ligne sur le site www.onva.be, rubrique « *Communiquer mon numéro de compte* » (uniquement pour les comptes à vue en Belgique);
- ♦ ou, s'il n'a pas d'accès à l'internet, il peut demander par téléphone (attestophone : 02 627 97 65) à recevoir par courrier un formulaire de demande de virement. Il doit le compléter, le signer et le renvoyer par la Poste (ONVA – Chaussée d'Ixelles 213 – 1050 Bruxelles).

Dans les cas particuliers, où le pécule doit être versé par l'ONVA sur un compte à l'étranger, l'ouvrier doit remplir un formulaire de virement bancaire (L76), téléchargeable sur le site www.onva.be à la rubrique « *Nos formulaires* ».

Si l'employeur est affilié à une caisse spéciale de vacances, le travailleur peut :

- ♦ soit se connecter à l'application « *Mon compte de vacances* » avec sa carte eID (accessible via www.onva.be);
- ♦ ou contacter la caisse spéciale de vacances concernée pour connaître les autres démarches possibles.

Vacances supplémentaires

Depuis le 1^{er} avril 2012 une nouvelle mesure est entrée en vigueur permettant aux travailleurs de prendre des vacances supplémentaires à partir de la première année de leur travail, en cas de début ou de reprise d'activité après une période d'interruption de longue durée.

Depuis 2013, les travailleurs ayant augmenté leur régime de travail (passage du temps partiel vers temps plein par exemple) sans interrompre leur activité peuvent également prendre des vacances supplémentaires.

Les travailleurs se trouvant dans les cas susmentionnés ont le droit (et non l'obligation) de demander des vacances supplémentaires auprès de la caisse de vacances compétente après avoir exercé une activité pendant la « *période d'amorçage* », c'est-à-dire une période d'au moins 3 mois (90 jours calendrier) et après avoir épuisé leurs vacances ordinaires.

Attention : Il est important de noter que le droit aux vacances supplémentaires n'ouvre pas de droit à un pécule supplémentaire. Le pécule relatif à ces vacances supplémentaires est en fait une sorte d'avance sur une partie du pécule de vacances ordinaire auquel l'ouvrier a normalement droit l'année suivante.

Le calcul du pécule des vacances supplémentaires est le même que celui du pécule des vacances ordinaires. Le pourcentage utilisé sur les rémunérations de base est toutefois de 7,69% au lieu de 15,38%, puisque seul un pécule simple et pas de pécule double, doit être attribué.

La méthode de calcul de la durée des vacances supplémentaires est la même que pour les vacances ordinaires, à la seule différence près que les 5 premiers jours de vacances supplémentaires ne peuvent être demandés qu'après la « *période d'amorçage* ».

Le paiement des vacances supplémentaires se fait par la caisse de vacances compétente et au plus tard dans le courant du trimestre suivant le trimestre au cours duquel le droit aux vacances supplémentaires a été exercé.

B. Les employés (et les apprentis-employés)

Le pécule de vacances pour les employés est **payé par l'employeur** même. Il n'y a donc aucune intervention d'une institution publique de sécurité sociale.

La durée des vacances des employés est déterminée à raison de 2 jours par mois complet presté l'année civile qui précède l'année des vacances (= exercice de vacances). Ceci correspond à 24 jours de vacances (dans un régime de travail de 6 jours par semaine) et à 20 jours de vacances (dans un régime de travail de 5 jours par semaine) pour une année complète de travail ou de périodes assimilées, ou au maximum à quatre semaines de vacances dans le régime dans lequel l'employé est occupé au moment des vacances. Tout comme pour les ouvriers, le pécule de vacances des employés est composé d'un pécule simple et d'un double pécule. Le pécule simple n'est en fait rien d'autre que la continuation du paiement de la rémunération mensuelle lors des périodes de vacances. Ils reçoivent en outre un supplément de la rémunération mensuelle brute lors de la prise des vacances principales dénommé "double pécule" pour couvrir le coût supplémentaire de vacances. Le double pécule correspond à un supplément de la rémunération mensuelle brute. Celui-ci correspond en fait à 12/12 de 92% de la rémunération mensuelle brute du mois pendant lequel les vacances prennent cours, pour une année complète de travail. Si vous n'avez pas travaillé pendant une année entière, le double pécule sera réduit proportionnellement.

En outre, dans certaines hypothèses (par exemple fin du contrat de travail), l'employeur est tenu de payer un pécule de vacances de sortie égal à 15,34% des rémunérations brutes gagnées chez lui pendant l'exercice de vacances en cours, majorées éventuellement d'une rémunération fictive relative aux journées d'interruption de travail assimilées à des journées de travail effectif normal.

Si l'employé ou l'apprenti employé n'a pas encore pris les vacances relatives à l'exercice précédent, l'employeur lui paie en outre 15,34% des rémunérations brutes gagnées chez lui pendant cet exercice de vacances, majorées éventuellement d'une rémunération fictive relative aux journées d'interruption de travail assimilées à des journées de travail effectif normal. L'employeur doit établir (les) l'attestation(s) de vacances et remettre celle(s)-ci à l'employé.

Lorsqu'un employé occupé chez un même employeur diminue le nombre moyen d'heures hebdomadaires prestées, cet employeur procède, avec le paiement de la rémunération afférente au mois de décembre de l'année de vacances, à la liquidation du pécule de vacances comme indiqué aux alinéas suivants.

L'employeur paie à l'employé le simple pécule de vacances correspondant aux jours de vacances non pris. Ce simple pécule de vacances est égal à 7,67 pc. des rémunérations brutes gagnées chez cet employeur durant l'exercice de vacances, éventuellement augmentées d'une rémunération fictive pour les jours d'interruption de travail assimilés à des journées de prestations effectives de travail, diminuées du simple pécule de vacances que l'employé a déjà reçu et qui a été calculé sur base du régime de travail de l'employé au moment où il a pris ses vacances.

L'employeur paie également avec le paiement de la rémunération du mois de décembre de l'année de vacances le double pécule de vacances. Ce double pécule de vacances est égal à 7,67 pc. des rémunérations brutes gagnées chez cet employeur durant l'exercice de vacances, éventuellement augmenté d'une rémunération fictive pour les jours d'interruption de travail assimilés à des jours de prestations effectives, diminuées du double pécule de vacances que l'employé a déjà reçu et qui a été calculé sur base du régime de travail de l'employé au moment où il a pris ses vacances.

Vacances supplémentaires

Pour pouvoir bénéficier du nouveau régime des vacances supplémentaires, le travailleur doit réunir **3 conditions**, à savoir :

- ♦ débiter 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 est appelée « *période d'amorçage* » ;
- ♦ avoir épuisé tous les jours de vacances octroyés par le régime normal de vacances.

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. Lorsque le travailleur prend ses jours de vacances supplémentaires, l'employeur les rémunère normalement comme une journée de travail.

Exemple : Un employé est engagé le 1^{er} avril 2013 à raison de 5 jours de travail/semaine. Il s'agit de son 1^{er} emploi. Le 1^{er} septembre, il demande de prendre des jours de vacances supplémentaires auxquelles il a droit. Il a droit à 5 jours se rapportant à la période d'amorçage (qui s'est effectuée entre le 1^{er} avril et le 30 juin, soit 3 mois) + 2 jours/mois.

Lorsque le travailleur prendra ses jours de vacances selon le régime normal, le **montant du pécule de vacances supplémentaires sera déduit du double pécule de vacances auquel le travailleur a droit selon le régime normal**. Le pécule de vacances supplémentaires constitue une avance sur le double pécule de l'année suivante.

Cette mesure a été étendue en 2013 : les travailleurs qui ont augmenté leur régime de travail (temps partiel vers temps plein par exemple) ont aussi droit aux vacances supplémentaires.

C. Les fonctionnaires

Les fonctionnaires ont également droit à des vacances et à un pécule de vacances. Les vacances annuelles du fonctionnaire fédéral varient en fonction de son âge.

- ♦ jusque 45 ans = 26 jours ouvrables;
- ♦ entre 45 et 49 ans = 27 jours ouvrables;
- ♦ entre 50 et 54 ans = 28 jours ouvrables;
- ♦ entre 55 et 59 ans = 29 jours ouvrables;
- ♦ 60-61 ans = 30 jours ouvrables;
- ♦ 62 ans = 31 jours ouvrables;
- ♦ 63 ans = 32 jours ouvrables;
- ♦ 64-65 ans = 33 jours ouvrables.

Lors de ses vacances, le fonctionnaire fédéral continue à recevoir sa rémunération mensuelle. Puis, au cours du mois de mai, il reçoit un pécule de vacances supplémentaire. Ce pécule de vacances est composé d'une partie forfaitaire et d'une partie variable. En 2014, la partie forfaitaire s'élève à 1.158,6916 €. La partie variable est égale à 1,1% de la rémunération annuelle brute et du montant annuel brut de l'allocation de foyer ou de résidence du fonctionnaire en question. Le mois de référence pour effectuer ce calcul est le mois de mars de l'année de vacances. La prime de développement des compétences effectivement payée entre aussi en ligne de compte pour le calcul du pécule de vacances.

Par ailleurs, depuis 2002, la plupart des agents bénéficient d'un supplément de pécule de vacances, appelé "*prime Copernic*" pour permettre à ces agents de recevoir un pécule de vacances égal à 92% d'un douzième du traitement annuel.

Enfin, une retenue de 13,07% sur le pécule de vacances et la prime Copernic est opérée.



L'assurance sociale en cas de faillite

Le statut social des indépendants prévoit une assurance sociale en cas de faillite.

Peuvent en bénéficier, sous certaines **conditions** :

- ♦ les travailleurs indépendants déclarés en faillite
- ♦ les travailleurs indépendants incapables de faire face à leurs dettes en raison de leur insolvabilité manifeste et bénéficiant d'un règlement collectif de dettes et
- ♦ les gérants, administrateurs et associés actifs d'une société commerciale déclarée en faillite.

La personne qui a fait l'objet d'une condamnation pénale dans le cadre de la faillite, ou organisé elle-même son insolvabilité ne peut prétendre à l'assurance sociale en cas de faillite.

Cette assurance :

- ♦ maintient des droits en matière de prestations familiales et de soins de santé durant 4 trimestres au maximum, sans paiement de cotisations au cours de cette année ;
- ♦ ouvre le droit à une prestation mensuelle durant 12 mois au maximum.

Le montant de cette prestation s'élève, au 1^{er} mars 2015, à 1.403,73 € ou à 1.060,94 €, selon que l'intéressé a ou non au moins une personne à charge.

La demande d'assurance faillite doit être introduite avant la fin du deuxième trimestre qui suit celui au cours duquel le jugement déclaratif de faillite a été prononcé

La prestation financière est accordée à partir du 1^{er} jour du mois qui suit celui du jugement déclaratif de faillite, ou, le cas échéant, à compter du 1^{er} jour du mois qui suit celui de la cessation de l'activité indépendante.

Depuis le 1^{er} octobre 2012, il est possible de faire plusieurs fois appel, durant la carrière professionnelle, à l'assurance sociale en cas de faillite sans que la période totale ne dépasse cependant 12 mois durant la carrière professionnelle complète.

De plus, également au 1^{er} octobre 2012, l'assurance sociale en cas de faillite fut élargie aux indépendants qui sont forcés de suspendre au moins temporairement leur activité indépendante pour des raisons indépendantes de leur volonté et qui se retrouvent sans aucun revenu professionnel ni revenu de remplacement. Cela concerne quatre situations légalement prévues de cessation forcées : calamités naturelles, incendie, destruction ou allergie.



Aide en faveur des
travailleurs indépendants
après un accouchement,
une adoption, une maladie
grave de l'enfant ou des
soins palliatifs

A. Aide à la maternité

Cette aide tend à améliorer la situation des mères indépendantes qui reprennent leur activité professionnelle⁴ et qui doivent en parallèle assumer la gestion de leur ménage et s'occuper de leur jeune enfant. L'aide à la maternité peut être octroyée en faveur des travailleuses indépendantes, aidantes ou conjointes aidantes assujetties au statut social des travailleurs indépendants qui :

- ♦ ont donné le jour à un ou plusieurs enfants ;
- ♦ remplissent les conditions pour bénéficier de l'assurance maternité, prévue dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants ;
- ♦ apportent la preuve de l'inscription de(s) enfant(s) dans le ménage de la travailleuse indépendante ;
- ♦ reprennent une activité professionnelle après leur congé de maternité.

Cette aide consiste à octroyer à la travailleuse indépendante qui vient d'accoucher une prestation sous la forme de 105 titres-services gratuits lesquels permettent de faire appel aux services d'une personne (1 titre par heure) qui effectue des tâches de nature ménagère. L'aide doit être demandée à la Caisse d'assurances sociales au plus tard avant la fin de la 15^{ème} semaine qui suit la date de l'accouchement.

⁴ L'activité reprise peut consister en une activité indépendante ou une autre activité professionnelle (ce dernier élément est nouveau depuis le 1^{er} janvier 2014).

Aide en faveur des travailleurs indépendants après un accouchement, une adoption, une maladie grave de l'enfant ou des soins palliatifs

B. Allocation d'adoption

Le travailleur indépendant ou la travailleuse indépendante adoptant peut, sous certaines conditions, prétendre à une allocation de 440,50 € par semaine (au 1^{er} mars 2015) est égal à celui de l'allocation de maternité. L'allocation peut être octroyée pendant une période qui, 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 au début de la période, celle-ci est de 4 semaines maximum. La durée maximum 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 et ne peut prétendre à des indemnités d'incapacité primaire ou d'invalidité. En outre, il doit être en règle de cotisations sociales comme pour le bénéfice de l'assurance en cas d'incapacité de travail ou de maternité. La demande doit être introduite auprès de l'organisme assureur (mutuelle).

C. Maladie grave de l'enfant et soins palliatifs donnés à un enfant ou au partenaire

Depuis le 1^{er} 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 tout en sauvegardant des droits en matière de pension pour ce trimestre.

Par ailleurs, également depuis le 1^{er} 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 légal peut obtenir une allocation forfaitaire dont le montant total est égal à 2.121,88 € au 1^{er} mars 2015. Le paiement de l'allocation s'effectue en trois fois et par mois. Dans ce cadre, le travailleur indépendant peut également être dispensé du paiement de la cotisation sociale d'un trimestre tout en sauvegardant des droits en matière de pension pour ce trimestre.

Un travailleur indépendant peut successivement bénéficier des deux dispositions si les conditions d'octroi sont remplies.



Les aspects internationaux de la sécurité sociale

A. Introduction

La vie économique et sociale internationale s'intensifie.

Vous voulez passer vos vacances, résider, travailler, chercher du travail ou étudier dans un autre pays. Bénéficierez-vous des prestations de sécurité sociale dans cet autre pays ?

En effet,

- ♦ si vous tombez malade à l'étranger, pourrez-vous bénéficier des soins de santé ? Votre organisme assureur les remboursera-t-il ?
- ♦ si vous allez résider à l'étranger, garderez-vous votre pension de retraite ?
- ♦ si vous allez travailler à l'étranger, où paierez-vous vos cotisations de sécurité sociale ?

Important :

Avant de quitter la Belgique, si vous bénéficiez de prestations de sécurité sociale, contactez l'organisme qui vous verse la prestation afin de savoir ce que vous devez faire.

(Diverses informations sur le site https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/leaving_belgium/index.html)

Si vous exercez votre activité en dehors du territoire de l'Union européenne, vous pouvez adhérer librement au régime de sécurité sociale de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS)⁵.

Lorsque vous venez habiter ou travailler en Belgique, vous devez absolument vous inscrire auprès d'une mutuelle ou de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Pour les travailleurs salariés, l'employeur remplira les autres formalités.

⁵ La loi du 12 mai 2014 portant création de l'Office des Régimes Particuliers de Sécurité Sociale (ORPSS) est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Cet organisme, résultant de la fusion de l'Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer (OSSOM) et de l'Office National de Sécurité Sociale des Administrations Provinciales et Locales (ONSSAPL), est chargé de la sécurité sociale d'outre-mer. Cette fusion s'inscrit dans le cadre général de la réforme de ce régime, voulue par le gouvernement. Des services de support uniques travailleront pour l'ensemble des services opérationnels de la future structure, engendrant des gains d'efficacité. Cependant, le régime de la sécurité sociale d'outre-mer ne sera pas modifié à cette date. Il pourrait faire l'objet d'adaptations à partir de 2016.

Les travailleurs (salariés, indépendants ou stagiaires) qui viennent travailler en Belgique doivent être déclarés par voie électronique avant le début de l'activité en Belgique aux institutions compétentes belges. Vous trouverez plus d'informations sur le site <http://www.limosabe.be>.

Vous trouvez également plus d'information sur les aspects de travailler et/ou résider en Belgique sur le site www.comingtobelgium.be.

B. Accords internationaux de sécurité sociale

Pour faciliter le déplacement des personnes d'un pays à l'autre, la Belgique a conclu des accords internationaux de sécurité sociale.

Les accords internationaux de sécurité sociale sont conclus entre plusieurs pays (accords multilatéraux) ou entre deux pays (accords bilatéraux).

B.1. Accords multilatéraux

Les accords multilatéraux sont généralement conclus au sein d'une organisation internationale :

- ♦ l'Union européenne (UE) et de l'Espace économique européen (EEE) (voir point C) ;
- ♦ l'Organisation internationale du travail (OIT- Convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux) ;
- ♦ ou le Conseil de l'Europe (Convention européenne de sécurité sociale).

B.2. Accords bilatéraux

La Belgique a conclu des conventions bilatérales avec les pays suivants : l'Algérie, l'Australie, la Bosnie-Herzégovine, le Brésil, le Canada (avec un accord séparé pour le Québec), le Chili, le Congo (RDC), la Corée du Sud, les Etats-Unis d'Amérique, l'Inde, Israël, le Japon, l'ancienne République yougoslave de Macédoine, le Maroc, le Monténégro, les Philippines, Saint-Marin, la Serbie, la Tunisie, la Turquie, l'Uruguay et la Yougoslavie (cette convention s'applique encore à l'ex-république yougoslave du Kosovo).

B.3. Objectifs des accords internationaux de sécurité sociale ?

Les accords internationaux de sécurité sociale règlent l'application des législations nationales de sécurité sociale lorsque vous vous rendez d'un pays à l'autre.

Les accords internationaux de sécurité sociale que la Belgique a conclus, ont généralement les mêmes objectifs :

- ♦ assurer l'égalité de traitement : les personnes soumises à la législation des pays contractants

ont, dans la même situation, les mêmes droits et obligations (droit aux mêmes prestations, même obligation de contribuer au financement de la sécurité sociale en payant des cotisations ou des impôts, ...) ;

- ♦ détermination de la législation de sécurité sociale applicable : pour éviter qu'une personne soit soumise à plusieurs législations de sécurité sociale ou ne soit soumise à aucune législation, les accords fixent des règles pour déterminer la législation qui sera appliquée ;
- ♦ maintenir les droits acquis ou en cours d'acquisition : les périodes d'assurance accomplies dans les pays contractants sont totalisées pour ouvrir le droit aux prestations ou pour calculer le montant de ces prestations (ex. : pensions de retraite) ;
- ♦ garantir l'exportation des prestations de sécurité sociale : les conditions de résidence pour l'octroi des prestations sont supprimées (ex. : pensions d'invalidité).

B.4. Limites à l'application des accords internationaux de sécurité sociale

Les accords internationaux de sécurité sociale fixent trois limites d'application :

- le champ d'application territorial (où) : l'accord définit les territoires sur lesquels il s'applique;
- le champ d'application matériel (quoi) : l'accord énumère les branches de la sécurité sociale qu'il vise;
- le champ d'application personnel (qui) : l'accord précise les personnes auxquelles il s'applique ; les nationaux, les membres de la famille, les survivants, les apatrides, les réfugiés,...

B.5. Règles applicables

Les accords internationaux fixent également

les règles pour déterminer la législation nationale de sécurité sociale qui s'applique et dans quels cas



les conditions pour l'octroi des prestations

les règles anti-cumul de prestations de même nature de différents pays

C. L'Union européenne (UE) - l'Espace économique européen (EEE) - la Suisse

Vu leur importance, nous prendrons l'exemple de l'UE, de l'EEE et de la Suisse.

Les accords internationaux de sécurité sociale appliqués dans l'UE sont :

- ♦ Règlement (CE) no. 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- ♦ Règlement (CE) no. 987/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) no. 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} mai 2010, le Règlement (CE) n° 883/2004 détermine la législation de sécurité sociale applicable aux ressortissants des pays énumérés ci-dessous s'ils exercent leurs activités professionnelles sur le territoire d'un ou de plusieurs de ces pays: Belgique, France, Pays-Bas, Allemagne, Grand-Duché de Luxembourg, Italie, Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, Irlande, Danemark, Grèce, Espagne, Portugal, Autriche, Finlande, Suède, Pologne, Lettonie, Estonie, Lituanie, Malte, Chypre (partie grecque uniquement), Tchéquie, Slovaquie, Hongrie, Slovénie, Roumanie, Bulgarie et (depuis le 1^{er} juillet 2013) Croatie.

Depuis le 1^{er} avril 2012 ce Règlement est également applicable à la Suisse et depuis le 1^{er} juin 2012, à l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein.

Depuis le 1^{er} janvier 2011, ce Règlement est également applicable aux ressortissants des pays tiers qui, en raison de leur nationalité, ne tombent pas dans le champ d'application du Règlement, à la condition qu'ils résident légalement sur le territoire de l'un des pays cités et qu'ils ne se trouvent pas dans une situation qui relève complètement de la sphère interne du pays membre.

Cet élargissement du Règlement aux ressortissants des pays tiers ne vaut ni pour le Danemark, ni pour la Suisse, ni pour l'Islande, ni pour la Norvège, ni pour le Liechtenstein, ni pour le Royaume-Uni. Pour le Royaume Uni, le Règlement (CEE) 1408/71 reste d'application et pour le Danemark la Suisse, l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein, cette extension n'a jamais été d'application.

Ces règlements européens visent toutes les personnes qui sont soumises au régime de sécurité sociale d'un de ces pays et qui se trouve dans une situation transfrontalière, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants. Seul le Danemark exige que la personne concernée possède la nationalité d'un état membre de l'UE.

Dans les autres pays de l'EEE, à savoir l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège ainsi que pour la Suisse, des règles comparables sont applicables. Celles-ci ne s'appliquent qu'aux ressortissants nationaux de l'UE, l'EEE et la Suisse.

C.1. Quelle est la législation de sécurité sociale applicable ?

- Règle générale :

Vous serez soumis à la législation de sécurité sociale du pays où vous travaillez, même si vous résidez dans un autre pays contractant ou si votre employeur ou le siège de votre entreprise se trouve sur le territoire d'un autre pays contractant. Si vous travaillez dans différents pays, des règles spécifiques sont applicables (pour plus d'informations contacter, selon le cas l'ONSS, l'INASTI, l'ORPSS – voir chapitre "*Adresses et numéros de téléphone utiles*").

- Exception :

Le détachement vise la situation du travailleur qui exerce temporairement son activité dans un autre pays que celui où il travaille habituellement. Durant la période de détachement et sous certaines conditions, le travailleur restera soumis à la législation de sécurité sociale du pays où il travaille habituellement.

C.2. L'octroi des prestations

Les branches de la sécurité sociale belge couvertes par les règlements européens sont :

- a) Les prestations de **maladie, de maternité et de paternité** qui se subdivisent en deux catégories :
 - ♦ les prestations en nature (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisations, ...) qui sont servies sous certaines conditions, par le pays de résidence ou de séjour selon sa législation et
 - ♦ les prestations en espèces (remplacement de la perte du salaire, de la rémunération) qui sont servies conformément à la législation du pays d'assujettissement.
- b) Les prestations **accidents du travail et maladies professionnelles** qui, sauf quelques exceptions, sont servies selon les mêmes règles que celles qui régissent l'assurance maladie-maternité.

- c) Les prestations d'**invalidité** qui sont servies quel que soit le pays de résidence. Les régimes d'invalidité des différents Etats peuvent être classés en deux groupes : les pensions d'invalidité calculées selon la durée des périodes d'assurance et les pensions d'invalidité dont le montant est indépendant de la durée des périodes d'assurances. Les prestations d'invalidité sont octroyées soit au prorata des périodes accomplies dans chaque Etat membre, soit selon la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel l'invalidité est survenue.
- d) Les **pensions de retraite**. Les personnes qui ont travaillé dans plusieurs Etats membres recevront des pays concernés une pension correspondant aux périodes d'assurance qui y ont été accomplies.
- e) Les **pensions de survie** qui sont octroyées selon les mêmes règles que celles qui régissent les pensions de vieillesse.
- f) Les **prestations de chômage** qu'il est, en principe, impossible de demander dans un pays où on n'était pas assujéti avant de perdre son emploi. Sous certaines conditions, le droit aux prestations de chômage est conservé lorsqu'on cherche un emploi dans un autre pays.
- g) Les **prestations familiales** qui sont versées par le pays d'assujettissement. Des compléments de prestations peuvent, sous certaines conditions, être octroyés.

De plus amples informations peuvent être obtenues auprès des services compétents (voir le chapitre "*Adresses et numéros de téléphone utiles*").

Lors des demandes de prestations, des formulaires et des procédures officielles doivent impérativement être utilisés. Ces formulaires reprennent toutes les informations nécessaires pour assurer la coopération des institutions de sécurité sociale des pays concernés. Les formulaires sont rédigés dans la langue officielle du pays compétent.

Si vous souhaitez de plus amples informations, adressez-vous à la Direction générale Appui Stratégique du Service public fédéral Sécurité sociale (voir le chapitre "*Adresses et numéros de téléphone utiles*").



L'aide sociale

Que faire si vous vous retrouvez seul et que vous n'avez pas droit à des allocations de chômage ? Que faire si votre pension est insuffisante ? Que faire si vous êtes handicapé et que vous ne pouvez pas travailler ? Que faire si vous ne recevez pas d'allocations familiales ? Que faire si vous tombez à côté du filet de sécurité (sociale) ? Heureusement, il existe une solution ! Un filet de sécurité encore plus grand a été tendu à côté duquel, en principe, personne ne peut plus passer, c'est-à-dire l'aide sociale. **A vrai dire, cette aide sociale n'appartient pas à la sécurité sociale entendu dans un sens restrictif, mais fait partie de la protection sociale totale de la population belge.** Nous profitons de l'occasion pour vous l'expliquer plus en détails.

Le but de l'aide sociale est de garantir un certain revenu minimal à toute la population. Ce revenu est financé par des impôts et n'est donc pas basé sur la rémunération. D'ailleurs, vous devez toujours remplir certaines conditions avant qu'une aide sociale ne vous soit accordée. Ainsi, tout octroi est précédé d'une enquête sur les ressources. Il s'agit des allocations suivantes :



Dans les pages suivantes, vous trouverez une courte description de tout ce dispositif. Il convient de signaler qu'il existe beaucoup d'exceptions aux règles et aux conditions générales.

A. Les allocations aux personnes handicapées

Les allocations aux personnes handicapées ont pour but d'octroyer des revenus, ou d'augmenter le revenu, de personnes handicapées qui, en raison de leur handicap, ne sont pas, ou plus, en mesure de disposer d'un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins.

La demande d'octroi se fait toujours par la personne handicapée (ou son mandant) via la **commune** de sa résidence principale, ou via la **mutuelle**.

Lors de la visite de la personne handicapée (ou de son mandant) au Service communal concerné ou la mutuelle, l'employé introduit directement la demande électroniquement dans la banque de donnée informatique de la **Direction générale Personnes handicapées** par un accès internet sécurisé. En retour, il reçoit, imprime et remet directement à la personne handicapée (ou son mandant) l'accusé de réception ainsi que les formulaires précomplétés avec les données signalétiques de la personne handicapée à remplir (dont les formulaires médicaux à compléter par un médecin).

Tous les formulaires complétés doivent alors être renvoyés, ou remis, par la personne handicapée à la Direction générale Personnes handicapées pour permettre la suite du traitement de la demande.

Il existe **deux types d'allocations** pour des personnes non âgées :



Pour les personnes âgées, il existe également une troisième allocation qui est l'allocation pour l'aide aux personnes âgées. Celle-ci est réservée aux personnes qui ont plus de 65 ans.

Nous entrerons plus dans les détails au point C. pour ce qui concerne la garantie de revenus aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Depuis septembre 2010, une application informatique appelée Handiweb permet aux personnes handicapées (ou à la personne qui a une procuration ou un mandat) de savoir où en est l'état de leur dossier.

Pour avoir accès à celui-ci, il leur suffit de disposer d'un ordinateur avec une connexion internet, de leur carte d'identité électronique et d'un lecteur de carte d'identité.

<https://www.handiweb.be>

Quelles informations peut fournir Handiweb ?

- ♦ quelles sont les demandes encore en cours d'examen, quel est leur stade d'avancement, s'il manque encore un document ou un formulaire que les personnes doivent compléter ou/et renvoyer ;

- ♦ quel est l'historique des décisions qui ont été notifiées ;
- ♦ le montant de l'allocation qui a été ou sera payé, et les dates de paiement ;
- ♦ le degré du handicap reconnu par le médecin, avec le nombre des points octroyé en fonction de la perte de l'autonomie des personnes ;
- ♦ ce que les personnes doivent faire en cas de changement dans leur situation ;
- ♦ ce que les personnes peuvent éventuellement encore demander, et comment.

Toute personne handicapée ne reçoit pas nécessairement une allocation. Il faut remplir certaines conditions, qui peuvent être classées comme médicales et administratives.

Les **conditions administratives générales** sont :

1. Avoir sa résidence principale en Belgique et y séjourner réellement (*) ;
2. Etre inscrit au registre de la population, ou être belge ou assimilé (*) ;
3. Avoir 21 ans au minimum et moins de 65 ans (*) ;
4. Le revenu des personnes concernées fait toujours l'objet d'une enquête sur les ressources. Tant le demandeur lui-même que la personne avec qui il forme un ménage doivent disposer de ressources insuffisantes. Certains revenus sont exonérés en fonction de la situation familiale ou du type de revenus (par exemple, des revenus issus d'un travail, des revenus de remplacement, ...). Il est possible que l'on ne reçoive pas l'allocation complète, mais une partie comme complément aux autres revenus.

C'est le médecin désigné par la Direction générale Personnes handicapées qui se prononce sur l'**aspect médical**.

Pour une **allocation de remplacement de revenu**, il sera examiné dans quelle mesure la personne handicapée, à cause de son handicap, a moins de possibilités de travailler dans le circuit d'emploi ordinaire. Le montant de cette allocation dépend de la situation familiale.

(*) Des exceptions sont possibles !

Les montants annuels maximaux au 1^{er} mars 2015 sont les suivants :

- ♦ bénéficiaire appartenant à la catégorie C (ancienne catégorie personnes à charge) : 13.084,40 €
- ♦ bénéficiaire appartenant à la catégorie B (ancienne catégorie isolé) : 9.813,30 €
- ♦ bénéficiaire appartenant à la catégorie A (ancienne catégorie cohabitant) : 6.542,20 €

Pour une **allocation d'intégration**, la **réduction de l'autonomie** du demandeur sera examinée avec une échelle médico-sociale qui tient compte de la possibilité :

- ♦ de se déplacer ;
- ♦ de manger et de préparer des aliments ;
- ♦ de prendre soin de son hygiène personnelle et de s'habiller ;
- ♦ d'entretenir son logement et de faire le ménage ;
- ♦ de vivre sans contrôle, de se rendre compte de dangers et de les éviter ;
- ♦ de communication et de contact social.

Chaque critère correspond à un certain nombre de points. Le total de ces points est déterminant pour le classement par catégorie. Si vous obtenez moins de sept points, vous n'aurez pas droit à une allocation. Si, par contre, vous remplissez les conditions administratives, l'indemnité s'élève à (montants annuels au 1^{er} mars 2015) :

Catégorie I	7 et 8 points	1.148,76 €
Catégorie II	9 à 11 points	3.914,52 €
Catégorie III	12 à 14 points	6.254,92 €
Catégorie IV	15 et 16 points	9.112,63 €
Catégorie V	17 et 18 points	10.337,70 €

L'allocation de remplacement de revenu et l'allocation d'intégration peuvent être octroyées tant séparément qu'ensemble. C'est le Service Public Fédéral Sécurité sociale qui les paye chaque mois.

B. Le droit à l'intégration sociale - revenu d'intégration

Le CPAS de chaque commune a pour mission de permettre à chaque personne d'être en mesure de mener une existence conforme à la dignité humaine, communément appelée "*aide sociale*" à charge du CPAS. Cette aide sociale consiste en fait en **deux prestations** :

le droit à l'intégration sociale par un emploi ou un revenu d'intégration, assortis ou non d'un projet individualisé d'intégration sociale



l'aide sociale dans le sens large du terme

Si les conditions pour le droit à l'intégration sociale sont remplies, celui-ci doit être accordé prioritairement à l'aide sociale.

En parlant d'aide sociale, on désigne souvent la deuxième prestation. L'aide sociale peut prendre différentes formes. Elle peut être :

matérielle (tant financière, si on ne remplit pas les conditions d'un revenu d'intégration, qu'en nature, par exemple par l'octroi de bons d'alimentation



immatérielle (tels que la guidance budgétaire, le conseil juridique, etc.)

Chaque CPAS évalue lui-même de l'aide la plus adéquate à accorder en fonction de chaque cas personnel et familial. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du CPAS, vous pouvez introduire un recours auprès du tribunal du travail.

En quoi consiste le droit à l'intégration sociale?

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 sociale.

Qui peut bénéficier du droit à l'intégration sociale?

Pour pouvoir bénéficier du droit à l'intégration sociale, le demandeur doit remplir les conditions suivantes :

1. Il doit avoir sa **résidence effective en Belgique**, ce qui veut dire résider habituellement et en permanence sur le territoire belge.
2. Il doit avoir la **nationalité belge** ou bien tomber sous une de ces catégories :
 - ♦ les étrangers inscrits au registre de la population ;
 - ♦ les réfugiés reconnus et les apatrides ;
 - ♦ les citoyens de l'Union européenne ou les membres de la famille qui les accompagnent ou les rejoignent, qui bénéficient d'un droit de séjour de plus de trois mois. Cette catégorie de personnes ne bénéficie du droit à l'intégration sociale qu'après les trois premiers mois de ce séjour.
3. Il doit aussi être **majeur**. Les mineur(e)s émancipé(e)s par mariage, ou qui ont un ou plusieurs enfants à charge ou qui sont enceintes peuvent également introduire une demande.
4. Il ne peut **pas disposer de ressources suffisantes**, ni peut y prétendre ni n'est en mesure de se les procurer, soit par des efforts personnels, soit par d'autres moyens. Par l'enquête sociale, le CPAS va examiner de combien dispose le demandeur. Le CPAS tient compte des ressources de l'époux(se) du demandeur et des moyens d'existence de la personne avec laquelle la personne constitue un ménage de fait. Le CPAS peut aussi tenir compte des revenus des parents ou des enfants majeurs avec qui il cohabite. En principe on tient compte de toutes les ressources de n'importe quelle nature ou origine, comme les revenus professionnels, les prestations sociales, les revenus des biens mobiliers et immobiliers, les avantages en nature, etc. Certains revenus énumérés dans la réglementation n'entrent pas

en ligne de compte, comme les allocations familiales pour lesquelles le demandeur a la qualité d'allocataire et pour autant qu'il élève ses enfants et en ait la charge totalement ou partiellement, des dons non réguliers, l'aide offerte par le CPAS, la pension alimentaire perçue au profit des enfants célibataires à charge de l'intéressé pour autant que ce dernier les élève, etc.

5. Il doit **être disposé à travailler**, à moins que des raisons de santé ou d'équité l'en empêchent.
6. Enfin, il 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. Si vraiment vous avez fait tout votre possible pour vous procurer un revenu d'une autre façon, par exemple une allocation de chômage ou des allocations aux personnes handicapées ou autre, vous aurez droit à l'intégration sociale si vous remplissez les conditions légales.

Quels droits à l'intégration sociale s'appliquent aux demandeurs à partir de 25 ans?

Si vous avez 25 ans ou plus et satisfaites aux conditions, vous avez droit à l'intégration sociale par l'attribution soit par l'octroi d'un **revenu d'intégration**, soit par l'offre par le CPAS d'un **emploi** à l'intéressé. Le CPAS peut aussi mettre les bénéficiaires du droit à l'intégration sociale au travail en agissant lui-même comme employeur ou en intervenant financièrement dans certains types de mises au travail pour réduire le coût salarial des employeurs. Ces mesures de mises à l'emploi relèvent de la compétence des régions depuis le 1^{er} juillet 2014.

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration peuvent être couplés avec un **projet individualisé d'intégration sociale** sur 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.

Quels droits à l'intégration sociale s'appliquent aux demandeurs de moins de 25 ans?

Si vous avez moins de 25 ans et satisfaites aux conditions, vous avez droit à l'intégration sociale prioritairement par un **emploi** adapté à votre situation personnelle et vos capacités dans les 3 mois de la demande. L'emploi consiste soit en un contrat de travail soit en un projet individualisé d'intégration sociale, menant dans une période déterminée à un contrat de travail. Le CPAS peut ainsi mettre les bénéficiaires du droit à l'intégration sociale au travail en agissant lui-même

comme employeur ou en trouvant un autre employeur ou en intervenant financièrement dans certains types de mises au travail pour réduire le coût salarial des employeurs.

Dans **3 situations particulières**, le jeune a droit au **revenu d'intégration** :

depuis l'introduction de sa demande jusqu'à son engagement effectif



quand il bénéficie d'un projet individualisé d'intégration sociale

quand il ne peut être mis au travail pour des raisons de santé et d'équité

Il va de soi que dans ces cas, le jeune doit encore aussi remplir toutes les conditions légales.

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration doivent être couplés avec 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. 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.

A combien s'élève le revenu d'intégration?

Le revenu d'intégration est un revenu minimum pour les personnes qui ne peuvent pas disposer de ressources suffisantes, ni ne peuvent y prétendre ni ne sont en mesure de se les procurer, soit par leurs efforts personnels, soit par d'autres moyens. Le montant dépend de la situation familiale.

Il y a **trois catégories** :

Catégories	Montant annuel	Montant mensuel
La personne cohabitante	6.538,91 €	544,91 €
La personne isolée ou la personne sans abri qui bénéficie d'un projet individualisé d'intégration sociale	9.808,37 €	817,36 €
La personne habitant avec une famille à sa charge	13.077,84 €	1.089,82 €

(Montants au 1^{er} mars 2015)

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 minimum du revenu d'intégration.

C. La garantie de revenus aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées

Les allocations aux personnes âgées sont constituées de deux éléments : la garantie de revenus aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

La **garantie de revenus aux personnes âgées** (GRAPA) est en fait une sorte de revenu d'intégration accordé à partir de l'âge de 65 ans pour les hommes et pour les femmes.

Les conditions à remplir pour bénéficier de ce revenu sont presque les mêmes que celles du revenu d'intégration. Tout octroi est précédé d'une enquête sur les ressources. La garantie de revenus est un montant forfaitaire annuel de base de (montants au 1^{er} mars 2015) :

- ♦ 8.093,56 € pour une personne mariée ou cohabitante (674,46 € par mois);
- ♦ 12.140,34 € pour une personne isolée (1.011,70 € par mois).

Compte tenu du principe de l'individualisation des droits, deux bénéficiaires partageant la même résidence principale obtiennent ensemble 16.187,12 € (1.348,92 € par mois).

L'allocation pour l'aide aux personnes âgées faisait partie du régime des allocations pour les personnes handicapées décrit ci-dessus. Depuis le 1^{er} juillet 2014, il ne s'agit plus d'une compétence fédérale. Cependant la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale continue actuellement à gérer les dossiers pour le compte de la Communauté flamande, de la Région wallonne, de la Communauté germanophone et de la Commission communautaire commune de Bruxelles.

Pour obtenir une telle allocation, vous devez généralement remplir les mêmes conditions administratives et médicales que celles de l'allocation d'intégration. Une différence importante est la **condition d'âge** : une allocation pour l'aide aux personnes âgées ne peut être obtenue qu'à partir du premier mois qui suit celui dans lequel on atteint l'âge de 65 ans.

Cette allocation ne peut pas être cumulée avec une allocation d'intégration ou de remplacement de revenu. Néanmoins, les bénéficiaires d'une allocation de remplacement de revenus et/ou d'une allocation d'intégration avant l'âge de 65 ans peuvent continuer à bénéficier de ces allocations après l'âge de 65 ans si ce régime leur est plus avantageux.

Le montant final de l'allocation dépendra du degré d'autonomie (voir les conditions spécifiques de l'allocation d'intégration). Avec un score de moins de 7 points, vous ne recevez pas d'allocation. Avec un score plus élevé, vous recevrez au maximum (montants annuels au 1^{er} mars 2015).

Catégories d'autonomie	Allocations
Catégorie I (7 et 8 points)	981,68 €
Catégorie II (9 à 11 points)	3.747,30 €
Catégorie III (12 à 14 points)	4.556,11 €
Catégorie IV (15 et 16 points)	5.364,69 €
Catégorie V (17 et 18 points)	6.589,77 €

D. Les prestations familiales garanties

Les prestations familiales sont réservées uniquement aux enfants pour qui en vertu d'une réglementation belge, étrangère ou internationale aucun droit aux prestations familiales n'existe. **Les prestations familiales garanties sont réservées aux familles les plus démunies. Cela rompt le lien traditionnel entre le travail du chef de famille et le droit aux allocations familiales.**

En quoi consistent les prestations familiales garanties ? Les prestations familiales garanties comprennent les allocations familiales, l'allocation supplémentaire en fonction de l'âge, l'allocation de naissance, la prime d'adoption, l'allocation forfaitaire pour enfant placé dans une institution à charge d'une autorité publique, le supplément d'âge annuel aux prestations familiales garanties et aux allocations d'orphelins

Qui peut introduire la demande ? Toute personne qui supporte **la charge totale d'un enfant ou la plus grande partie de celle-ci** peut introduire une demande, à condition qu'elle réside en Belgique. Si le demandeur ne relève pas de l'application des règlements de la CE en matière de sécurité sociale, ou n'est pas un apatride ou réfugié politique reconnu, une personnes bénéficiant du statut de protection subsidiaire ou un pays qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée), il doit avoir résidé en Belgique pendant les cinq dernières années.

Le demandeur ne doit cependant pas satisfaire à la condition de résidence de 5 années préalables en Belgique si la demande concerne un enfant qui relève de l'application du Règlement de la CE en matière de sécurité sociale aux travailleurs salariés, ou est apatride, ou réfugié reconnu ou ressortissant d'un Etat qui a ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne (révisée).

La demande doit être adressée à l'Agence fédérale pour les allocations familiales (FAMIFED).

Dans des cas exceptionnels, l'enfant doit également avoir résidé en Belgique pendant une période non interrompue de cinq ans avant la demande.

Tout comme pour les autres régimes d'aide sociale, une **enquête sur les ressources** aura lieu. Ainsi, les ressources de la personne ayant l'enfant à charge - ou son conjoint ou la personne avec qui elle cohabite - ne peuvent pas dépasser 4.062,82 € par trimestre (montant au 1^{er} mars 2015).

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

La demande d'allocations familiales garanties et d'allocation de naissance doit être introduite à l'Agence fédérale pour les allocations familiales.

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 un délai d'un an après la naissance.



Les adresses et numéros de téléphone utiles

Vous trouverez ici quelques adresses et numéros de téléphone utiles où vous pourrez adresser vos questions concernant la sécurité sociale. Vous trouverez plus d'information en ligne notamment sur le site portail <https://socialsecurity.be>.

A. Services publics fédéraux (anciennement ministères)

Service public fédéral Sécurité sociale

Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 100, 1000 Bruxelles,
<http://socialsecurity.fgov.be>

Direction générale Politique sociale: Accidents du travail et maladies professionnelles, allocations familiales, assujettissement, pensions de retraite et de survie, soins de santé et indemnités, vacances annuelles	02 528 63 00	dg-soc@minsoc.fed.be
Direction générale Appui stratégique (entre autres compétente pour les relations internationales) Relations bilatérales (Hendrik Hermans) Relations multilatérales (Muriel Rabau)	02 528 60 30	dgstrat@minsoc.fed.be
Direction générale Indépendants	02 528 64 50	ZelfIndep@minsoc.fed.be
Direction générale Inspection sociale	02 528 62 20	guido.demuyne@minsoc.fed.be
Direction générale Personnes handicapées (communément appelé Vierge noire): allocations pour l'aide aux personnes âgées et allocation de remplacement de revenus et d'intégration	0800 987 99 (8 h30 - 13h)	formulaire en ligne : http://handicap.fgov.be
Fonctionnaire d'information	02 528 60 31 En cas d'urgence uniquement 0477 848 664	social.security@minsoc.fed.be

Service public de programmation Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes

Boulevard Roi Albert II 30, 1000 Bruxelles : <http://www.mi-is.be>

Point de contact

02 508 85 86

question@mi-is.be

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

Rue Ernest Blerot 1, 1070 Bruxelles: <http://emploi.belgique.be>

Numéro d'appel général

02 233 41 11

information@emploi.belgique.be

Service public fédéral Personnel et Organisation

Rue de la Loi, 51, 1040 Bruxelles: <http://www.fedweb.belgium.be>

Point de contact

02 790 58 00

fedwebteam@p-o.belgium.be

B. Les organismes publics de sécurité sociale

Agence fédérale pour les allocations familiales (Famifed) (anciennement ONAFTS)

(www.famided.be, info.mediation@famifed.be)

Rue de Trèves 70, 1000 Bruxelles, 1000 Brussel, 0800 94 434

Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS)

(www.bcss.fgov.be, servicedesk@ksz-bcss.fgov.be)

Quai de Willebroeck 38, 1000 Bruxelles, 02 741 84 00

Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins (CSPM)

(www.hvkz-cspm.fgov.be, info@hvkz-cspm.fgov.be)

Frankrijklei 81-83, bus 4, 2000 Antwerpen, 03 220 74 61 (à partir de juin 2015)

Fonds des accidents du travail (FAT)

(www.fat.fgov.be, info@faofat.fgov.be)

Rue du Trône 100, 1050 Bruxelles, 02 506 84 11

Fonds des maladies professionnelles (FMP)

(www.fmp.fgov.be, secre@fmp-fbz.fgov.be)

Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles, 02 226 62 11

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

(www.inami.fgov.be, communication@inami.fgov.be)

Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, 02 739 71 11

Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (INASTI)

(www.inasti.be, info@rsvz-inasti.fgov.be)

Quai de Willebroeck 35, 1000 Bruxelles (à partir de mai 2015), 02 546 42 11

Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS)

(www.onafts.be, info.mediation@rkw-onafts.fgov.be)

Rue de Trèves 70, 1000 Bruxelles, 02 237 21 12

Office national de l'emploi (ONEM)

(www.onem.fgov.be, reglement@onem.be)

Boulevard de l'Empereur 7, 1000 Bruxelles, 02 515 41 11

Office national des pensions (ONP)

(www.onp.fgov.be, info@onp.fgov.be)

Tour du Midi, 1060 Bruxelles, ligne verte gratuite : 1765

Office national de sécurité sociale (ONSS)

(www.onss.fgov.be, contactcenter@eranova.fgov.be)

Place Victor Horta 11, 1060 Bruxelles, 02 509 31 11

Office national des vacances annuelles (ONVA)

(www.onva.fgov.be, communications@onva.fgov.be)

Chaussée d'Ixelles 213, 1050 Bruxelles, 02 627 97 65

**Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS)
(anciennement ONSSAPL et OSSOM)**

(www.orpss.fgov.be; communication@orpss.fgov.be)

Rue Joseph II, 47, 1040 Bruxelles, 02 239 12 11

Service des pensions du secteur public (SdPSP)

(www.sdpsp.fgov.be, cc@sdpsp.fgov.be)

Place Victor Horta 40 bte 30, 1060 Bruxelles, numéro de téléphone gratuit : 1765

C. Autres organismes

Centre public d'action sociale (CPAS)

Il y a un CPAS par commune. Vous trouverez les coordonnées dans l'annuaire téléphonique ou sur le site internet de votre administration communale (généralement <http://www.nomdelacommune.be>).

Les mutualités

("mutuelles") sont réunies dans les unions nationales suivantes :

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes	Chaussée de Haecht 579, bte 40, 1031 Bruxelles Tél. 02 246 41 11 www.mc.be , formulaire de contact : www.mc.be/contact/
Union Nationale des Mutualités Libérales	Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles Tél. 02 542 86 00 www.mutualiteliberale.be , info@mut400.be
Union Nationale des Mutualités Libres	Rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles Tél. 02 778 92 11 www.mloz.be/fr , info@mloz.be
Union Nationale des Mutualités Neutres	Chaussée de Charleroi 145, 1060 Bruxelles Tél. 02 538 83 00 www.mutualites-neutres.be , info@unmn.be
Union Nationale des Mutualités Socialistes	Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles Tél. 02 515 02 11 www.mutsoc.be , info@mutsoc.be

Vous pouvez également vous affilier à :

Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	Rue du Trône 30 bte A, 1000 Bruxelles Tél. 0800 11 292 www.caami.be , info@caami-hziv.fgov.be
--	--

Les 4 organismes de paiement (dont 3 "syndicats") en matière d'allocations de chômage sont

CAPAC: Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage	Rue de Brabant 62, 1210 Bruxelles Tél. 02 209 13 00 www.capac.fgov.be , info@capac.fgov.be
CGSLB: Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique	Boulevard Baudouin 8, 1000 Bruxelles Tél. 02 509 16 00
CSC: Confédération des Syndicats Chrétiens	Chaussée de Haecht 579, 1030 Bruxelles Tél. 02 246 31 11 www.csc-en-ligne.be , csc@acv-csc.be
FGTB: Fédération Générale des Travailleurs de Belgique	Rue Haute 42, 1000, Bruxelles Tél. 02 506 82 11 www.fgtb.be , info@fgtb.be

Asbl Sigedis

(www.sigedis.be, info@sigedis.fgov.be)

Tour du Midi, Place Bara, 7^{ème} étage, 1060 Bruxelles, tél. 02 791 50 00

Fonds amiante (AFA)

(www.afa.fgov.be, info.fr@afa.fgov.be)

Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles, tél: 02 226 64 71

La liste des **caisses d'assurances sociales** est disponible à l'adresse www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/specifieke_info/zelfstandigen/lijskassen.pdf ou peut être obtenue auprès de la Direction générale Indépendants du SPF Sécurité sociale, Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 120, 1000 Bruxelles, tél. 02 528 64 50, ZelfIndep@minsoc.fed.be

La liste des **organismes d'allocations familiales** est disponible auprès de l'agence fédérale pour les allocations familiales : www.famifed.be.

La liste des **des secrétariats sociaux** est publiée chaque année au Moniteur belge : (dernière publication au Moniteur belge du 10 février 2015) : www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2015/02/10_2.pdf. Elle peut également être obtenue auprès du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles, tél. 0800 98 809.

La liste des **différentes caisses de vacances** est disponible sur le site web de l'ONVA : onva.fgov.be/fr/content/les-differentes-caisses-de-vacances.

Au niveau international, vous pouvez consulter les sites: des autorités fédérales suivants :

socialsecurity.be/CMS/fr/leaving_belgium/index.html (quitter la Belgique) et socialsecurity.be/CMS/fr/coming_to_belgium/index.html (venir en Belgique).

En cas de litige :

La liste des **tribunaux du travail** est accessible à la page www.juridat.be/cgi_adres/adrf.pl.

Elle peut également être obtenue auprès du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles, tél. 0800 98 809

Le **Médiateur fédéral** est compétent notamment pour les réclamations relatives aux institutions de sécurité sociale (sauf pour les pensions) :

(www.mediateurfederal.be, contact@mediateurfederal.be). Rue de Louvain 48 bte 6, 1000 Bruxelles, tél. 0800 99 961 – 02 289 27 27

Les **médiateurs pour les pensions** sont compétents pour les organismes publics ou privés qui octroient, paient ou gèrent des pensions légales.

(www.mediateurpensions.be, plainte@mediateurpensions.be)

WTC III, Boulevard Simon Bolivar 30 bte 5, 1000 Bruxelles, tél: 02 274 19 90

Cette brochure est accessible à la page socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/alles-wat-je-altijd-al-wilde-weten-over-de-sociale-zekerheid-in-belgie.htm. Elle peut être commandée :

- ♦ par écrit au Service public fédéral Sécurité sociale, fonctionnaire d'information, Finance Tower, Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 100, 1000 Bruxelles
- ♦ au numéro de téléphone : 02 528 60 31
- ♦ par e-mail : social.security@minsoc.fed.be

Des textes plus détaillés concernant la sécurité sociale sont disponibles dans "*l'Aperçu de la sécurité sociale en Belgique*" (2012). Vous pouvez consulter cet ouvrage de 724 pages en ligne à partir de la page socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/beknopt-overzicht.htm.

Coordination (mars 2015) : Didier Coeurnelle, fonctionnaire d'information, didier.coeurnelle@minsoc.fed.be, tél. 02 528 60 31.



Service public fédéral
Sécurité sociale

© 2015

SPF Sécurité sociale

Direction générale Appui stratégique
Centre administratif
Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique 50
1000 Bruxelles

Editeur responsable

Tom Auwers

D/2015/10.770/31