

**Tout ce que vous avez toujours voulu
savoir sur la sécurité sociale**

Préface

La sécurité sociale... Tout le monde en a déjà entendu parler, surtout ces derniers temps. Dans cette brochure, nous voulons expliquer le système de sécurité sociale en Belgique.

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 maladie-invalidité ;
7. les vacances annuelles.

Pour les travailleurs indépendants, il existe également une assurance sociale en cas de faillite et un régime de prestations 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. A la fin de cette brochure, vous trouverez une liste d'adresses et de numéros de téléphone des institutions de sécurité sociale auxquelles vous pouvez vous adresser pour tout problème ou toute question.

Cette brochure a été mise à jour au 1er janvier 2006.

Table des matières

Préface	3
Table des matières	4
Introduction	6
<i>A. L'importance de la sécurité sociale</i>	6
<i>B. Un peu d'histoire</i>	6
<i>C. L'arrière-plan idéologique</i>	8
<i>D. L'organisation</i>	8
<i>E. La charte de l'assuré social</i>	9
Le financement	10
<i>A. Les travailleurs salariés</i>	10
<i>B. Le financement alternatif</i>	11
<i>C. Les travailleurs indépendants</i>	11
<i>D. Les fonctionnaires</i>	11
Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés	13
<i>A. Le champ d'application</i>	13
<i>B. Les cotisations de sécurité sociale</i>	13
<i>C. L'extension du régime des travailleurs salariés</i>	13
<i>D. Le non-assujettissement au régime des travailleurs salariés</i>	14
<i>E. Les marins de la marine marchande</i>	14
Les différentes branches de la sécurité sociale	15
Les prestations familiales	16
<i>A. L'attributaire</i>	16
<i>B. L'allocataire</i>	17
<i>C. L'enfant bénéficiaire</i>	17
<i>D. Les types de prestations</i>	18
Le chômage	21
<i>A. Les conditions d'admissibilité et les conditions d'octroi</i>	21
<i>B. Allocations</i>	23
<i>C. Les exclusions et les sanctions</i>	24
<i>D. Les prépensionnés et les jeunes quittant l'école</i>	25
<i>E. Des mesures d'emploi</i>	25
Les pensions	27
<i>A. De plus en plus de pensionnés</i>	27
<i>B. Les pensions de retraite</i>	27
<i>C. Les pensions de survie</i>	30
Les soins de santé	32
<i>A. Les bénéficiaires</i>	32
<i>B. Les prestations de santé</i>	32
<i>C. Les tarifs de remboursement</i>	33

<i>D. Du maximum à facturer (MàF)</i>	35
Les indemnités pour maladie	37
<i>A. Les travailleurs salariés</i>	37
<i>B. Les travailleurs indépendants</i>	38
<i>C. Les fonctionnaires fédéraux</i>	39
Les allocations de maternité	40
<i>A. Le Congé de maternité</i>	40
<i>B. Le congé de paternité</i>	41
Les accidents du travail	42
<i>A. Les risques couverts</i>	42
<i>B. Les dommages réparés</i>	42
<i>C. Le paiement des prestations</i>	44
<i>D. La responsabilité civile</i>	44
<i>E. Les fonctionnaires</i>	44
<i>F. Les travailleurs indépendants</i>	45
Les maladies professionnelles	46
<i>A. Qu'est-ce une maladie professionnelle ?</i>	46
<i>B. Les risques indemnisés</i>	46
<i>C. Les fonctionnaires</i>	47
<i>D. Les travailleurs indépendants</i>	47
Les vacances annuelles	48
<i>A. Les ouvriers (et apprentis-ouvriers) et les artistes</i>	48
<i>B. Les employés (et les apprentis-employés)</i>	49
<i>C. Les fonctionnaires</i>	49
L'assurance sociale en cas de faillite	50
L'aide à la maternité en faveur des travailleuses indépendantes	51
Les aspects internationaux de la sécurité sociale	52
<i>A. Introduction</i>	52
<i>B. Les objectifs</i>	52
<i>C. Quelle est la législation applicable ?</i>	53
<i>D. L'octroi des prestations</i>	53
L'aide sociale	55
<i>A. Les allocations aux personnes handicapées</i>	55
<i>B. Le droit à l'intégration sociale - revenu d'intégration</i>	57
<i>C. La garantie de revenus aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées</i>	59
<i>D. Les prestations familiales garanties</i>	60
Les adresses et numéros de téléphone utiles	61
<i>A. Les administrations</i>	61
<i>B. Les institutions publiques de sécurité sociale</i>	61
<i>C. Autres organismes</i>	62

Introduction

A. L'importance de la sécurité sociale

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

- les travailleurs et les chômeurs ;
- les actifs et les pensionnés ;
- les personnes en bonne santé et les personnes malades ;
- les personnes ayant des revenus et les personnes sans ressources ;
- les familles sans enfants et celles avec enfants ;
- etc.

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.

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 de "Maisons civiles de Dieu" 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.

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.

La première assurance obligatoire n'a vu le jour qu'en 1903 seulement. 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.

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.

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.

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.

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.

A partir de 1975, c'est la crise ! Notre économie connaît de graves difficultés et les conséquences pour la sécurité sociale ne sont pas négligeables non plus. A cause de la forte croissance du chômage, de l'augmentation du nombre de bénéficiaires et de la maîtrise difficile du coût de la sécurité sociale, les problèmes financiers étaient inévitables. 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, où tant les finances que les prestations ont subi de profondes réformes. 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.

Ces dernières années, 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).

Enfin, récemment, les pensions minimales 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.

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 19ème 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 20ème 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 sont déterminées par les montants qu'on a cotisés (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 :

ONAFTS	l'Office national des allocations familiales des travailleurs salariés
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 familiales, l'aide à la maternité, les prestations de l'assurance en cas de faillite et les pensions inconditionnelles).

L'INASTI est quant à lui chargé de :

- a) percevoir in fine la globalité des cotisations et
- b) de 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'ONSSAPL (l'Office national de sécurité sociale pour les administrations provinciales et locales) 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 nouvelle 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 paratatales 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 les plus brefs délais, 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 désormais de trois mois minimum.

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

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 1er janvier 1995, une **gestion financière globale** est d'application. L'ONSS 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 le patron, 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 que les vacances annuelles ne font pas partie de la sécurité sociale.

Le tableau indique les **taux de cotisation** en vigueur au 1er janvier 2006. Une distinction est faite entre la part due par les travailleurs et celle due par les employeurs.

Secteurs	Cotisation du travailleur (%)	Cotisation patronale (%)	Total (%)
1. Maladie-invalidité			
- soins de santé	3,55	3,80	7,35
- indemnités	1,15	2,35	3,50
2. Chômage	0,87	1,46	2,33
3. Pensions	7,50	8,86	16,36
4. Prestations familiales	0,00	7,00	7,00
5. Accidents du travail	0,00	0,30	0,30
6. Maladies professionnelles	0,00	1,00	1,00
Total (= cotisation globale)	13,07	24,77	37,84

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, les participations au bénéfice, 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 de 7,48 %, d'une cotisation pour le fonds de fermeture d'entreprises de 0,20 % (pour les entreprises qui occupent 1 à 19 travailleurs) ou 0,23 % (pour les entreprises qui occupent 20 travailleurs et plus), d'une cotisation de 0,05 % pour l'accueil des enfants, d'une cotisation de 0,10 % pour les groupes à risque et, pour ceux qui emploient 10 travailleurs ou plus, d'une cotisation supplémentaire de 1,69 %.

Cependant, de nombreuses mesures en faveur de l'emploi réduisent le montant des cotisations de sécurité

sociale en faveur de groupes cible comme les travailleurs âgés, les demandeurs d'emploi de longue durée, les premiers engagements, les jeunes travailleurs, 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 forfaitaire à l'ONSS ; en 2005, ce montant s'élevait à 5,3305 milliards d'EUR. 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 d'un pourcentage des recettes de TVA. En 2005, 6,7411 milliards d'EUR des recettes totales de la TVA ont été affectés à la sécurité sociale des travailleurs salariés et 124,2 millions d'EUR à la sécurité sociale des travailleurs indépendants.

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 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 de paiement de la cotisation, s'élève pour l'année 2006 (revenus 2003) à :

Revenu professionnel net par tranche	Montant de la cotisation
Jusqu'à 9.664,59 EUR	474,77 EUR par trimestre
Entre 9.664,59 EUR et 47.203,12 EUR	19,65 % du revenu professionnel net
Entre 47.203,12 EUR et 69.567,99 EUR	14,16 % du revenu professionnel net
Au dessus de 69.567,99 EUR	0 EUR

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 qui ne sont pas employés par une administration provinciale ou locale, ce sont les autorités agissant comme employeur qui financent les prestations sociales. Ces fonctionnaires ne doivent payer qu'une cotisation personnelle de 7,5 % pour les pensions de survie et une cotisation personnelle de 3,55 % pour la branche des soins de santé. Cette dernière cotisation, augmentée de la part de l'employeur

(3,85 %) est versée à l'ONSS.

L'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL) est compétent pour les membres du personnel des administrations provinciales et locales.

Les employeurs énumérés à l'article 32 des Lois coordonnées sur les allocations familiales sont affiliés de plein droit à l'ONSS APL. Cet office perçoit:

- 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. Pour les agents définitifs, la seule cotisation due à ce régime est celle pour le régime de l'assurance maladie-invalidité (secteur soins de santé), dont le montant s'élève à 3,80% (part patronale) et 3,55% (part personnelle). Pour les agents contractuels les cotisations dues sont celles pour les régimes de l'assurance maladie invalidité (secteur soins de santé et indemnité), des pensions et du chômage: les cotisations s'élèvent ici respectivement à 13,07% à charge du travailleur et à 16,47% à charge de l'employeur.

- les cotisations de sécurité sociale spécifiques au secteur local. Il s'agit de cotisations exclusivement patronales pour le secteur des allocations familiales (5,25%) et des maladies professionnelles (0,17%).

L'ONSSAPL perçoit aussi les cotisations suivantes:

- 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 en matière d'accueil d'enfant (cotisation patronale de 0,05%),

- la cotisation de pension due par les administrations dont les agents définitifs sont affiliés au régime commun de pension ONSSAPL ou au régime des nouveaux affiliés de l'Office, pour les agents nommés des administrations locales qui ont adhéré à ces régimes. Le taux de la cotisation est fixé annuellement par l'ONSS APL et s'élève pour l'année 2006 à 27,5% pour le régime commun de pension et à 32,5% pour le régime des nouveaux affiliés.

- la cotisation de 13,07% sur le pécule de vacances calculé conformément à l'arrêté royal du 30 janvier 1979 relatif à l'octroi d'un pécule de vacances aux agents de l'administration générale du Royaume.

Soulignons que le personnel des administrations publiques engagé sous contrat de travail (non statutaire) est soumis au régime général des travailleurs salariés.

Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés

A. Le champ d'application

Sous réserve de conventions internationales, sont 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 assujetti 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 aux travailleurs (la cotisation du travailleur). Il y ajoute la part des cotisations qui lui incombent (la cotisation patronale). **Pour certaines catégories de travailleurs, les cotisations sont calculées sur un montant forfaitaire au lieu de l'être sur la rémunération brute** (par exemple pour les marins pêcheurs, les sportifs, certains travailleurs rémunérés totalement ou partiellement au pourboire). Ce montant forfaitaire varie selon les professions exercées.

L'employeur ne peut récupérer à charge du travailleur le montant de la cotisation qu'il aurait omis de retenir en temps utile.

Le montant total 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.

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.

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 46 journées de travail, décomposée en deux périodes d'occupation : une première période de 23 jours au cours du mois de juillet, août, septembre ; une seconde de 23 jours également durant les périodes de présence non obligatoire dans les établissements d'enseignement à l'exception des mois de la première période. Pour l'occupation de 23 jours se situant au cours des mois de juillet, août et septembre, une cotisation de solidarité de 5% à charge de l'employeur et de 2,5% à charge du travailleur sont prévues. Une cotisation spéciale de 12,5% est en outre due dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiant sur la rémunération des étudiants occupés 23 jours en dehors de la période de juillet à septembre : 8% à charge de l'employeur et de 4,5% à charge du travailleur.

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 historiques¹ 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, parastatale de sécurité sociale, est gérée de façon paritaire.

¹ 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 familiales

Tant les travailleurs salariés et indépendants que les fonctionnaires ont droit aux prestations familiales. Si d'une façon ou d'une autre ils risquent d'être exclus, ils peuvent encore faire appel aux 'prestations familiales garanties' dans le régime de l'aide sociale (voir le chapitre sur 'l'aide sociale').

Les prestations familiales comprennent les allocations familiales ordinaires, d'orphelins, l'allocation familiale forfaitaire pour enfants placés chez un particulier, les suppléments (sociaux, pour enfants atteints d'une affection ou handicapés, d'âge), l'allocation de naissance et la prime d'adoption. 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.**

Quelques explications...

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 et les invalides, s'ils remplissent certaines conditions, peuvent bénéficier d'un supplément 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 période d'attente 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 a 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.

Il importe également de signaler que la détermination de l'attributaire se fait toujours **au bénéfice de l'enfant**. Etant donné que dans le système des travailleurs indépendants, la prestation est inférieure pour un premier enfant, une mère qui est travailleuse salariée aura la priorité sur un père qui est travailleur indépendant, du moins si elle travaille plus qu'à mi-temps. Il existe donc, dans certaines limites un droit de priorité dans le régime des travailleurs salariés. La détermination de l'attributaire est importante pour le paiement des prestations familiales.

Dans le régime des **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'Office national des allocations familiales pour travailleurs salariés (l'ONAFST). Dans certains cas, l'employeur n'a pas le choix d'opter pour une caisse d'allocations familiales privée, mais ce sera l'ONAFST qui est l'instance qui paye (par exemple pour le personnel horeca, les artistes). En outre, l'ONAFST est toujours compétent pour des personnes en situation d'attribution (étudiants et handicapés, ...), 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.

Les **travailleurs indépendants** s'affilient à une caisse d'assurances sociales ou à la Caisse nationale

auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. La caisse d'assurances sociales d'un travailleur indépendant décédé, est chargée du paiement à la veuve, au veuf et aux orphelins.

Les **fonctionnaires** des administrations provinciales et locales reçoivent leurs prestations familiales de l'ONSSAPL. Pour les autres fonctionnaires, ce sont les autorités même qui les occupent qui sont responsables du paiement des prestations familiales.

B. L'allocataire

L'allocataire est celui qui touche les allocations familiales. Dans le régime des travailleurs salariés, 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).

Dans le régime des **travailleurs indépendants**, les prestations familiales sont payées en premier lieu au père. Si on le désire, les prestations peuvent être payées à la mère. La mère perçoit les allocations par priorité en cas de séparation des parents.

Dans le régime des **fonctionnaires**, les prestations familiales sont payées au membre du personnel même. Sur simple demande, elles peuvent être payées à la mère ou à la personne qui élève l'enfant.

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. **Avant qu'une personne ne soit enfant bénéficiaire, celle-ci doit remplir préalablement 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 propres enfants ;
- des enfants adoptifs ou des enfants sous tutelle officielle ;
- des petits-enfants, des arrière-petits-enfants, des neveux et des nièces ;
- des frères et des soeurs (sous réserve que certaines conditions spécifiques sont respectées) ;
- des enfants placés et les enfants pour qui on est muni 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.

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

- l'apprenti(e) ;
- l'enfant qui suit toujours des cours ou un stage ;
- l'étudiant qui prépare un mémoire ;
- lors de la période d'attente : 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.

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 :

1. l'allocation de naissance ;
2. la prime d'adoption ;
3. les allocations familiales ordinaires ;
4. l'allocation forfaitaire pour enfants placés chez un particulier ;
5. les allocations d'orphelin ;
6. les suppléments.

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 premier enfant (rang 1) bénéficie de 1.043,93 EUR, les autres bénéficient de 785,43 EUR (montants au 1er janvier 2006). Tous les enfants issus d'un accouchement multiple auront droit à l'allocation de naissance du 1er 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 enfant du 1er rang, c'est-à-dire 1.043,93 EUR (au 1er janvier 2006). La prime d'adoption et l'allocation de naissance sont dues par l'institution chargée du paiement de l'allocation familiale au parent.

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	77,05 EUR par mois et 39,19 EUR pour les travailleurs indépendants
- 2ème rang	142,58 EUR par mois
- 3ème rang et suivants	212,87 EUR par mois

(Ces montants sont d'application au 1er janvier 2006)

Si un enfant "disparaît", parce qu'il n'est plus bénéficiaire, les autres enfants remontent d'un rang. Un enfant du 2ème rang devient un enfant du 1er 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 51,70 EUR (au 1er janvier 2006). Dans le régime des travailleurs indépendants, le montant de l'allocation forfaitaire est de 26,30 EUR pour le 1er enfant et de 51,70 EUR à partir du 2^{ème} (au 1er janvier 2006).

Les **orphelins** touchent toujours 296,01 EUR (au 1er janvier 2006). 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 trois 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 ceux qui ont plus de 18 ans. Il existe des mesures de transition en faveur des enfants nés avant le 1er janvier 1991. Dans le régime des travailleurs indépendants, il n'y a pas de supplément d'âge pour l'enfant unique et le dernier né.

2) 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. Celui-ci dépend également du rang de l'enfant dans la famille. Pour le travailleur en incapacité de travail, ce supplément est plus élevé que pour d'autres catégories.

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

L'enfant né après le 1er janvier 1996 et 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} janvier 2006, ce supplément est de :

s'il obtient 6 points au minimum (4 points au minimum pour le pilier 1) et 8 points au maximum de l'échelle médico-sociale	67,57 EUR
s'il obtient 9 points au minimum et 11 points au maximum de l'échelle médico-sociale	168,93 EUR
s'il obtient 12 points au minimum et 14 points au maximum de l'échelle médico-sociale	281,55 EUR
s'il obtient 15 points au minimum et 17 points au maximum de l'échelle médico-sociale	394,17 EUR
s'il obtient 18 points au minimum et 20 points au maximum de l'échelle médico-sociale	422,33 EUR
s'il obtient plus de 20 points de l'échelle médico-sociale	450,48 EUR

L'enfant né au plus tard le 1er janvier 1996 et atteint d'une incapacité physique ou mentale de 66 % au moins est bénéficiaire d'un supplément jusqu'à l'âge de 21 ans en fonction du degré d'autonomie de l'enfant.

Au 1^{er} janvier 2006, ce supplément est de :

s'il obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie	346,66 EUR
s'il obtient 4, 5 ou 6 points d'autonomie	379,46 EUR
s'il obtient 7, 8 ou 9 points d'autonomie	405,65 EUR

Le chômage

Dans le texte qui suit, le secteur du chômage est essentiellement abordé par rapport à son rôle majeur qui est de fournir un revenu de remplacement en cas de chômage complet, tant au demandeur d'emploi qu'au non-demandeur d'emploi. 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 temps de travail (interruption de carrière/crédit-temps), de reprise de travail à temps partiel, aux personnes en formation, aux accueillants d'enfants; le secteur stimule aussi la reprise de travail auprès des groupes à risque et soutient le développement des services de proximité.

En principe, le secteur du chômage est destiné exclusivement aux travailleurs salariés. Les travailleurs indépendants ne peuvent jamais recourir au régime de chômage, étant donné qu'ils ne payent pas les cotisations requises. Les travailleurs indépendants qui perdent leur emploi, mais qui, avant leur statut d'indépendant, ont été occupés comme travailleur salarié (ou étaient au chômage) peuvent toutefois, sous certaines conditions, bénéficier d'allocations de chômage. Les fonctionnaires ne cotisent pas non plus à ce régime étant donné qu'ils sont nommés définitivement et que, par conséquent, ils ne peuvent pas être mis au chômage. Pourtant, les fonctionnaires peuvent aussi désormais être licenciés. C'est pourquoi un régime très spécifique a été mis au point pour que, eux aussi, ils aient droit aux allocations de chômage. Un régime similaire s'applique aux militaires.

Autrement dit, le travail salarié assujéti au régime des cotisations chômage, peut ouvrir le droit aux allocations de chômage. Ceci n'est par exemple pas le cas pour le 'travail occasionnel', les contrats d'étudiants, le personnel domestique qui ne réside pas auprès de son employeur et qui ne travaille pas plus de quatre heures par jour auprès d'un employeur ou 24 heures ou plus 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 faire valoir ses droits aux allocations de chômage. La personne concernée doit notamment également pouvoir justifier d'un nombre de jours de travail ou y assimilés suffisants pendant une période de référence déterminée. Cette **période de référence** est la période qui précède la demande d'allocation de chômage. Tant le nombre de jours ouvrables prestés que la durée de la période de référence dépendent de l'âge, comme l'indique le schéma ci-dessous :

Catégorie d'âge	Nombre de jours prestés ou assimilés	Période de référence
Moins de 36 ans	312 jours	18 mois
A partir de 36 ans mais moins de 50 ans	468 jours	27 mois
50 ans et plus	624 jours	36 mois

Si une personne ne remplit pas les conditions imposées à sa catégorie d'âge, mais bien celles d'une catégorie plus âgée, les conditions sont également considérées comme satisfaites. A partir de 36 ans, il est encore possible de revenir, sous certaines conditions, aux jours de travail ou assimilés des 10 années qui précèdent la période de référence. La période de référence mentionnée dans le schéma peut être prolongée pour différentes raisons.

Par jours assimilés, on entend notamment: les jours couverts par l'assurance soins de santé et indemnités, par le pécule de vacances, les jours de grève.

Le travail effectué à l'étranger peut, 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 a prévu des exceptions permettant à certains travailleurs à temps partiel volontaire d'être assimilés à des travailleurs à temps plein.

Pour faire valoir ses droits aux allocations de chômage, il existe bon nombre de **conditions d'octroi spécifiques** auxquelles il faut satisfaire. Nous les énumérons ici.

1) Ne bénéficiaire d'aucune rémunération

Un travailleur qui bénéficie toujours d'une indemnisation de préavis ou de licenciement à charge de son employeur ne peut pas encore faire valoir ses droits.

2) Ne pas effectuer de travail

Un chômeur ne peut pas effectuer de travail pour son propre compte dépassant la gestion normale des 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, sous quelque forme que ce soit, pour un tiers, qui lui rapporte une rémunération ou un avantage matériel pour lui ou sa famille. Par exemple, il lui est interdit de construire sa propre maison. Si la personne travaille pour le compte de quelqu'un, on estime que cela rapporte toujours certains avantages. Il faut prouver le contraire ou en avoir fait la demande d'autorisation au préalable. Certaines professions accessoires qui doivent être déclarées au préalable sont éventuellement autorisées, à condition de les avoir déjà exercées au moins trois mois avant la demande d'allocations et ce, lors d'une occupation salariée. De plus, cette activité doit être exercée principalement entre 18 heures et 7 heures et certaines sont totalement exclues.

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. Ceci est examiné au cas par cas.

4) Etre disponible pour le marché du travail

Cela signifie que le demandeur d'emploi doit s'inscrire au FOREM (Région wallonne), au VDAB (Région flamande) ou à l'ORBEM (Région bruxelloise) et qu'il doit accepter tout emploi qui peut être considéré comme convenable. Ceci signifie qu'en outre, il faut rechercher activement un emploi. Depuis 2004, ceci est suivi de manière systématique et la personne qui refuse ou ne respecte pas un contrat en matière de 'recherche active' risque une sanction. Ce dernier système est appelé à remplacer progressivement le système d'exclusion sur la base du chômage de longue durée.

5) Etre apte au travail

Il faut être apte au travail. Si la personne concernée est déclarée inapte au travail, elle peut dans ce cas bénéficier d'indemnités de maladie ou d'invalidité.

6) Habiter en Belgique

A partir de 60 ans, il suffit pour les chômeurs âgés, les chômeurs avec une dispense maxi et les prépensionnés d'habiter effectivement la plus grande partie de l'année en Belgique.

7) Ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite

Le chômeur qui a atteint l'âge légal de la retraite, n'a plus droit aux allocations de chômage à partir du premier jour du mois suivant celui au cours duquel il a atteint cet âge. Pour les hommes, c'est à 65 ans, pour les femmes c'est actuellement à 64 ans (depuis 2006) et ce sera 65 ans en 2009 (voir le chapitre 'les pensions').

Il existe de nombreuses **exceptions** à ces conditions. Certaines ont déjà été citées. Les prépensionnés ne sont ainsi pas seulement dispensés de la disponibilité pour le marché de l'emploi, ils ne doivent pas non plus être en possession d'une carte de contrôle, ils peuvent conserver les allocations en cas d'incapacité de travail et ils peuvent sous certaines conditions exercer une activité pour leur propre compte et sans but lucratif (par

exemple : travaux de construction à leur propre maison) ou entamer une profession accessoire qui n'avait pas été simultanément exercée pendant 3 mois avec un travail salarié. Les chômeurs âgés peuvent également être dispensés des deux dernières conditions.

B. Allocations

1) Etre chômeur suite à un emploi à temps plein

En cas de chômage complet, le travailleur à temps plein peut bénéficier d'allocations 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 de travail maximale dans l'entreprise et le salaire perçu doit être égal à la rémunération d'une semaine ouvrable complète de travail. Le travailleur qui perçoit un salaire au moins égal au revenu minimum mensuel moyen et qui est admissible (voir ci-dessus) est également considéré comme travailleur à temps plein. Le chômeur qui bénéficie du droit aux allocations pour tous les jours de la semaine (excepté le dimanche) 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' lors de la prise de cours de cette reprise de travail à temps partiel. De plus, au cours de cette occupation à temps partiel, il est possible, sous certaines conditions, de percevoir outre son salaire une allocation de garantie de revenus.

Le travailleur qui ne satisfait ni aux conditions pour être assimilé à un travailleur à temps plein, ni aux conditions pour obtenir le statut de travailleur à temps partiel avec maintien des droits, peut éventuellement bénéficier d'allocations comme travailleur à temps partiel volontaire. En cas de chômage complet, il peut alors percevoir des allocations réduites en proportion de la durée de travail contractuelle. Il doit s'agir d'une occupation à temps partiel qui s'élève au moins à 12 heures ou à un tiers d'une occupation à temps plein. En cas de reprise de travail comportant moins d'heures, il est éventuellement encore possible de conserver un certain nombre d'allocations.

2) Le montant des allocations

Le montant des prestations dépend de la situation familiale, de la durée du chômage et du salaire journalier moyen perçu en tant que travailleur salarié.

Dans le régime du chômage, nous distinguons plusieurs catégories :

- **le travailleur salarié avec charge de famille.** En cas de chômage, il perd le seul revenu de la famille alors qu'il a des personnes à charge ;
- **la personne isolée.** Elle perd son seul revenu, mais n'a pas de personnes à charge.
- **le cohabitant.** Il ne perd pas le seul revenu de la famille.

L'allocation de chômage de base s'élève à 40 % du salaire journalier moyen. Ce salaire journalier moyen est limité à un maximum de 67,07 EUR au 1er août 2005. Outre ce pourcentage de base de 40 %, il est possible d'obtenir un pourcentage supplémentaire en fonction de la catégorie et de la durée du chômage.

Nous distinguons les pourcentages suivants :

a) 15 % d'indemnisation d'adaptation

Lors de la première année de chômage, tant les travailleurs avec charge de famille que les personnes isolées et cohabitantes reçoivent cette indemnité supplémentaire.

b) 5 % pour la perte du revenu unique

Ce supplément bénéficie au travailleur avec charge de famille et aux personnes isolées et n'est pas limité dans le temps. Après un an de chômage, ce supplément est fixé à 10 % pour les isolés.

c) 15 % de supplément pour charge de famille

Après un an de chômage, les chômeurs perdent l'indemnisation d'adaptation de 15 %. Pour compenser cette

perte, les travailleurs avec charge de famille perçoivent dès lors 15 % de supplément pour charge de famille.

La deuxième période de chômage entre en vigueur après la première année de chômage. Cette deuxième période ne cesse jamais pour les deux premières catégories de chômeurs ; elle ne peut se terminer que pour les cohabitants. La fin de cette période est déterminée pour les cohabitants en fonction de leur carrière professionnelle. La durée de cette deuxième période de chômage est en principe de trois mois, mais peut être prolongée de trois mois par année de travail salarié (y compris les jours assimilés). Après cette période, le chômeur cohabitant entre dans la troisième période et recevra un montant forfaitaire de 15,27 EUR, à certaines conditions augmenté à 20,03 EUR (montant au 1er août 2005).

Le tableau ci-dessous reprend les pourcentages du salaire journalier moyen auxquels peuvent recourir les différentes catégories dans les différentes périodes de chômage.

Catégories	1ère année de chômage	2ème période	3ème période
Travailleurs avec charge de famille	60 %	60 %	60 %
Personnes isolées	60 %	50 %	50 %
Personnes cohabitantes	55 %	40 %	15,27 (évt. 20,03) €

Complément d'ancienneté

Après leur première année de chômage, les chômeurs âgés de 50 ans ou plus peuvent bénéficier d'un supplément d'ancienneté s'ils remplissent les conditions suivantes :

- justifier de 20 ans d'emploi en service salarié ;
- ne pas bénéficier d'une prépension conventionnelle ou d'une prépension comme travailleur frontalier et ne pas avoir renoncé à une prépension conventionnelle.

Le montant de ce supplément est déterminé en fonction de la catégorie familiale à laquelle appartiennent les chômeurs et de leur âge.

A côté des indemnités énumérées jusqu'ici, il existe aussi des **allocations d'attente**. Ces allocations sont réservées aux jeunes qui, après leurs études et une période d'attente, sont admis au chômage. Dans ce cas, ils reçoivent des allocations d'attente en fonction de leur âge et de leur situation familiale.

3) Procédure

Les allocations de chômage ne sont pas accordées automatiquement. D'abord, il faut que la personne concernée introduise une demande auprès de l'organisme de paiement de son choix. Ces organismes sont soit ceux qui sont liés à un syndicat soit un organisme de paiement public, la "Caisse auxiliaire de paiement des allocations de chômage".

C. Les exclusions et les sanctions

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

a) Le chômage volontaire

Le chômage est considéré comme volontaire dans les cas suivants :

- un abandon convenable sans motif légitime ;
- un licenciement qui est la suite logique d'une attitude fautive de la part du travailleur salarié ;
- le défaut de présentation, sans justification suffisante, auprès d'un employeur après une convocation des services de placement ou le refus d'un emploi convenable ;
- le défaut de présentation, sans justification suffisante, auprès du service de l'emploi et/ou de la formation professionnelle compétent ;
- le refus ou l'échec d'un parcours d'insertion;
- l'évaluation négative des efforts pour retrouver du travail.

b) L'indisponibilité pour le marché du travail

- suite à une disposition réglementaire ou une condition de fait tel que le congé pré- ou post-natal ;
- le chômeur qui pose des conditions à son réemploi.

c) Le chômage de longue durée

Le chômeur qui a moins de 50 ans, qui est cohabitant en troisième période d'indemnisation et qui dépasse une certaine durée de chômage peut voir son droit aux allocations de chômage suspendu pour cause de chômage de longue durée. Cette durée de chômage est déterminée par le bureau du chômage et tient compte du sexe et de l'âge du chômeur.

Ce motif d'exclusion disparaît progressivement : à partir du 1er juillet 2004 pour les chômeurs de moins de 30 ans, à partir du 1er juillet 2005 pour les chômeurs de moins de 40 ans et à partir du 1er juillet 2006 pour les chômeurs de moins de 50 ans. Le suivi du comportement de recherche active d'un emploi est instauré à la place avec des sanctions possibles (voir "être disponible pour le marché de l'emploi" ci-dessus).

d) L'omission d'une déclaration obligatoire, une déclaration tardive, une **déclaration non correcte ou incomplète** ou l'utilisation de documents fautifs 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 prouvée, une sanction pénale peut également être appliquée.

Préalablement à toute décision de sanction ou d'exclusion, le chômeur est convoqué auprès du bureau du chômage pour être entendu en ses moyens de défense. Au cours de cette audition, informé des faits mis à sa charge, le travailleur a la possibilité de réfuter ceux-ci, d'exposer son argumentation et d'introduire de nouvelles pièces au dossier. A cette occasion, 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 lorsque le chômeur conteste la décision. A cet effet, le chômeur dispose d'un délai de trois mois à partir de la notification de la décision pour introduire un tel recours.

D. Les prépensionnés et les jeunes quittant l'école

La catégorie spéciale des prépensionnés concerne les travailleurs salariés âgés. S'ils sont mis à la prépension, ils ont droit à des allocations de chômage s'élevant à 60 % de leur salaire plafonné jusqu'à leur retraite, indépendamment de leur situation familiale. En plus, ils reçoivent une indemnisation supplémentaire à charge de leur ancien employeur.

Les jeunes qui quittent l'école ne reçoivent pas immédiatement une allocation d'attente. D'abord, ils doivent effectuer une période d'attente (ils doivent s'inscrire comme demandeur d'emploi et être disponible pour le marché de l'emploi). Durant cette période d'attente, ils ont toujours droit à des prestations familiales. Après cette période d'attente, qui est déterminée en fonction de l'âge, ils peuvent introduire une demande d'allocations d'attente. Si toutes les conditions sont réunies (notamment, avoir terminé les études requises et accompli valablement le stage d'attente), ils pourront percevoir un montant forfaitaire comme allocation d'attente, qui dépend aussi de la situation familiale et de l'âge du jeune.

E. Des mesures d'emploi

Afin de promouvoir l'emploi et de réduire le taux de chômage, des mesures diverses ont été prises ces dernières années. Soulignons notamment le Maribel social, les conventions de premier emploi et l'harmonisation des plans d'embauche. Cette série de mesures constitue surtout un encouragement à l'embauche de certaines catégories de travailleurs par certains employeurs, en leur accordant **une réduction de cotisations de sécurité sociale**.

D'autres mesures d'activation des allocations de chômage (notamment activa, services et emplois de proximité, programme de transition professionnelle et ALE) ont été prises en faveur des **chômeurs de longue durée**. Dans ce cadre une partie de la rémunération est à charge de l'Onem.

Par ailleurs, les différentes Régions ont introduit certains programmes d'emploi 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. Cette tendance devrait être renversée par des mesures incitatives pour maintenir les travailleurs âgés en activité.

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 plus exercer une activité professionnelle.

B.1. L'âge de la pension

L'âge normal de la pension est actuellement fixé à 64 ans pour les femmes et à 65 ans pour les hommes.

Entre janvier 1991 et juin 1997, tout travailleur salarié avait la possibilité de prendre sa retraite à partir de 60 ans. Les femmes devaient prêter 40 ans de service et les hommes 45 ans de service pour avoir une carrière complète. Pour résoudre ce problème d'inégalité entre les sexes, il a été décidé qu'après une longue **période de transition** l'âge normal de la retraite serait de 65 ans, tant pour les hommes que pour les femmes, et qu'une carrière complète serait de 45 ans.

Depuis le 1er janvier 2006, l'âge normal de la retraite pour les femmes est devenu 64 ans et une carrière complète se compose de 44 années. A partir de 2009, l'âge normal de la retraite sera de 65 ans et la carrière complète comptera 45 années de service. Pour les hommes, l'âge normal légal de la retraite est déjà fixé à 65

ans et la durée d'une carrière complète à 45 années.

La possibilité de prendre sa pension plus tôt que l'âge normal de la retraite reste ouverte. Pour les travailleurs et les travailleuses salariés, c'est possible à partir de 60 ans dans la mesure où la carrière compte au moins 35 ans.

Pour les **travailleurs indépendants**, l'âge de la retraite est actuellement fixé à 64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes. Tout comme les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants hommes et femmes peuvent prendre leur pension anticipativement à partir de 60 ans, pourvu qu'ils aient presté suffisamment d'années de service. Pour chaque année d'anticipation, le montant de la pension sera diminué de 5 % sauf si la carrière comprend au moins 44 années. Comme dans le régime des travailleurs salariés, le nombre d'années de service requis (pour les hommes et pour les femmes) a atteint 35 ans en 2005 et l'âge normal de la pension pour les femmes, sera de 65 ans en 2009.

Pour les **fonctionnaires**, 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 à partir de l'âge de 60 ans à condition de compter au moins cinq années de service et de pouvoir faire valoir des services ou des périodes admissibles postérieurs au 31 décembre 1976.

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

Le tableau ci-après donne un résumé des âges de retraite appliqués dans les trois secteurs (de janvier 2006 à décembre 2008).

	Travailleurs salariés		Travailleurs indépendants		Fonctionnaires	
	Normal	Anticipé	Normal	Anticipé	Normal	Anticipé
Hommes	65 ans	60	65	60	65	variable
Femmes	64	60	64	60	65	variable

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 65ème 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 (sauf quelques exceptions, voir plus haut).

Outre cette condition d'âge, il est interdit de combiner la pension avec une activité professionnelle. 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 activité que ce soit. Il existe une certaine **limite financière** 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 2006.

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	7.421,57 EUR	15.590,18 EUR
	- avec au moins 1 enfant à charge	11.132,37 EUR	19.300,98 EUR
Indépendant (montants nets)	- base	5.937,26 EUR	12.472,14 EUR
	- avec au moins 1 enfant à charge	8.905,89 EUR	15.440,77 EUR

Si les revenus de l'activité professionnelle dépassent les montants précités de 15% ou plus, le paiement de la pension est suspendu pour toute l'année civile concernée.

Si les montants cités sont dépassés de moins de 15%, le montant de la pension est, pour l'année civile concernée, réduit d'un pourcentage égal au pourcentage de dépassement.

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 acquise en vertu de plusieurs régimes quand la personne concernée a connu plusieurs statuts lors de sa carrière professionnelle.

Une pension de travailleur salarié est calculée de la manière suivante :

Pension = 60 % ou 75 % x rémunérations brutes réelles, forfaitaires ou fictives x nombre d'années de carrière professionnelle

44 ou 45

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. 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 20ème 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.

Le nombre d'années prises en compte pour le calcul de la pension ne peut jamais dépasser 44 pour les femmes et 45 pour les hommes. Si le nombre d'années de carrière est plus élevé, les années les moins favorables ne seront pas prises en considération.

Pour les **fonctionnaires**, en ce qui concerne le calcul de la pension, 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 seront admises que moyennant une contrepartie financière.

Si la possession d'un diplôme 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 (aucune cotisation n'est donc demandée).

B.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 carrières professionnelles 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 CIMIRE. 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 43.314,93 EUR pour l'année 2005. 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.

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 47.203,12 EUR (au 1^{er} janvier 2006) - sont pris en compte. Ces revenus réels sont multipliés par un coefficient dit d'harmonisation qui exprime le rapport entre les dépenses pour les prestations de pension et la totalité des dépenses dans le statut social des travailleurs indépendants. Finalement, tout comme pour les travailleurs du secteur privé, la pension des travailleurs indépendants dépend également de leur situation familiale.

Le calcul de la pension des fonctionnaires se fait d'une autre manière. En ce qui concerne le montant pris en compte pour le calcul de la pension, au lieu de rassembler toutes les rémunérations gagnées lors de la carrière professionnelle, il ne sera tenu compte que des rémunérations non-indexées des cinq dernières années (à l'exception des militaires pour lesquels il sera tenu compte de la dernière rémunération).

Le montant de la pension dépend également du nombre d'années de service. Cependant, la pension finale ne peut pas dépasser, en principe, les 75% de la rémunération qui a servi de base au calcul de la pension.

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 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.

C. Les pensions de survie

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. 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 doit 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. Toutefois, si le conjoint survivant se remarie, le paiement de la pension de survie est suspendu.

- **Pour les bénéficiaires d'une pension de survie, une limite est également fixée aux activités professionnelles,** mais, pour les bénéficiaires de moins de 65 ans, cette limite est plus élevée que pour les bénéficiaires d'une pension de retraite.

Le calcul de la pension de survie est quasi identique dans les trois régimes, mais dépend de la mise préalable à la pension ou non du conjoint décédé.

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

Pension de survie = 60 % x la rémunération prise en compte x le nombre d'années de carrière professionnelle

le nombre d'années entre ses 20 ans et l'année de décès

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).

Il est possible que le conjoint survivant soit lui-même bénéficiaire d'une pension de retraite. Dans ce cas, il peut combiner cette pension de retraite avec sa pension de survie jusqu'à un maximum de 110 % de cette dernière. Cependant, dans le cas où la pension de survie concerne une carrière incomplète, la limite est fixée comme si la carrière était complète.

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.

Les soins de santé

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

A. Les bénéficiaires

L'assurance maladie couvre aussi bien les travailleurs salariés, indépendants ou du secteur public, que les chômeurs, pensionnés, bénéficiaires du revenu d'intégration, handicapés, étudiants, orphelins, ..., 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 1.985,22 EUR par trimestre (au 4^{ème} trimestre 2005);
- résider au sein de la famille du bénéficiaire de l'assurance maladie, à l'exception de l'époux ou de l'épouse séparé(e) (de fait ou de corps) et des enfants de moins de 25 ans.

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

a) **Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit s'affilier ou s'inscrire auprès d'un organisme assureur** (mutualité, service régional de la Caisse nationale 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.

b) 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.

c) En principe, pour obtenir le remboursement des frais de santé par l'assurance maladie, il faut accomplir un **stage de six mois**. Cependant, celui-ci est devenu exceptionnel et c'est ainsi que dans la quasi-totalité des cas, le droit aux soins de santé s'ouvre sans stage.

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 **25 catégories** différentes de soins de santé, dont voici les catégories les plus importantes :

- a) les soins médicaux courants comportant : les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes, les soins donnés par les kinésithérapeutes ;
- b) les soins dentaires ;
- c) les accouchements ;
- d) la fourniture de médicaments (préparations magistrales, spécialités pharmaceutiques, médicaments génériques,...) ;
- e) les soins hospitaliers ;
- f) 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. Toutefois, celles-ci se limitent aux 'gros risques'. Ce sont notamment, les soins médicaux et obstétricaux en cas d'accouchement, l'hospitalisation pour mise en observation et traitement, les médicaments délivrés lors d'une hospitalisation, les soins palliatifs, etc. Le travailleur indépendant qui souhaite être couvert pour **les petits risques** (consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, consultations de dentiste, etc.) peut souscrire auprès d'une mutualité une assurance spécifique appelée "assurance libre". Cette souscription requiert le paiement de cotisations spécifiques.

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 (mutuelle)**, 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.

Cependant, il existe un **régime de remboursement plus élevé** (dénommé "régime préférentiel" ou **statut BIM (ex -VIPO)**) des prestations de santé pour certaines catégories de personnes :

- les veuves et veufs, invalides, pensionnés, orphelins
- personnes bénéficiant du revenu d'intégration
- personnes à charge du CPAS
- bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées, des allocations pour handicapés, des allocations familiales majorées
- chômeurs en chômage contrôlé âgés de 50 ans au moins qui ont, depuis un an au moins, la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage
- les personnes à charge de toutes ces personnes

Ce remboursement préférentiel ne pourra toutefois être accordé à ces personnes que si le montant des revenus bruts imposables de leur ménage n'excède pas 13.246,34 EUR augmentés de 2.452,25 EUR par personne à charge.

Ainsi, on peut dire brièvement que pour les bénéficiaires du régime préférentiel, la quote-part personnelle pour les soins courants ne sera que de 10 % à l'exception des consultations de médecins spécialistes pour lesquelles la quote-part personnelle sera de 15 % et des prestations de logopédie, de kinésithérapie, de physiothérapie, de podologie et de diététique pour lesquelles la quote-part personnelle ne pourra dépasser 20%.

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, les tarifs de remboursement sont toujours appliqués directement (ou **régime du tiers payant**). Les bénéficiaires appartenant à la catégorie préférentielle 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. En fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, les spécialités pharmaceutiques remboursables sont réparties en **cinq catégories de remboursement**. Pour chaque catégorie, la quote-part personnelle du bénéficiaire s'établit comme suit (montants au 1er juin 2006)

	Quote-part personnelle des bénéficiaires normaux	Quote-part personnelle de la catégorie préférentielle
Catégorie A (maladies graves et prolongées)	Pas d'intervention personnelle	
- Catégorie B (médicaments à utilités sociale et médicale) - Catégorie B : grands conditionnements (médicaments à utilités sociale et médicale)	25 % - Max. 10,40 EUR ou 15,70 EUR* - Max. 15,70 EUR ou 23,50 EUR*	15 % - Max. 7,00 EUR ou 10,40 EUR* - Max. 10,40 EUR ou 15,70 EUR*
Catégorie C (médicaments à utilités sociale et médicale moins importantes)	50 %	
	Max. 17,40 EUR ou 26,10 EUR*	Max. 10,40 EUR ou 15,70 EUR*
Catégorie Cs	60 %	
Catégorie Cx	80 %	

* les interventions personnelles sont plus élevées pour les médicaments remboursés dans ces catégories, lorsque le « groupe thérapeutique » (classe ATC 4^{ème} niveau) auquel ils appartiennent comporte au moins un générique ou une copie.

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; 1,10 ou 2,20 EUR et pour les bénéficiaires de la catégorie préférentielle à 0; 0,30 ou 0,60 EUR.

Lors d'une hospitalisation en hôpital général, un montant forfaitaire de 0,62 EUR par jour de soins est facturé pour les spécialités pharmaceutiques remboursables. Les préparations magistrales sont incluses dans le prix d'un jour de soins.

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 1er janvier 2006) :

Bénéficiaires	1er jour (*)	À partir du 2ème jour	A partir du 91ème jour
Titulaires ordinaires sans personne à charge	40,33 EUR	13,06 EUR	13,06 EUR
Titulaires ordinaires avec personne à charge (y compris ceux tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou par acte notarié, leurs personnes à charge y comprises)	40,33 EUR	13,06 EUR	4,64 EUR
Enfants à charge des titulaires ordinaires	31,91 EUR	4,64 EUR	4,64 EUR
Bénéficiaires du régime VIPO et leurs personnes à charge	4,64 EUR	4,64 EUR	4,64 EUR
Titulaires en chômage contrôlé qui ont depuis 12 mois au moins la qualité de chômeur complet ayant charge de	31,91 EUR	4,64 EUR	4,64 EUR

famille ou isolé, y compris leurs personnes à charge			
--	--	--	--

(*) Montant forfaitaire de 27,27 EUR compris

Le 1er jour, un montant forfaitaire de 27,27 EUR 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 VIPO.

A partir du 91ème 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 4,64 EUR.

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 21,78 EUR pour les titulaires ordinaires sans personnes à charge, à 13,06 EUR pour les bénéficiaires "BIM" et les chômeurs sans personne à charge et à 4,64 EUR pour tous les autres bénéficiaires.

Tous les montants et pourcentages cités ci-dessus sont d'application au 1^{er} janvier 2006.

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") peut devenir très importante.

Une solution existe, c'est ce que l'on appelle le maximum à facturer :

Le maximum à facturer vous donne, en tant que famille, la garantie de ne pas devoir dépenser plus qu'un montant déterminé (ticket modérateur) de frais en soins de santé assurés et nécessaires.

Par famille, 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 assurés et nécessaires, on entend notamment: les honoraires pour les consultations et visites des médecins, les actes techniques, les médicaments des catégories de remboursement A, B et C (y compris les médicaments en cas d'hospitalisation et les préparations magistrales), certains frais hospitaliers.

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.

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

- Le MàF social,
- Le MàF revenus
- Le MàF à titre individuel

Par revenu, on entend le revenu imposable net du ménage, c'est à dire le revenu brut dont on a déduit les

cotisations sociales et les impôts).

Le MàF social

Le MàF social est octroyé aux seuls membres du ménage qui sont bénéficiaires de l'intervention majorée et à leur conjoint ou à la personne avec qui ils forment un ménage de fait ainsi qu'aux personnes à charge des bénéficiaires ou de leur conjoint ou « partenaire » et ce, dès que l'ensemble des frais en soins de santé atteint 450 EUR, peu importe les revenus du ménage.

Le MàF revenus

Depuis le 1er janvier 2005, le MàF revenus est étendu à toutes les tranches de revenus. Les tranches de revenus et montants d'interventions personnelles sont celles qui étaient en vigueur dans le maximum à facturer fiscal. La tranche la plus élevée a toutefois été supprimée.

Les fourchettes de revenus et plafonds sont les suivants (année 2006) :

Plafonds de revenus (EUR)	Plafonds d'interventions personnelles (EUR)
Statut protégé (MàF social)	450
MàF revenus	
Jusqu'à 14.878,24	450
Entre 14.878,25 et 22.872,51	650
MàF à titre individuel	650
Entre 22.872,52 et 30.866,80	1.000
Entre 30.866,81 et 38.527,98	1.400
A partir de 38.527,99	1.800

Le MàF à titre individuel

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

Le MàF fiscal

Le maximum à facturer déterminé en fonction des revenus du ménage du bénéficiaire et exécuté par l'Administration fiscale dont bénéficiaient les ménages ayant un revenu supérieur à 22.253,86 EUR cesse d'être applicable à partir de l'exercice d'imposition 2006 et est intégré au MàF revenus. Il reste cependant applicable pour les revenus antérieurs à l'année 2005.

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.

- a) 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.
- b) 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.

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.

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

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 les trente premiers jours de l'incapacité de travail primaire, à charge de votre organisme assureur, 60 % de votre rémunération (plafonnée à 107,4134 EUR pour les incapacités à partir du 1er janvier 2005 et à 105,3072 EUR pour les incapacités antérieures au 1er janvier 2005). Les indemnités ne sont, en principe, pas octroyées pour les périodes couvertes par le salaire garanti à charge de l'employeur. A partir du 31ème jour, l'indemnité reste fixée à 60 %, mais uniquement pour les bénéficiaires ayant des personnes à charge ou qui ont perdu leur revenu unique. Pour les autres bénéficiaires, le pourcentage est diminué à 55 %.

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 (à cause de la même maladie) dans les quatorze jours suivant la reprise, la période d'incapacité primaire est censée ne pas s'être interrompue.

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.

Pour la détermination du montant des **indemnités d'invalidité**, il est également tenu compte de la situation familiale du bénéficiaire et de la perte ou non du revenu unique. Un titulaire ayant personne à charge a droit à un taux d'indemnités fixé à 65 % de la rémunération (également plafonnée à 107,4134 EUR pour les incapacités à partir du 1er janvier 2005 et à 105,3072 EUR pour les incapacités antérieures au 1er janvier 2005). Pour les autres titulaires sans charge de famille, le taux de l'indemnité d'invalidité est réduit à 50 % ou 40 % de la même rémunération plafonnée selon que le bénéficiaire a perdu ou non un revenu unique.

La période d'invalidité n'est pas interrompue par une reprise du travail de moins de trois mois et pas davantage par une période de maternité.

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 refusées (ex. en cas de cumul avec une allocation ordinaire, spéciale ou complémentaire prévue pour les handicapés, etc.) ou réduites (ex. pour la période pour laquelle vous avez droit à une rémunération, 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. Lors de 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	Sans personnes à charge
Période non indemnisée d'un mois	0 EUR	0 EUR
Période indemnisée d'incapacité de travail (du 2ème au 12ème mois)	31,76 EUR	23,82 EUR
Invalidité générale	31,98 EUR	23,98 EUR
Invalidité en cas de cessation d'activité	39,51 EUR	28,28 EUR

(Les montants mentionnés dans le tableau sont journaliers et sont d'application au 1er janvier 2006)

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.

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. Ce droit ne produit ses effets qu'à partir du moment où l'agent a été mis en disponibilité pour une période ininterrompue de 3 mois au moins.

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 allocations 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 allocation 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** (107,4134 EUR), à l'exception de l'allocation pour les 30 premiers jours du congé de maternité de la travailleuse salariée active.

	Trente premiers jours	A partir du 31ème jour ou en cas de prolongation après 15 semaines
Travailleuse active	82 % (salaire non plafonné)	75 % (salaire plafonné)
Chômeuse (6 premiers mois de l'incapacité de travail)	Indemnité de base (*) + 19,5 % (salaire plafonné)	indemnité de base + 15 % (salaire plafonné)
Invalides et autres	79,5 % (salaire plafonné)	75 % (salaire plafonné)

(*) Le montant de base s'élève à 60 % du salaire plafonné sans toutefois être supérieur à l'allocation de chômage à laquelle la titulaire a droit lorsqu'elle n'est pas en période de protection de la maternité

A.2. Les travailleuses indépendantes

Les travailleuses indépendantes ont droit à un **congé de maternité** équivalent à une période ininterrompue de 6 semaines (7 en cas de naissance multiple). Lors de cette période, elles ont droit à un montant forfaitaire de 2.041,91 EUR (+ 340,32 EUR en cas de semaine supplémentaire)(montants au 1^{er} janvier 2006).

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 (19 si naissance multiple). Durant cette période, elles recevront 100 % de leur rémunération.

B. Le congé de paternité

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 trente jours 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 pour congé de paternité. Le taux de l'indemnité est fixé à 82% de la rémunération perdue plafonnée.

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. La mutualité lui remet une feuille de renseignements à renvoyer remplie et signée à la fin de son congé de paternité.

Le fonctionnaire fédéral a également droit à dix jours de congé de paternité; ceux-ci sont entièrement rémunérés par l'employeur.

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'un organisme assureur agréé ou auprès d'un fonds d'assurance mutuelle agréé. Le Fonds des accidents du travail (FAT) exerce le contrôle sur ces assureurs. Cependant, dans certains cas (pour les bateliers, 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 10 jours ouvrables par l'employeur à l'assureur et dans certains cas à l'inspecteur de la sécurité de travail. 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 dans le sens strict du mot 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'assureur doit payer le ticket modérateur. En principe, la victime peut choisir le médecin traitant ou l'hôpital. Si toutefois l'employeur ou l'assureur 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 revenu

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 complète**, toute victime recevra 90 % du salaire journalier moyen. Ce salaire journalier moyen correspond à 1/365ème 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 s'élève, indexée au 1^{er} janvier 2006, à 33 403,08 EUR.

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 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 ou bien elle sera déclarée en 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 son aptitude 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'assureur et la victime et « entériné » par le FAT.

A partir de la période d'**incapacité du travail permanente**, 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.

Pendant les trois années qui suivent la consolidation - la détermination du degré de l'incapacité du travail - les deux parties, c'est-à-dire tant l'organisme assureur que la victime, peuvent demander une **révision de l'allocation**. 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. Les allocations supplémentaires du FAT

La victime a droit à une **allocation supplémentaire** si l'allocation annuelle, qui n'est pas indexée pour les petits degrés d'incapacité, se retrouve sous un certain minimum. La victime aura également droit à une allocation en cas d'aggravation après le délai de révision. Puis, il existe bon nombre d'autres allocations, telles que l'allocation spéciale, l'allocation de décès, l'allocation de péréquation, etc.

B.5. L'accident du travail mortel

Si un travailleur salarié meurt à cause d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail, cela donne lieu aux allocations 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**

Le conjoint a 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**

Des orphelins de père et de mère reçoivent 20 % de la rémunération de base de l'assuré décédé, les orphelins de père ou de mère n'en reçoivent que 15 %, avec un maximum de 60 % et de 45 % respectivement par famille. 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

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

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'un 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 survivant et les enfants auront également droit à une certaine allocation.

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 déclarer la maladie professionnelle avec un formulaire officiel. Ce formulaire doit être envoyé au Fonds des maladies professionnelles (FMP). Le médecin de 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 professionnelles agréées. Ainsi, il sera plus simple pour une victime de prouver qu'il s'agit d'une maladie professionnelle. **Si la maladie professionnelle figure sur la liste et que la victime est occupée dans un secteur exposé à un certain risque, 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 comme maladie professionnelle. 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 le projet pilote préventif des maladies du dos dans le secteur des soins).

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.

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

- **une maladie professionnelle peut être permanente dès le début**, tandis que la lésion causée (par exemple la fracture d'une jambe) par un accident du travail peut évoluer;
- **une maladie qui ne figure pas sur la liste peut être indemnisée comme une maladie professionnelle** pour autant qu'une cause liée au travail 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 A.R. .

C. Les fonctionnaires

Les régimes spécifiques des maladies professionnelles dans le secteur privé -tel que le système de listes s'appliquent également au secteur public. Pour le reste, les prestations et les risques indemnisés sont identiques à ceux des accidents du travail.

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 privé.

D. Les travailleurs indépendants

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

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'ONVA (Office national des Vacances annuelles) qui intervient pour les vacances annuelles des ouvriers. 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. Il est clair que, comme les travailleurs indépendants ne sont pas assurés pour les vacances annuelles, ils n'ont pas droit à un pécule de vacances.

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

Le pécule de vacances des ouvriers, qui sont assujettis au régime légal des vacances annuelles des travailleurs salariés, est payé par l'ONVA ou par une caisse spéciale de vacances.

Tout employeur occupant des ouvriers, des apprentis-ouvriers ou des artistes engagés dans les conditions décrites ci-dessus est affilié à une **caisse de vacances**. L'employeur ne doit pas entreprendre de démarches particulières pour s'affilier 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'Office national des vacances annuelles reçoit les cotisations patronales perçues par l'ONSS et les répartit entre les caisses spéciales de vacances. Etant donné que l'employeur et le travailleur 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 de ces travailleurs est déterminée en fonction du nombre total de jours de travail effectivement prestés et de jours y assimilés pendant l'exercice de vacances (année civile précédant l'année du paiement du pécule de vacances). La durée des vacances 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.

Le pécule de vacances est composé du pécule de vacances simple (8 % sur les rémunérations brutes de 108 %) et du pécule de vacances double (7,38 % de 108 %). Le simple pécule et le double pécule sont payés pour une période de 4 semaines maximum. 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 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.

Depuis le 1^{er} juillet 2003, le pécule de vacances des artistes liés par un contrat de travail en tant qu'employé et celui de ceux liés, soit verbalement, soit par écrit, par un contrat dont les conditions sont similaires à celles d'un contrat de travail, est payé par l'Office national des vacances annuelles. Le pécule de vacances de ces travailleurs, contrairement à celui des ouvriers et apprentis-ouvriers, est calculé exclusivement sur la base de leurs prestations effectives.

B. Les employés (et les apprentis-employés)

Le pécule de vacances pour les employés est **pavé 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 presté l'année civile qui précède l'année des vacances, ce qui correspond à 24 jours de vacances (dans un régime de travail de 6 jours par semaine) et de 20 jours (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, leur pécule de vacances 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 leur rémunération mensuelle lors des périodes de vacances. Puis, ils reçoivent un 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.

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. Jusqu'à l'âge de 45 ans, ils ont droit à 26 jours, à 27 jours entre 45 et 49 ans et à 28 jours à partir de 50 ans. Si le fonctionnaire a plus de 60 ans, il bénéficie d'un jour supplémentaire par an.

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 2005, la partie forfaitaire s'élevait à 961,4876 EUR. La partie variable est égale à 1,1 % de la rémunération annuelle brute du fonctionnaire en question.

Par ailleurs, la plupart des agents bénéficient d'un supplément de pécule de vacances, appelé "prime Copernic".

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 régie par un arrêté royal du 18 novembre 1996.

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.

L'assurance sociale en cas de faillite

- 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 6 mois au maximum.

Le montant de cette prestation s'élève, au 1^{er} janvier 2006 à 871,37 € ou à 726,14 € pendant les deux premiers mois et à 580,92 € ou à 435,68 € pendant les quatre derniers mois, selon que l'intéressé a ou non au moins une personne à charge.

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.

L'aide à la maternité en faveur des travailleuses indépendantes

L'aide à la maternité octroyée aux travailleuses indépendantes après un accouchement a été instaurée par la loi-programme du 27 décembre 2005. Cette aide tend à améliorer la situation des mères indépendantes qui reprennent leur activité indépendante 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 ou aidantes assujetties au statut social des travailleurs indépendants qui sont au moins redevables des cotisations sociales minimum pour une activité indépendante à titre principal et les conjointes aidantes assujetties au maxi statut et au moins redevables des cotisations sociales minimum telles que prévues, et qui

- ont donné le jour à un ou plusieurs enfants après le 31 décembre 2005, et qui
- sont en ordre de cotisations pour les deux trimestres qui ont précédé le trimestre de leur accouchement ainsi que pour le trimestre au cours duquel est survenu l'accouchement, et qui
- apportent la preuve de la naissance d'un enfant inscrit dans le ménage de la travailleuse indépendante.

Cette aide

- consiste à octroyer à la travailleuse indépendante qui vient d'accoucher une prestation sous la forme de 70 titres-services gratuits lesquels permettent de faire appel aux services d'une personne (1 titre par heure) qui effectue des tâches de nature ménagère ;
- doit être demandée à la Caisse d'assurances sociales par courrier postal ou électronique (e-mail) ou par le dépôt d'une demande sur place.

Les aspects internationaux de la sécurité sociale

A. Introduction

La vie économique et sociale s'internationalise. Diverses questions en matière de sécurité sociale se posent aux personnes qui se déplacent d'un pays à l'autre (pour travailler, pour rechercher un travail, pour étudier, pour passer des vacances, ...). A quelle législation de sécurité sociale sont-elles assujetties ? Quelles prestations leur sont octroyées ? Qui leur octroiera ces prestations ?... Les accords internationaux de sécurité sociale, et notamment ceux auxquels la Belgique est Partie contractante, apportent généralement des réponses à ces diverses questions.

Nous ne pouvons développer ici que les caractéristiques générales des accords internationaux de sécurité sociale. Pour de plus amples informations, vous pouvez vous adresser au Domaine relations internationales de la Direction générale Politique sociale du Service public fédéral Sécurité sociale (voir le chapitre "Adresses et numéros de téléphone utiles").

Si vous venez habiter ou travailler en Belgique ou si vous revenez après une longue absence, les démarches à accomplir varieront selon votre situation administrative. Mais dans la plupart des cas, il sera en tous cas nécessaire de s'inscrire à une mutualité (voir le chapitre "Adresses et numéros de téléphone utiles").

Si vous quittez la Belgique ou allez travailler à l'étranger, il n'y a pas d'obligation générale de déclaration concernant la sécurité sociale belge ni d'obligation de restitution de votre carte SIS.

B. Les objectifs

Les accords internationaux de sécurité sociale auxquels la Belgique est Partie contractante poursuivent généralement des objectifs similaires :

- **assurer l'égalité de traitement** : les ressortissants des pays contractants ont, dans la même situation, les mêmes droits et obligations (droit aux mêmes prestations, obligation de contribuer au financement de la sécurité sociale, en payant des cotisations ou des impôts, ...)
- **déterminer la législation de sécurité sociale applicable** (cf. infra) ;
- **maintenir les droits** acquis ou en cours d'acquisition : les périodes d'assurance accomplies dans les pays contractants sont totalisées pour l'ouverture du droit aux prestations (ex. : stage soins de santé) ou pour le calcul de celles-ci (ex. : pensions de retraite) ;
- **garantir l'exportation des prestations** de sécurité sociale : les conditions de résidence pour l'octroi des prestations sont levées (ex. : pensions de retraite).

En règle générale, les accords internationaux coordonnent l'application des régimes nationaux de sécurité sociale des pays contractants. Ils peuvent être conclus entre deux ou plusieurs Etats (accords bilatéraux ou accords multilatéraux).

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

Les plus importants d'entre eux ont été conclus au sein de l'Union européenne et de l'Espace économique européen :

- le Règlement n° 1408/71 (C.E.E.) du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
- le Règlement n° 574/72 (C.E.E.) du Conseil du 21 mars 1972 fixant les modalités d'application du Règlement n° 1408/71. (Pays concernés : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Chypre, Espagne, Estonie, France, Finlande, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Liechtenstein, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède.)

République tchèque ainsi que la Suisse.)

Des accords multilatéraux ont été conclus au sein d'autres organisations telles l'Organisation internationale du travail (cf. la Convention européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs des transports internationaux) ou le Conseil de l'Europe (cf. la Convention européenne de sécurité sociale).

En ce qui concerne les **conventions bilatérales**, la Belgique a conclu des accords avec les pays suivants : l'Algérie, l'Australie, le Canada, le Chili, le Congo, la Croatie, les Etats-Unis, Israël, le Maroc, les Philippines, la Pologne, Saint-Marin, la Suisse, la Tunisie, la Turquie et les cinq républiques de l'ex-Yougoslavie. L'entrée en vigueur d'une convention avec le Japon est prévue dans le courant de l'année 2006.

Les accords internationaux de sécurité sociale déterminent **trois champs d'application** :

- **territorial** : l'application des dispositions des accords est limitée aux territoires des pays contractants tels qu'ils sont définis dans l'accord international.
- **matériel** : seules les branches de la sécurité sociale mentionnées dans l'accord sont visées pour son application.
- **personnel** : en règle générale, les accords internationaux s'appliquent aux :
 - ressortissants des pays contractants ;
 - apatrides ;
 - réfugiés.

Les accords internationaux comportent en outre des dispositions concernant la détermination de la législation applicable, l'octroi des prestations, mais également des règles visant à éviter le cumul injustifié de prestations de même nature.

Pour plus de clarté, nous prendrons l'exemple de l'Union européenne. Les règlements européens visent essentiellement l'octroi des prestations de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs indépendants (non salariés), aux fonctionnaires, aux étudiants, ressortissants d'un Etat membre ou aux réfugiés et aux apatrides ainsi qu'aux membres de leur famille.

A compter du 1er juin 2003, ces règlements s'appliquent également aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par leurs dispositions uniquement en raison de leur nationalité, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants, dès lors qu'ils se trouvent en situation de résidence légale dans un Etat membre et dans une situation transfrontalière. Cette extension ne s'applique cependant pas au Danemark, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse.

C. Quelle est la législation applicable ?

En général, les accords internationaux de sécurité sociale posent le principe de l'assujettissement du travailleur à la législation du pays d'activité, même si le travailleur réside dans un autre pays contractant ou si l'employeur ou le siège de l'entreprise se trouve sur le territoire d'un autre pays contractant.

Cette règle souffre une exception importante : le **détachement**. Le travailleur habituellement occupé sur le territoire d'un pays demeure assujéti à la législation de sécurité sociale de ce pays, s'il est envoyé par son employeur sur le territoire d'un autre pays contractant, pour y exercer temporairement, pour le compte de cet employeur, son activité durant une période déterminée.

De plus, tout travailleur exerçant son activité en dehors de l'Espace Économique Européen et de la Suisse peut obtenir une protection de sécurité sociale auprès de l'Office de Sécurité Sociale d'Outre-mer (OSSOM)

D. L'octroi des prestations

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

a) Les prestations de **maladie et de maternité** 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 (cf. en Belgique). 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 vieillesse**. 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 assujetti 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.

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 proprement dite, 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. Ces revenus sont financés par des impôts et ne sont donc pas basés 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 :

- allocations pour personnes handicapées ;
- revenu d'intégration ;
- la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- les prestations familiales garanties.

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.

Jusqu'au 30 juin 2006 coexistent deux types de procédures (dites, soit "classique" soit "électronique"), les communes optent pour l'une ou l'autre. A partir du 1^{er} juillet 2006, seule la procédure électronique subsistera.

1. Soit la **commune** introduit la demande par un formulaire complété manuscritement, puis dans les cinq jours renvoie celui-ci (accompagné d'un extrait de composition de ménage) à la **Direction générale Personnes handicapées**. Celle-ci adressant alors par la poste en retour à la personne handicapée un accusé de réception (avec le numéro de dossier) et les formulaires à compléter (dont les formulaires médicaux à faire remplir par un médecin).
2. Soit la **commune** introduit la demande électroniquement dans la banque de donnée informatique de la **Direction générale Personnes handicapées** par un accès internet sécurisé, puis en retour 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 :

- l'allocation de remplacement de revenus ;
- l'allocation d'intégration.

Ensuite, il existe aussi une allocation pour l'aide aux personnes âgées, qui 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.

Comme nous l'avons déjà dit, tout le monde ne reçoit pas une telle allocation. Il faut d'abord 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. Avoir la nationalité belge (*);
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, car un demandeur doit toujours posséder un **handicap minimal**.

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. Les montants annuels maximaux au 1er août 2005 sont les suivants :

- bénéficiaire appartenant à la catégorie C (ancienne catégorie personnes à charge) : 10.014,71 EUR
- bénéficiaire appartenant à la catégorie B (ancienne catégorie isolé) : 7.5111,03 EUR
- bénéficiaire appartenant à la catégorie A (ancienne catégorie cohabitant: 5.007,36 EUR)

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 1er août 2005) :

Catégorie I	7 et 8 points	980,47 EUR
Catégorie II	9 à 11 points	3.341,06 EUR
Catégorie III	12 à 14 points	5.338,60 EUR
Catégorie IV	15 et 16 points	7.777,67 EUR
Catégorie V	17 et 18 points	8.823,28 EUR

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.

(*) Des exceptions sont possibles !

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 "**l'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 de 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.
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, 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 profiter 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.

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.

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 sa 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** :

1. Depuis l'introduction de sa demande jusqu'à son engagement effectif ;
2. Quand il bénéficie d'un projet individualisé d'intégration sociale ;
3. Quand il ne peut être mis au travail pour des raisons de santé ou d'équité.

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration peuvent 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 possibles :

Catégories	Montant annuel	Montant mensuel
La personne cohabitante	5.004,83 EUR	417,07 EUR
La personne isolée	7.507,25 EUR	625,60 EUR
La personne habitant exclusivement avec un ménage à sa charge	10.009,67 EUR	834,14 EUR

(Montants au 1^{er} août 2005)

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 les allocations pour l'aide aux personnes âgées.

La **garantie de revenus aux personnes âgées** (Grapa) est en fait une sorte de revenu d'intégration accordé actuellement à partir de l'âge de 64 ans pour les hommes et pour les femmes. Cet âge sera fixé à 65 ans en janvier 2009.

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 1er janvier 2006) :

- 5.489,91 EUR pour une personne mariée ou cohabitante;
- 8.234,87 EUR pour une personne isolée.

Compte tenu du principe de l'individualisation des droits, deux bénéficiaires partageant la même résidence principale obtiennent ensemble 10.979,82 EUR.

Cette allocation est à charge de l'Etat, mais les frais de gestion sont à charge de l'Office national des pensions (ONP). Autrement dit, c'est l'ONP qui paye la garantie de revenus, mais il peut récupérer les frais auprès du Service public fédéral Finances.

En fait, l'**allocation pour l'aide aux personnes âgées** fait partie du régime des allocations pour les personnes handicapées.

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 jour où 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 1er août 2005).

Catégories d'autonomie	Allocations
Catégorie I (7 et 8 points)	837,87 EUR
Catégorie II (9 à 11 points)	3.198,34 EUR
Catégorie III (12 à 14 points)	3.888,67 EUR
Catégorie IV (15 et 16 points)	4.578,79 EUR
Catégorie V (17 et 18 points)	5.624,40 EUR

D. Les prestations familiales garanties

Les prestations familiales garanties ne sont réservées qu'aux enfants pour qui, sur la base d'un régime belge, étranger ou international, il n'existe aucun droit d'allocations familiales ou uniquement un droit à un montant inférieur aux prestations familiales garanties. **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.**

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 ou ressortissant d'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. La demande doit être adressée à l'Office national des allocations familiales des travailleurs salariés.

Quels sont les enfants bénéficiaires ? Tout comme le demandeur même, les enfants doivent avoir leur **résidence effective en Belgique**. Sauf pour quelqu'un qui a un lien de parenté jusqu'au troisième degré, l'enfant doit 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 3.467,64 EUR par trimestre (montant au 1^{er} janvier 2006).

Les ressources sont augmentées de 20 % pour chaque enfant bénéficiaire à partir du deuxième enfant. Les prestations familiales garanties comportent l'allocation de naissance, les allocations familiales et le supplément d'âge.

La demande d'allocations familiales garanties et d'allocation de naissance doit être introduite à l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés.

Les allocations familiales, éventuellement majorées du supplément d'âge, sont accordées au plus tôt à partir du mois précédant d'un an la date à laquelle la demande a été présentée. La demande d'allocation de naissance doit être introduite dans l'année de la naissance.

Tout recours doit, à peine de déchéance, être soumis au tribunal du travail compétent dans les trois mois de la notification de l'Office précité.

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 (actualisé au 1^{er} mars 2006).

A. Les administrations

Service public fédéral Sécurité sociale.

Place Victor Horta 40 boîte 20, 1060 Bruxelles, 1000 Bruxelles, <http://socialsecurity.fgov.be>

Direction générale Politique sociale		
- Accidents du travail et des maladies professionnelles; allocations familiales; assujettissement; pensions de retraite et de survie; relations internationales; soins de santé et indemnités; vacances annuelles	02 528 63 00	dg-soc@minsoc.fed.be
Direction générale Indépendants	02 528 64 50	zelfIndep@minsoc.fed.be
Direction générale Inspection sociale	02 528 62 20	guido.demuynck@minsoc.fed.be
Fonctionnaire d'information	02 528 60 31	social.security@minsoc.fed.be

Service public fédéral Sécurité sociale

Rue de la Vierge noire 3c, 1000 Bruxelles, <http://handicap.fgov.be>

Direction générale Personnes handicapées	02 507 87 99	HandiF@minsoc.fed.be
- Allocations pour l'aide aux personnes âgées	02 507 87 99	HandiF@minsoc.fed.be
- Allocation de remplacement de revenus et d'intégration	02 507 87 99	HandiF@minsoc.fed.be

Service public de programmation Intégration sociale

Boulevard Anspach 1, 1000 Bruxelles: <http://mi-is.be>

Communication	02 509 84 43	cpas@mi-is.be
----------------------	--------------	---------------

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

Rue Ernest Blerot 1, 1070 Bruxelles: <http://meta.fgov.be>

Direction de la communication	02 233 40 23	info@meta.fgov.be
--------------------------------------	--------------	-------------------

Service public fédéral Personnel et Organisation.

Rue de la Loi,51, boîte 4, 1040 Bruxelles: <http://www.p-o.be>

Direction Conditions de travail et gestion des rémunérations	02 790 58 00	info@p-o.be
---	--------------	-------------

B. Les institutions publiques de sécurité sociale

Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) (<http://bcss.fgov.be>, servicedesk@ksz-bcss.fgov.be)
chaussée Saint-Pierre 375, 1040 Bruxelles, 02 741 84 00

Caisse de Secours et de Prévoyance pour les Marins (CSPM) (<http://www.hvkz-cspm.fgov.be>,
info@hvkz-cspm.fgov.be) , Olijftakstraat 7-13 bus 1, 2060 Antwerpen, 03 220 74 60

Fonds des accidents du travail (FAT) (<http://fat.fgov.be>, info@faofat.fgov.be)
rue du Trône 100, 1050 Bruxelles, 02 506 84 11

Fonds des maladies professionnelles (FMP) (<http://www.fmp.fgov.be>, secr@fmp-fbz.fgov.be)
avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles, 02 226 62 11

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) (<http://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) (<http://inasti.be>, info@rsvz-inasti.fgov.be)
Place Jean Jacobs 6, 1000 Bruxelles, 02 546 42 11

Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés (ONAFTS) (<http://www.onafits.be>,
info.mediation@rkw-onafits.fgov.be)
rue de Trèves 70, 1000 Bruxelles, 02 237 21 12

Office national de l'emploi (ONEM) (<http://www.onem.fgov.be>, webmaster@onem.fgov.be)
boulevard de l'Empereur 7, 1000 Bruxelles, 02 515 41 11

Office national des pensions (ONP) (<http://www.onprvp.fgov.be>, info@onprvp.fgov.be)
Tour du Midi, 1060 Bruxelles, ligne verte gratuite : 0800 50 256

Office national de sécurité sociale (ONSS) (<http://www.onssrszls.fgov.be>, contactcenter@eranova.fgov.be)
Place Victor Horta, 11, 1060 Bruxelles, 02 509 31 11

Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL)
(<http://www.onssapl.fgov.be>; com@onssapl.fgov.be)
rue Joseph II 47, 1040 Bruxelles, 02 234 32 11

Office national des vacances annuelles (ONVA) (<http://www.onva-rjv.fgov.be>, info.pecule@onva-rjv.fgov.be)
rue des Champs Elysées 12, 1050 Bruxelles, 02 627 97 65

Office de Sécurité Sociale d'Outre-Mer (OSSOM) (<http://www.ossom.be>, info@ossom.fgov.be)
Avenue Louise 194, 1050 Bruxelles, 02 642 05 11

Service des Pensions du Secteur Public (SdPSP) (<http://www.sdpsp.fgov.be>, info@sdpsp.fgov.be)
Place Victor Horta, 40 bte 30 1060 Bruxelles, 02 558.60.00

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 dans le site <http://mi-is.be> du SPP Intégration sociale

- **Les mutualités** ("mutuelles") sont réunies dans les unions nationales suivantes :

Alliance nationale des mutualités chrétiennes	Chaussée de Haecht 579, BP 40 - 1031 Bruxelles Tél.: 02 246 41 11 http://www.mc.be , alliance@mc.be
Union nationale des Mutualités libres	.Rue Saint-Hubert 19 - 1150 Bruxelles Tél.: 02 778 92 11 http://www.mloz.be , info@mloz.be
Union nationale des mutualités libérales	Rue de Livourne 25 - 1050 Bruxelles Tél.: 02 542 86 00 http://www.mut400.be , info@mut400.be

Union nationale des mutualités neutres	Chaussée de Charleroi 145 - 1060 Bruxelles Tél.: 02 538 83 00 http://www.mutualites-neutres.be , info@unmn.be
Union nationale des mutualités socialistes	Rue Saint-Jean 32-38 - 1000 Bruxelles Tél.: 02 515 02 11 http://www.mutsoc.be , info@mutsoc.be

Vous pouvez également vous affilier à:

Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	Rue du Trône 30A, 1000 Bruxelles Tél.: 02 229 35 00 http://www.caami-hziv.fgov.be , info@caami-hziv.fgov.be
--	--

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

la C.A.P.A.C.: Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage	Rue de Brabant, 62 1210 - Bruxelles Tél.: 02 209 13 13 http://capac.fgov.be , info@capac.fgov.be
la C.G.S.L.B.: Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique	Koning Albertlaan, 95 - 9000 Gent Tél.: 09 222 57 51 http://www.cgslb.be , ACLVB@ACLVB.be
la C.S.C.: Confédération des Syndicats Chrétiens	Chaussée de Haecht 579, 1030 Bruxelles Tél. : 02 246 31 11 http://www.csc-en-ligne.be , csc@acv-csc.be
la F.G.T.B.: Fédération Générale des Travailleurs de Belgique	Rue Haute, 42 1000 - Bruxelles Tél.: 02 506 82 11 http://www.fgtb.be , laurence.sibenberger@fgtb.be

- **Asbl Cimire** (compte individuel multisectoriel) (pour les pensions de travailleurs salariés) (<http://www.cimire.fgov.be>; info-f@cimire.fgov.be) Rue du Fossé-aux-loups 48, 1MA5J, 1000 Bruxelles, tél. 02 212 02 02

- La liste des **caisses d'assurances sociales** est disponible à l'adresse http://socialsecurity.fgov.be/FR/specifieke_info/zelfstandigen/lijt_kassen.XLS ou peut être obtenue auprès de la Direction générale Indépendants, Place Victor Horta 40 boîte 20, 1060 Bruxelles, tél. 02 528 64 50, zelfIndep@minsoc.fed.be

- La liste des **secrétariats sociaux** est publiée chaque année au Moniteur belge, <http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl> (dernière publication le 7 décembre 2005, page 52 870 à 52 883)

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

Vous pouvez également obtenir les 2 listes citées ci-dessus en prenant contact avec: Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles, tél. 0800 98 809

Les brochures peuvent être commandées :

- par écrit au Service public fédéral Sécurité sociale, Rue de la Vierge noire, 3c, 1000 Bruxelles
- au numéro de téléphone : 02 509 80 22
- par e-mail : roland.vanlaere@minsoc.fed.be

Des textes plus détaillés concernant la sécurité sociale sont disponibles dans "l'Aperçu de la sécurité sociale en Belgique". Vous pouvez commander cet ouvrage d'environ 500 pages:

- par écrit au Service public fédéral Sécurité sociale, Service publications
Rue de la Vierge noire, 3c, 1000 Bruxelles
- au numéro de téléphone : 02 509 80 22
- par e-mail : roland.vanlaere@minsoc.fed.be

Visitez également <http://socialsecurity.fgov.be>

Coordination (avril 2006): Didier Coeurnelle, fonctionnaire d'information, didier.coeurnelle@minsoc.fed.be,
tél. 02 528 60 31.