



Service public fédéral
Sécurité sociale

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Tout ce que vous avez toujours voulu savoir

Juillet 2011





Préface

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

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

La sécurité sociale classique comporte sept branches :

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

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

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

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

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

Signalons que nous nous sommes limités principalement aux conditions et aux règles générales. Toutefois, des exceptions sont toujours possibles. 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 juillet 2011.

Table des matières

Préface	3
Table des matières	4
Introduction	6
A. L'importance de la sécurité sociale	6
B. Un peu d'histoire	6
C. L'arrière-plan idéologique	8
D. L'organisation	9
E. La charte de l'assuré social	10
F. Indexation des prestations sociales	11
G. E-gouvernement	11
Le financement	12
A. Les travailleurs salariés	12
B. Le financement alternatif	14
C. Les travailleurs indépendants	14
D. Les fonctionnaires	15
Statistiques et budgets	16
A. Statistiques - nombre de bénéficiaires des principales prestations sociales -	16
B. Budgets engagés (pour l'année 2010 ou 2011)	17
Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés	19
A. Le champ d'application	19
B. Les cotisations de sécurité sociale	19
C. L'extension du régime des travailleurs salariés	20
D. Le non-assujettissement au régime des travailleurs salariés	20
E. Les marins de la marine marchande	20
Les différentes branches de la sécurité sociale	21
Les prestations familiales	21
A. L'attributaire	21
B. L'allocataire	22
C. L'enfant bénéficiaire	23
D. Les types de prestations	24
Le chômage	27
A. Les conditions d'admissibilité et les conditions d'octroi	27
B. Allocations	29
C. Exclusions et les sanctions	32
D. Pré-pensionnés et jeunes ayant quitté l'école	33
E. Mesures d'emploi	33
Les pensions	34
A. De plus en plus de pensionnés	34
B. Les pensions de retraite	35
C. Les pensions de survie	39
Les soins de santé	41
A. Les bénéficiaires	41
B. Les prestations de santé	42

C. Les tarifs de remboursement	42
D. Du maximum à facturer (MàF)	45
Les indemnités pour maladie	48
A. Les travailleurs salariés	48
B. Les travailleurs indépendants	50
C. Les fonctionnaires fédéraux	51
Les indemnités de maternité	52
A. Le congé de maternité	52
B. Le congé de paternité	53
Les accidents du travail	54
A. Les risques couverts	54
B. Les dommages réparés	54
C. Le paiement des prestations	56
D. La responsabilité civile	57
E. Les fonctionnaires	57
F. Les travailleurs indépendants	57
Les maladies professionnelles	58
A. Qu'est-ce une maladie professionnelle ?	58
B. Les risques indemnisés	58
C. Les fonctionnaires	59
D. Les travailleurs indépendants	59
E. Le Fonds amiante	59
Les vacances annuelles	60
A. Les ouvriers (et apprentis-ouvriers) et les artistes	60
B. Les employés (et les apprentis-employés)	61
C. Les fonctionnaires	62
L'assurance sociale en cas de faillite	63
Aide en faveur des travailleurs indépendants après un accouchement, une adoption, une maladie grave de l'enfant ou des soins palliatifs	64
A. Aide après un accouchement	64
B. Allocation d'adoption	64
C. Maladie grave de l'enfant et soins palliatifs donnés à un enfant ou au partenaire	65
Les aspects internationaux de la sécurité sociale	66
A. Introduction	66
B. Accords internationaux de sécurité sociale	66
C. L'Union européenne (UE) - l'Espace Économique européen (EEE) - la Suisse	68
L'aide sociale	70
A. Les allocations aux personnes handicapées	70
B. Le droit à l'intégration sociale - revenu d'intégration	72
C. La garantie de revenus aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées	76
D. Les prestations familiales garanties	77
Les adresses et numéros de téléphone utiles	78
A. Services publics fédéraux (anciennement ministères)	78
B. Les organismes publics de sécurité sociale	79
C. Autres organismes	80

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 d'"Hospices civils" et des "Bureaux de Bienfaisance", les ancêtres de nos CPAS actuels (centres publics d'action sociale). Ensuite, en raison de la révolution industrielle, du fait que les ouvriers étaient obligés de travailler dans des usines, des risques spécifiques se sont présentés auxquels ils n'étaient pas confrontés avant, à savoir des maladies, l'incapacité de travail, le chômage, etc. Pour s'assurer contre ces nouveaux risques, les ouvriers ont créé eux-mêmes des "Sociétés d'assistance mutuelle". Ces caisses d'assurance mutuelle libres protégeaient les travailleurs affiliés contre les nouveaux risques sociaux. Ainsi, une indemnité était prévue en cas de chômage ou d'incapacité de travail du gagne-pain, lorsque l'ouvrier devenait trop vieux pour travailler, etc. Sous l'impulsion du mouvement naissant des ouvriers, ces sociétés locales d'assistance mutuelle se sont transformées en mutualités. Outre

les initiatives des ouvriers eux-mêmes, certains employeurs d'inspiration chrétienne ont créé des caisses de prestations familiales, qui prévoyaient une allocation pour des ouvriers avec des enfants. Comme toutes ces initiatives étaient des matières privées, il n'était pas question que l'Etat cotise. 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. 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 (aujourd'hui revenu d'intégration).

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

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).

Du côté des prestations, 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. De plus, depuis 2008, les travailleurs indépendants peuvent également bénéficier du remboursement des "petits risques" pour les soins de santé.

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

C. L'arrière-plan idéologique

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

Bismarck, chancelier allemand de la fin du 19^{ème} siècle, a élaboré un système de sécurité sociale dont le financement repose sur les travailleurs et les employeurs, avec une intervention de l'Etat pour les pensions. Les prestations sont liées aux salaires, étant donné que l'objectif était de garantir à tous les ouvriers le maintien de leur niveau de vie au cas où certains risques se présenteraient. Nous pouvons donc parler ici de solidarité entre les actifs.

Lord Beveridge, pendant la première moitié du 20^{ème} siècle, a fortement élargi le champ d'application, en ne se limitant pas aux seuls travailleurs : c'est toute la population qui a droit à une sécurité d'existence. Moyennant des impôts, il prévoit une même prestation forfaitaire pour tout citoyen, indépendamment du type d'emploi, en cas de chômage, maladie, départ à la pension, etc.

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

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

D. L'organisation

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

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

ONAFS	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 :

- percevoir in fine la globalité des cotisations et
- 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 parastatales pour les travailleurs salariés ou indépendants et les fonctionnaires, mais aussi les institutions qui relèvent de l'aide sociale. Nous nous limiterons aux principes les plus importants de la charte sans traiter certaines exceptions.

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

Ensuite, l'institution de sécurité sociale devra, dans 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.

F. Indexation des prestations sociales

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

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

Par exemple, la moyenne des indices des mois de janvier, février, mars et avril 2011 a atteint l'indice-pivot. Les prestations sociales mensuelles ont donc été augmentées le mois suivant c'est-à-dire en mai 2011.

G. E-gouvernement

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

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

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

La simplification se réalise via divers canaux :

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

Le financement

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

A. Les travailleurs salariés

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

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

Le tableau indique les **taux de cotisation** en vigueur au 1er juillet 2011. 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, etc. sont également considérés comme de la rémunération et que, par conséquent, des cotisations seront dues.

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

Les employeurs sont aussi redevables, entre autres :

- d'une cotisation de modération salariale qui s'élève à 5,67 % de la rémunération du travailleur et, à 5,67 % du total des cotisations patronales dues : la cotisation de modération salariale n'est cependant pas due pour certaines catégories de travailleurs
- de la cotisation afférente au congé-éducation payé (0,05 %)
- des cotisations afférentes à la fermeture d'entreprises, c'est-à-dire :
 - Une cotisation de base
 - De 0,24 % pour les entreprises qui occupent en moyenne moins de 20 travailleurs au cours de la période de référence.
 - De 0,25 % pour les entreprises qui occupent en moyenne 20 travailleurs ou plus au cours de la période de référence
 - Une cotisation spéciale de 0,31 %.
- une majoration de la cotisation de modération salariale de 0,40% pour les employés soumis aux lois relatives aux vacances annuelles des travailleurs salariés ;
- une cotisation de 0,05 % pour l'accueil des enfants ;
- une cotisation de 0,10 % pour les groupes à risque ;
- une cotisation supplémentaire destinée au régime du chômage de 1,69 % pour ceux qui pendant une période de référence qui s'étend du 4^{ème} trimestre de l'année -2 et les trois premiers trimestres de l'année -1 occupaient en moyenne 10 travailleurs ou plus ;
- depuis le 1^{er} avril 2007, une cotisation de 0,01 % de la masse salariale est destinée au financement du Fonds amiante ;
- depuis le 1^{er} janvier 2010 enfin, une cotisation de 0,02 % est due par les employeurs qui tombent sous l'application de la loi du 10 avril 1971 sur les accidents du travail. Elle permettra de couvrir les dépenses résultant du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail qui occasionne un transfert de charges vers le secteur maladie-invalidité.

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 2010, ce montant s'élevait à 5.812.071.000 €, et à l'INASTI ; en 2010, ce montant s'élevait à 1.263.036.000 €. A coté de cela, la gestion globale a reçu en 2010 une dotation exceptionnelle d'un montant de 2.297.142.000 € et un prêt sans intérêt de l'Etat fédéral qui s'élevait à 952.658.000 €. Depuis quelques années, nous connaissons un système de financement alternatif de la sécurité sociale.

B. Le financement alternatif

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

Le financement alternatif est constitué partiellement d'un pourcentage des recettes de TVA. En 2010, 9.904.589.670 € des recettes totales de la TVA ont été affectés à la sécurité sociale des travailleurs salariés et 864.970.808 € à la sécurité sociale des travailleurs indépendants et 1.624.228.000 € à l'assurance de l'assistance médicale. En outre, un montant de 1.617.679.250 €, prélevé sur d'autres recettes fiscales telles que les accises, l'impôt des personnes physiques et l'impôt des sociétés, a également été versé à la sécurité sociale à titre de financement alternatif.

C. Les travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants versent une cotisation de sécurité sociale trimestrielle à la Caisse d'assurances sociales à laquelle ils sont affiliés. Cette cotisation qui est calculée sur la base des revenus professionnels nets du travailleur indépendant perçus durant la 3ème année civile (**l'année de référence**) qui précède l'année pour laquelle la cotisation est due, s'élève pour l'année 2011 (revenus 2008) à :

Revenu professionnel net par tranche	Montant de la cotisation
Jusqu'à 12.129,76 €	667,14 € par trimestre
Entre 12.129,76 € et 52.378,55 €	22,00 % du revenu professionnel net
Entre 52.378,55 € et 77.189,40 €	14,16 % du revenu professionnel net
Au dessus de 77.189,40 €	0 €

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

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

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

D. Les fonctionnaires

Pour les fonctionnaires 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 (3,86 %) 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 à 16,47 % à charge de l'employeur et à 13,07 % à charge du travailleur.
- 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 fixé annuellement par l'ONSS APL s'élève pour l'année 2007 à 7,5 % (part personnelle) et 20 % (part patronale) pour le régime commun de pension et à 7,5 % (part personnelle) et 27 % (part patronale) pour le régime des nouveaux affiliés.

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

Statistiques et budgets

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

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

A. Statistiques - nombre de bénéficiaires des principales prestations sociales -

Les pensions – 2010

Pensionnés (pension de retraite et pension de survie):

- Salariés: 1.670.766 bénéficiaires (soit 8.192 de plus qu'en 2009)
- Indépendants: 489.909 bénéficiaires (soit 615 de moins qu'en 2009)
- Fonctionnaires (fédéraux et autres): 443 993 bénéficiaires (soit 10 034 de plus qu'en 2009)

Cependant le nombre total de pensionnés appartenant aux trois régimes n'est pas égal à la somme des trois régimes. En effet de nombreux pensionnés ont eu une carrière mixte (par exemple une pension pour la partie de la carrière comme indépendant et une pension pour la partie de la carrière comme salarié).

Les allocations de chômage – en juin 2011

- Chômeurs indemnisés: 642.123 bénéficiaires (-34.878 par rapport à juin 2010)
 - Travailleurs soutenus par l'ONEm : 297.004 bénéficiaires (-8.290 par rapport à juin 2010)
 - Travailleurs qui aménagent leur temps avec le soutien de l'ONEm : 273.141 bénéficiaires (+4.246 par rapport à juin 2010)
- Soit un total de 1.216.344 bénéficiaires (soit -38.903 par rapport à juin 2010)

Les prestations familiales – au 1er janvier 2010

- Nombre d'enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour travailleurs salariés et fonctionnaires : 2.425.544
- Nombre d'enfants bénéficiaires d'allocations familiales pour travailleurs indépendants : 206.558

Les soins de santé (année 2010)

- Bénéficiaires du régime général: 6.464.111 titulaires et 3.100.824 personnes à charge (au 30 juin 2010)
- Autres bénéficiaires (régime des travailleurs indépendants,...): 702.181 titulaires et 362.453 personnes à charge (au 30 juin 2010)
- Nombre de journées indemnisées en 2010 (incapacité primaire, régime général): 30.967.565 journées
- Nombre d'invalides (régime général) au 31 décembre 2010: 254.399 individus

Les bénéficiaires d'autres prestations

- Nombre de bénéficiaires du droit à l'intégration sociale – DIS - (en 2010) : 167.228
- Nombre de bénéficiaires du droit à l'aide sociale – DAS - (en 2010) : 74.976
- Nombre de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale – RIS – (en 2010) : 157.489
- Nombre de bénéficiaires de la garantie de ressources aux personnes âgées (en janvier 2010) : 88.225
- Nombre de bénéficiaires de l'allocation de remplacement de revenus et l'allocation d'intégration (ARR/AI) (en décembre 2010): 158.662
- Nombre de bénéficiaires de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) (en décembre 2010): 145.945

B. Budgets engagés (pour l'année 2010)

Les montants des pensions

Pensionnés (pensions de retraite et pensions de survie)

- Salariés: 1.428.057.940 € de dépense mensuelle pour janvier 2010
- Indépendants: 225.521.083 € de dépense mensuelle pour janvier 2010
- Fonctionnaires (fédéraux et autres): 10.342.859.492 € annuel, situation pour l'année 2010 incluant la pension, les arriérés et le pécule de vacances versé au mois de mai.

Répartition homme / femme (pour salariés et indépendants): dépenses mensuelles pour janvier 2010

- Hommes : 881.792.584 € pour 854.294 personnes soit une pension moyenne de 1032 € (1005 € en 2009)
- Femmes : 758.426.378 € pour 937.232 personnes soit une pension moyenne de 809 € (784 € en 2009)

Répartition selon la situation familiale (pour salariés et indépendants) : dépenses mensuelles pour janvier 2010

- Marié, pension de retraite « ménage » : 429.001.308 €
- Marié, pension de retraite « isolé » : 410.892.675 €
- Non marié, pension de retraite « isolé » : 287.782.827 €
- Pension de retraite et de survie : 307.393.699 €
- Survie : 205.148.451 €

Objectif budgétaire de l'INAMI (Institut National de l'Assurance Maladie – Invalidité) pour l'année 2011

Prestations : 31.523.801.000 € dont :

- Soins de santé: 25.869.336.000 €
- Les prestations d'invalidité, de maternité, paternité et d'adoption : 5.652.192.000 € dont 5.318.821.000 € pour le régime général et 333.371.000 € pour le régime indépendants

Dépenses de l'ONEm (Office National pour l'Emploi) pour l'année 2010

- Allocations de chômage : 9.634.200.000 € alloués aux trois groupe d'allocataires (les chômeurs indemnisés – 6.909.690.000 € - , les travailleurs soutenus par l'ONEm – 1.938.990.000 € - et les travailleurs aménageant leur temps de travail – 785.520.000 € -)

Régimes divers d'assistance

- GRAPA (garantie de revenu aux personnes âgée) : 33.902.823 € (dépense mensuelle pour janvier 2010)
 - Allocations aux personnes handicapées
- Dépenses (paiements mensuels) 2009 ARR/AI: 1.082.210.625, 78 €
Dépenses (paiements mensuels) 2009 APA : 431.599.520,83 €
Arriérés : 169.595.642,23 €

Le régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés

A. Le champ d'application

Sous réserve de conventions internationales, sont en principe assujettis au régime belge de la sécurité sociale des travailleurs salariés, les travailleurs qui sont occupés en Belgique en vertu d'un contrat de travail au service d'un employeur établi en Belgique, ou d'un siège d'exploitation établi en Belgique.

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

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

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

Pratiquement toutes les conventions internationales prévoient la possibilité de détacher des travailleurs salariés. Le **détachement** permet à l'employeur d'envoyer un travailleur habituellement occupé dans son entreprise à l'étranger pour une mission déterminée de courte durée (en particulier dans un Etat avec lequel la Belgique a signé une convention en matière de sécurité sociale). Pendant le détachement, le travailleur salarié demeure exclusivement 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 au travailleur (cotisation personnelle). Il y ajoute la part des cotisations qui lui incombent (cotisation patronale). **Pour certaines catégories de travailleurs, les cotisations sont calculées sur un montant forfaitaire au lieu de l'être sur la rémunération brute** (par exemple pour les marins pêcheurs, les sportifs, les travailleurs du secteur horeca rémunérés totalement ou partiellement au pourboire). Ce montant forfaitaire varie selon les professions exercées.

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

Le montant total des cotisations du travailleur et des cotisations de l'employeur doit être transféré, sous la responsabilité de l'employeur, à l'Office national de sécurité sociale (ONSS) qui est l'organisme percepteur des cotisations de sécurité sociale ou à l'Office national de sécurité sociale des Administrations provinciales et locales (ONSS APL).

C. L'extension du régime des travailleurs salariés

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

D. Le non-assujettissement au régime des travailleurs salariés

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

- les travailleurs qui exercent une activité socio-culturelle pendant maximum 25 jours par an (dans des conditions bien déterminées),
- les étudiants qui sont occupés dans le cadre d'un contrat d'occupation d'étudiant pendant un maximum de 46 journées de travail, décomposée en deux périodes d'occupation : une première période de 23 jours au cours des mois de juillet, août, septembre ; une seconde période de 23 jours au cours des 1ers, 2ème et 4ème trimestres de l'année et ce uniquement en dehors des périodes de présence obligatoire dans les établissements d'enseignement. 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'étudiants 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, institution publique 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. Celui qui ne peut obtenir les allocations familiales dans aucun régime belge, étranger ou international, peut encore faire appel aux 'prestations familiales garanties' dans le régime de l'aide sociale (voir le chapitre sur 'l'aide sociale').

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 pour les familles monoparentales et un supplément annuel aux allocations familiales ordinaires et aux allocations familiales d'orphelins), 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 social aux prestations familiales ordinaires. Un droit aux prestations familiales est également accordé, sous des conditions spécifiques, au conjoint abandonné, au veuf ou à la veuve (avec une pension de survie), à l'étudiant, à l'élève, au jeune demandeur d'emploi en période d'attente, à la personne qui est liée par une convention de formation professionnelle en entreprise et à la personne handicapée.

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

1. L'orphelin ;
2. Celui qui se charge de l'éducation de l'enfant 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'ONAFTS). Dans certains cas, l'employeur n'a pas le choix d'opter pour une caisse d'allocations familiales privée, mais ce sera l'ONAFTS qui est l'instance qui paye (par exemple pour le personnel horeca, les artistes). En outre, l'ONAFTS 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 mêmes qui les occupent en collaboration avec le Service Central des Dépenses Fixes ou dans certains cas l'Office national des Allocations familiales des Travailleurs salariés, 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 et par conséquent pour le montant des allocations familiales).

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

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

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

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

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

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

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

- l'apprenti(e) ;
- l'enfant qui suit toujours des cours ou un stage pour pouvoir être nommé à une charge publique (candidat huissier de justice) ;
- l'étudiant qui prépare un mémoire ;
- lors 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. Des mesures générales ont également été prises à l'égard des enfants ayant déjà obtenu en Belgique un diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire et qui suivent un enseignement non supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire), des enfants n'ayant pas encore obtenu un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur ni en Belgique, ni à l'étranger et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen et des enfants ayant déjà obtenu, en Belgique ou à l'étranger, un diplôme de fin d'études de l'enseignement supérieur et qui suivent un enseignement supérieur dans un pays situé hors de l'Espace économique européen (la dérogation générale est limitée à maximum une année scolaire).

Les enfants d'attributaires belges ou étrangers, élevés dans un Etat membre de l'Espace économique européen, peuvent bénéficier des allocations familiales en application de la réglementation communautaire européenne.

Les enfants d'attributaires belges ou étrangers, élevés dans d'autres pays avec lesquels la Belgique a conclu des conventions de sécurité sociale, bénéficient également des allocations familiales aux taux et conditions de ces conventions.

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

D. Les types de prestations

Le régime des prestations connaît six types de prestations :

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 enfant, premier-né du père ou de la mère (rang 1) bénéficie de 1.175,56 €, les autres bénéficient de 884,47 € (montants au 1er juillet 2011). 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 premier enfant, c'est-à-dire 1.175,56 € (au 1er juillet 2011). 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 :

- 1er rang	86,77 € par mois et 81,15 € pour les travailleurs indépendants
- 2ème rang	160,55 € par mois
- 3ème rang et suivants	239,72 € par mois

(Ces montants sont d'application au 1er juillet 2011)

Si un enfant cesse d'être bénéficiaire des allocations familiales parce qu'il ne réalise plus les conditions requises, les autres enfants remontent d'un rang. Un enfant du 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 58,22 € (au 1er juillet 2011). Dans le régime des travailleurs indépendants, le montant de l'allocation forfaitaire est de 29,61 € pour le 1er enfant et de 58,22 € à partir du 2ème (au 1er juillet 2011).

Les **orphelins** touchent toujours 333,33 € (au 1er juillet 2011). Ils conservent ce droit pour autant que leur parent survivant, le cas échéant, ne forme pas un nouveau ménage.

En ce qui concerne les **suppléments**, nous distinguons cinq possibilités :

1) Supplément d'âge

En fonction de l'âge de l'enfant, on reçoit un supplément d'âge aux allocations familiales de base. On distingue trois catégories d'âge, de 6 à 12 ans, de 12 à 18 ans et ceux qui ont plus de 18 ans. Il existe des mesures de transition en faveur des enfants nés avant 1991.

2) Allocations pour les familles monoparentales

Les allocations familiales ordinaires payées à la personne qui élève seule les enfants sont majorées d'un supplément de 44,17 € pour le 1er enfant, de 27,38 € pour le 2ème enfant et de 22,08 € pour le 3ème enfant et chacun des suivants à la condition que cette personne ne forme pas un ménage de fait et ne soit pas mariée, sauf si le mariage est suivi d'une séparation et que ses revenus professionnels et/ou de remplacement ne dépassent pas un certain montant (au 1er juillet 2011, 2.144,07 € par mois et 1.715,26 € net par mois s'il s'agit d'un indépendant).

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

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

Les allocations familiales ordinaires et d'orphelin relatives au mois de juillet sont majorées d'un supplément d'âge annuel. Au 1er juillet 2011, ce supplément varie, selon l'âge, entre 26,53 € et 79,59 €.

4) Les suppléments sociaux

Les pensionnés, les chômeurs complets indemnisés à partir du septième mois, et les travailleurs en état d'incapacité de travail à partir du septième mois d'incapacité, qui ont droit aux prestations familiales, reçoivent un supplément social. Ces personnes maintiennent, sous certaines conditions, leurs droits au supplément social lorsqu'elles entament une activité salariée. Ce supplément dépend également du rang de l'enfant dans la famille. Le supplément pour le premier enfant est de 44,17 € (chômeurs et pensionnés) ou 95,04 € (invalides). Le supplément pour les autres enfants varie entre 4,81 € et 27,38 €.

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

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

Au 1er juillet 2011, ce supplément est de :

s'il obtient minimum 4 points dans le premier pilier et maximum 5 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	76,09 €
s'il obtient minimum 6 points et maximum 8 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	101,34 €
s'il obtient minimum 9 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	236,48 €
s'il obtient minimum 12 points et maximum 14 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale ou s'il obtient 4 points minimum dans le premier pilier et minimum 6 points et maximum 11 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	390,36 €
s'il obtient minimum 15 points et maximum 17 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	443,87 €
s'il obtient minimum 18 points et maximum 20 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	475,58 €
s'il obtient minimum 21 points pour les trois piliers de l'échelle médico-sociale	507,28 €

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

Au 1er juillet 2011, ce supplément est de :

s'il obtient 0, 1, 2 ou 3 points d'autonomie	390,36 €
s'il obtient 4, 5 ou 6 points d'autonomie	427,31 €
s'il obtient 7, 8 ou 9 points d'autonomie	456,79 €

Le chômage

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

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

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

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

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

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

Catégorie d'âge	Nombre de jours prestés ou assimilés	Période de référence
Moins de 36 ans	312 jours	18 mois
De 36 ans à 49 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 d'âge supérieure, les conditions sont également remplies. A partir de 36 ans, il est encore possible de tenir compte, sous certaines conditions, des jours de travail ou assimilés des 10 années qui précèdent la période de référence.

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

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

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

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

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

1) Ne bénéficier d'aucune rémunération

Un travailleur qui bénéficie toujours d'une indemnité de préavis ou de rupture à charge de son ancien employeur ne peut pas bénéficier des allocations pendant la période couverte par cette indemnité. Le travailleur ne peut pas non plus bénéficier des allocations pour les jours de vacances couverts par un pécule de vacances.

2) Ne pas effectuer de travail

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

3) Etre chômeur indépendamment de sa volonté

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

4) Etre disponible pour le marché de l'emploi

Cela signifie que le chômeur doit s'inscrire comme demandeur d'emploi au FOREM (Région wallonne), au VDAB (Région flamande), à ACTIRIS (Région bruxelloise) ou à l'ADG (Communauté germanophone) et qu'il doit accepter tout emploi considéré comme convenable. Ceci signifie aussi qu'il doit rechercher activement un emploi. Depuis 2004, le comportement de recherche d'emploi du chômeur est suivi de manière systématique et la personne qui ne recherche pas activement un emploi risque une sanction. Cette procédure de suivi a remplacé la suspension du droit aux allocations de chômage pour chômage de longue durée.

5) Etre apte au travail

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

6) Résider en Belgique

Pour pouvoir bénéficier d'allocations, il faut avoir sa résidence habituelle en Belgique et y résider de manière effective. Toutefois, les chômeurs âgés de 60 ans au moins qui bénéficient d'une dispense maximale comme chômeur âgé peuvent résider temporairement à l'étranger, à condition de maintenir leur résidence principale en Belgique et donc d'y résider pendant la plus grande partie de l'année.

7) En ce qui concerne l'âge

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

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

Il existe de **nombreuses exceptions à ces conditions**. Certaines ont déjà été citées. Les prépensionnés ne doivent pas être en possession d'une carte de contrôle, ils peuvent conserver les allocations en cas d'incapacité de travail. Ils peuvent aussi, sous certaines conditions, exercer une activité pour leur propre compte et sans but lucratif (par exemple, des travaux de construction à leur propre maison) ou entamer une profession accessoire pendant leur prépension. Sous certaines conditions, les chômeurs âgés peuvent également être dispensés de ces conditions.

B. Allocations

1) Etre chômeur après un emploi à temps plein

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

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

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

Le travailleur qui travaille à temps partiel et qui ne satisfait pas aux conditions pour être assimilé à un travailleur à temps plein ou pour le rester, peut éventuellement être admis et bénéficier des allocations comme travailleur à temps partiel volontaire. En cas de chômage complet, il perçoit alors des demi-allocations dont le nombre est proportionnel à la durée hebdomadaire de travail contractuelle. Il doit s'agir d'une occupation à temps partiel d'au moins 12 heures par semaine ou d'au moins le tiers d'une occupation à temps plein. En cas de reprise de travail comportant moins d'heures, il est éventuellement encore possible de conserver un certain nombre de demi-allocations pour les jours non travaillés.

2) Le montant des allocations

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

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

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

Les travailleurs ayant charge de famille perçoivent 60% de leur dernière rémunération pendant toute la durée de leur chômage.

Les isolés perçoivent 60% de leur dernière rémunération pendant la première année de chômage et 55% par la suite.

Les cohabitants perçoivent 60% de leur dernière rémunération pendant la première année de chômage. Les 3 mois suivants, ils perçoivent 40% de cette rémunération Cette période est prolongée de 3 mois par année de travail salarié. Par la suite, ils perçoivent une allocation forfaitaire de 456,04 € par mois (montant au 1er juillet 2011). Les cohabitants qui comptent 20 ans de passé professionnel comme salarié ou qui ont un taux d'inaptitude permanente au travail de 33% au moins au moment du passage aux allocations forfaitaires, conservent leur allocation à 40%.

Le tableau ci-dessous reprend les pourcentages de la rémunération auxquels peuvent prétendre les différentes catégories de chômeurs pendant les différentes périodes d'indemnisation.

Périodes Catégories	1ère période (= 1ère année de chômage)	2ème période (= 3 premiers mois de la 2ème année, éventuellement prolongés)	3ème période (= après la 2ème période)
Travailleurs ayant charge de famille	60 %	60 %	60 %
Travailleurs isolés	60 %	55 %	55 %
Travailleurs cohabitants	60 %	40 %	allocation forfaitaire

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

Cette rémunération est plafonnée. Un plafond salarial de 2.324,21 € par mois est valable pendant les 6 premiers mois de la première période d'indemnisation. Ce plafond salarial est ramené à 2.166,20 € par mois pendant les 6 mois suivants de la première période d'indemnisation. Après la première période d'indemnisation, un plafond salarial de 2.024,27 € par mois est appliqué pour les travailleurs ayant charge de famille et les travailleurs cohabitants, et un plafond salarial de 1.980,21 pour les travailleurs isolés (montants au 1er juillet 2011).

Complément d'ancienneté

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

- justifier d'un passé professionnel de 20 ans au moins comme travailleur 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 complément est déterminé en fonction de la catégorie familiale à laquelle appartient les chômeurs et de leur âge. Le plafond salarial est 2.024,27 € par mois (montant au 1er juillet 2011).

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

3) Procédure

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

C. 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 ou de sanction sont :**

a) Le chômage volontaire

Le chômage est considéré comme volontaire dans les cas suivants :

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

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

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

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

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

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

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

Le chômeur dispose d'un délai de trois mois à partir de la notification de la décision pour introduire un tel recours.

D. Prépensionnés et jeunes ayant quitté l'école

La prépension est réservée aux travailleurs âgés licenciés par leur employeur, auxquels une convention collective de travail (CCT) s'applique, qui ont atteint l'âge requis et qui prouvent un passé professionnel suffisant comme travailleur salarié. S'ils sont mis à la prépension, ils ont droit jusqu'à leur retraite, à des allocations de chômage s'élevant à 60 % de leur rémunération plafonnée (1.999,28 € par mois; (montant au 1er juillet 2011)), indépendamment de leur situation familiale. Ils reçoivent en outre une indemnité complémentaire à charge de leur ancien employeur.

Les jeunes qui terminent leurs études ne reçoivent pas immédiatement une allocation. Ils doivent d'abord accomplir un stage d'attente (ils doivent s'inscrire comme demandeur d'emploi et être disponible pour le marché de l'emploi). Pendant le stage d'attente, ils ont toujours droit aux allocations familiales. Après le stage d'attente, dont la durée 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 avoir accompli valablement le stage d'attente), ils peuvent percevoir une allocation d'attente (forfaitaire) dont le montant dépend aussi de la situation familiale et de l'âge du jeune.

E. Mesures pour l'emploi

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

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

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

Les pensions

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

A. De plus en plus de pensionnés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Passons en revue ces deux types de pensions séparément.

B. Les pensions de retraite

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

B.1. L'âge de la pension

L'âge normal de la pension est actuellement fixé à 65 ans pour les femmes et 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**, qui s'est achevée le 1er janvier 2009, 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.

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 65 ans aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Comme les salariés, les travailleurs indépendants peuvent prendre leur pension à partir de 60 ans. En cas de pension anticipée et sauf si la carrière comprend au moins 42 années, le montant de la pension sera diminué de 25 % si la pension prend cours avant l'âge de 61 ans, de 18 % si la pension prend cours à partir de l'âge de 61 ans et avant l'âge de 62 ans, de 12 % si la pension prend cours à partir de l'âge de 62 ans et avant l'âge de 63 ans, de 7 % si la pension prend cours à partir de l'âge de 63 ans et avant l'âge de 64 ans, et de 3 % si la pension prend cours à partir de l'âge de 64 ans et avant l'âge de 65 ans. Comme dans le régime des travailleurs salariés, le nombre d'années de travail requis (pour les hommes comme pour les femmes) a été fixé à 35 ans depuis 2005.

Pour les **fonctionnaires nommés à titre définitif**, l'âge normal de la retraite est identique pour les hommes et les femmes, c'est-à-dire 65 ans. Par ailleurs, le fonctionnaire peut demander à être mis à la retraite 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). Les agents contractuels reçoivent une pension comme travailleur salarié.

Le tableau ci-après donne un résumé des âges de retraite appliqués dans les trois secteurs

Travailleurs salariés		Travailleurs indépendants		Fonctionnaires	
Normal	Anticipé	Normal	Anticipé	Normal	Anticipé
65	60	65	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 qu'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 2011

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 €	21.436,50 €
	- avec au moins 1 enfant à charge	11.132,37 €	26.075,00 €
Indépendant (montants nets)	- base	5.937,26 €	17.149,19 €
	- avec au moins 1 enfant à charge	8.905,89 €	20.859,98 €

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.

La pension n'est également pas payée si l'intéressé bénéficie, entre autres, d'une prestation pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage.

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.

Par année de carrière on applique la formule :

$$\frac{\text{Salaire annuel adapté à l'inflation} \times 60 \% \text{ (isolé) ou } 75 \% \text{ (ménage)}}{45}$$

45

L'addition des résultats donne la pension brute.

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

B.2. 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 45 pour les femmes et pour les hommes. Si le nombre d'années de carrière est plus élevé, les années les moins favorables ne seront pas prises en considération.

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

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

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

Une limite maximale (un plafond) a également été fixée. La rémunération brute annuelle n'est prise en compte qu'à concurrence de cette limite maximale, établie à 47.960,29€ pour l'année 2010. 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 52.378,55 € (au 1er juillet 2011) - sont pris en compte. Ces revenus réels sont multipliés par un coefficient d'adaptation composé de trois éléments, le coefficient de réévaluation à l'indice en vigueur à la date de prise de cours de la pension, 60% ou 75% et le coefficient dit d'harmonisation qui est basé sur le rapport entre les dépenses pour les prestations de pension et la totalité des dépenses dans le statut social des travailleurs indépendants et qui exprime le rapport entre le taux de cotisation pour les pensions ainsi obtenu et le taux de cotisation pour les pensions dans le régime des travailleurs salariés. Finalement, tout comme pour les travailleurs du secteur privé, la pension des travailleurs indépendants dépend également de leur situation familiale.

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

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

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

Les pensions de retraite du secteur public sont limitées à deux montants maximums : le maximum relatif qui est égal aux $\frac{3}{4}$ du traitement de référence qui a servi de base au calcul de la pension et un maximum absolu qui s'élève à 6.040,06 € bruts par mois (montant d'application au 1er juillet 2011).

Un supplément de pension est accordé aux fonctionnaires qui ont poursuivi leur carrière au-delà de l'âge de 60 ans. Ce supplément augmente par mois d'activité effectivement presté après l'âge de 60 ans. Pour les pensions qui prennent cours à partir du 1er janvier 2007, le complément pour âge afférent aux services réellement prestés après le 31 décembre 2005 peut porter la pension au-delà du maximum relatif mais pas au-delà des 9/10èmes du traitement qui sert de base de calcul pour la pension.

Le cumul d'une pension de retraite du secteur public avec d'autres indemnités ou allocations n'est pas toujours autorisé. Une pension de retraite peut ainsi être cumulée avec une indemnité d'incapacité primaire, une indemnité d'invalidité ou une allocation de chômage. Le montant de la pension de retraite reste alors inchangé, mais peut influencer le montant du revenu de remplacement.

Un bonus de pension est également attribué aux travailleurs salariés et aux travailleurs indépendants, qui poursuivent leur occupation après l'âge de 62 ans ou après une carrière professionnelle d'au moins 44 ans.

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 (pour les pensions de survie des fonctionnaires, il existe des règles particulières pour les personnes âgées de moins de 45 ans). Si vous avez un enfant à charge ou une incapacité de travail d'au moins 66 %, la condition d'âge n'est pas requise.
- **Puis, vous devez être marié avec la personne qui vient de décéder.** Le mariage 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 ou d'une maladie professionnelle. 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 plus de 65 ans, cette limite est nettement plus élevée que pour les bénéficiaires d'une pension de retraite de moins de 65 ans.
- **Le cumul avec certaines prestations sociales n'est également pas possible** sauf que la pension de survie peut, durant une période de 12 mois, être cumulée avec une indemnité de maladie, d'invalidité ou de chômage complet involontaire.

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

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

Par année de carrière on applique la formule:

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

Les résultats sont additionnés (voir pension de retraite).

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

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

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

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.

Si le conjoint décédé a fait carrière comme fonctionnaire statutaire, le calcul de base de la pension de survie sera le suivant : 60 % du traitement moyen que le conjoint décédé aura reçu au cours des 5 dernières années de sa carrière, multiplié par une fraction où le numérateur représente le nombre de mois de prestation qu'il aura effectués et le dénominateur, le nombre de mois compris entre la date de son 20^{ème} anniversaire et la date de son décès, avec un maximum de 480 mois.

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

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

Le cumul d'une **pension de survie** du secteur public avec une indemnité d'incapacité primaire ou une allocation de chômage octroyée en vertu d'une législation belge ou étrangère n'est pas autorisé. La pension de survie est alors suspendue pendant les mois civils concernés. Cette règle s'applique également en cas de cumul avec une indemnité d'invalidité ou une indemnité dans le cadre d'une prépension conventionnelle (en vertu de la législation belge).

Par dérogation à ce principe, le cumul est accordé pour une durée limitée de 12 mois consécutifs ou non répartis sur toute la durée de vie de la pension, que le revenu de remplacement ait ou non été perçu pour tous les jours de travail du mois. Si pendant ces 12 mois, le montant de la pension de survie excède celui de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), la pension de survie est réduite au montant de cette dernière.

Les soins de santé

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

A. Les bénéficiaires

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

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

- disposer d'un revenu brut ne dépassant pas 2.221,08 € par trimestre (au 2^{ième} trimestre 2011);
- résider au sein de la famille du titulaire (bénéficiaire) du droit aux soins de santé, à l'exception de l'époux ou de l'épouse séparé(e) (de fait ou de corps), des enfants de moins de 25 ans et du conjoint qui a une autre résidence principale parce que, en vertu d'une disposition réglementaire, il existe dans le chef de ce conjoint ou du titulaire une obligation d'installer sa résidence principale à un endroit précis.

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

- Tout bénéficiaire de l'assurance obligatoire soins de santé doit s'affilier ou s'inscrire auprès d'un organisme assureur** (mutualité, service régional de la Caisse 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.
- 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.
- En principe, pour obtenir le remboursement des soins de santé par l'assurance obligatoire soins de santé, il ne faut pas accomplir **un stage de six mois**, si ce n'est dans des cas exceptionnels expressément prévus par la réglementation et toujours en cas de non respect de l'obligation de cotisations susvisée.

B. Les prestations de santé

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

- 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 y inclus, depuis 2008, les "petits risques".

C. Les tarifs de remboursement

C.1. La médecine

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

Le **montant de l'intervention de l'assurance** dans le coût des prestations varie **principalement** en fonction de la nature de la prestation, du statut du bénéficiaire et de la qualité du dispensateur de soins. Dans la plupart des cas, vous ne serez pas remboursé du montant complet. Souvent, il faut payer une **quote-part personnelle** ou "**ticket modérateur**". En principe, la quote-part personnelle ou ticket modérateur est de 25 %. Elle peut éventuellement, selon le type de prestations, être supérieure ou inférieure.

Cependant, il existe différentes manières d'obtenir un régime de remboursement plus élevé des prestations de santé pour certaines catégories de personnes. Il s'agit de ce que l'on appelle l'intervention majorée mais qui est encore souvent dénommée autrement car ces règles ont évolué au fil des années, soit : "régime préférentiel", "statut VIPO", "statut BIM" ou statut "OMNIO" :

Première manière : sur base du bénéfice d'un avantage social (statut BIM) :

- les bénéficiaires d'un revenu d'intégration octroyé par le CPAS
- les bénéficiaires d'une aide équivalente octroyée par le CPAS
- les personnes qui bénéficient de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), du revenu garanti aux personnes âgées ou d'une majoration de rente
- les bénéficiaires d'une des allocations aux personnes handicapées prévues par la loi du 27 février 1987.
- les personnes de moins de 18 ans étrangères non accompagnées (titulaires MENA)
- les enfants handicapés avec une incapacité physique ou mentale d'au moins 66%

Deuxième manière : sur base d'une qualité et d'un contrôle sur les revenus opéré par les organismes assureurs (également statut BIM):

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

Le ménage pris en considération se compose du bénéficiaire ayant la qualité, de son conjoint ou partenaire de vie et de leurs personnes à charge.

Le revenu brut imposable du ménage de l'intéressé ne doit pas dépasser 15.364,99 € augmenté de 2.844,47 € par personne à charge (plafond au 1er juillet 2011).

Troisième manière : sur la base d'un contrôle sur les revenus effectués par les organismes assureurs (statut OMNIO). Il s'agit de ménages qui disposent de revenus modestes.

Le ménage pris en considération est le ménage registre national composé en principe au 1er janvier de l'année pour laquelle le droit au statut est examiné. Le ménage doit disposer de revenus inférieurs au plafond de 15.163,96 EUR augmenté de 2.807,26 EUR par personne supplémentaire (demande 2011 revenus imposables de l'année précédente).

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

C.2. La pharmacie

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

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

En fonction de leur utilité sociale et thérapeutique, les spécialités pharmaceutiques remboursables sont réparties en [cinq catégories de remboursement](#).

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

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

	Bénéficiaires préférentiels non hospitalisés	Bénéficiaires ordinaires non hospitalisés
Catégorie A (spécialités d'importance vitale)	Ticket modérateur nul	
- Catégorie B (spécialités importantes sur le plan thérapeutique)	15 % - Max. 7,30 €	25 % - Max. 11,00 €
- Catégorie B - grand modèle	- Max. 9,00 €	- Max. 13,70 €
Catégorie C (spécialités destinées au traitement symptomatique)	50 %	
	- Max. 9,00 €	- Max. 13,70 €
Catégorie Cs	60% - Ticket modérateur sans maximum	
Catégorie Cx	80% - Ticket modérateur sans maximum	

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

Toutefois, en sus de ce ticket modérateur, un supplément (la différence entre le prix appliqué et la base de remboursement) plafonné à 10,80 € peut également être porté en compte dans le cadre du remboursement de référence.

Quant aux [préparations magistrales](#), elles sont subdivisées en fonction de leur utilité sociale et thérapeutique. Les tarifs de remboursement, exprimés en montants forfaitaires, pour les bénéficiaires normaux peuvent s'élever à 0 €, 1,12 € ou 2,24 € et pour les bénéficiaires de la catégorie préférentielle à 0 €, 0,30 € ou 0,60 €.

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

C.3. L'hôpital

Outre les médicaments, en cas de séjour dans un hôpital général, la participation de l'assuré est fixée forfaitairement comme suit (montants au 1er juillet 2011) :

Bénéficiaires	1er jour (*)	À partir du 2ème jour	A partir du 91ème jour
Titulaires ordinaires sans personne à charge	41,70 €	14,43 €	14,43 €
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)	41,70 €	14,43 €	5,12 €

Enfants à charge des titulaires ordinaires	32,39 €	5,12 €	5,12 €
Bénéficiaires du régime VIPO et leurs personnes à charge	5,12 €	5,12 €	5,12 €
Titulaires en chômage contrôlé qui ont depuis 12 mois au moins la qualité de chômeur complet ayant charge de famille ou isolé, y compris leurs personnes à charge	32,39 €	5,12 €	5,12 €

(*) Montant forfaitaire de € 27,27 inclus

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

A partir du 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 5,12 €.

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 24,04 € pour les titulaires ordinaires sans personnes à charge, à 14,43 € pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les chômeurs sans personne à charge ou qui ne sont pas tenus de payer une pension alimentaire par décision judiciaire ou acte notarié et à 5,12 € pour tous les autres bénéficiaires.

Tous les montants et pourcentages cités ci-dessus sont d'application au 1er juillet 2010.

C.4. Les autres maisons de soins

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

D. Du maximum à facturer (MàF)

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

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

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

Par frais de santé, on entend notamment:

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

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

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

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

Le MàF social

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

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

Le MàF à titre individuel

Une solution particulière a été créée pour l'enfant âgé de moins de 19 ans. Ainsi, l'enfant qui, au 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 € peut bénéficier du MAF à titre individuel et ce, indépendamment des revenus de sa famille.

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

Le MàF revenus

Ici, le ménage pris en compte est le ménage registre national. Tous les ménages sont susceptibles de bénéficier du MAF revenus. Le montant des tickets modérateurs à atteindre varie en fonction des revenus annuels nets du ménage.

Plafonds de revenus (EUR) (2010)	Plafonds d'interventions personnelles (EUR)	Réductions Maladies chroniques (EUR)
Statut protégé (MàF social)	450	350
MàF revenus		
Jusqu'à 16.457,15	450	350
De 16.457,16 à 25.299,79	650	550
MàF à titre individuel	650	550
De 25.299,80 à 34.142,46	1.000	900
De 34.142,47 à 42.616,66	1.400	1.300
A partir de 42.616,67	1.800	1.700

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

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 (conгés 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.
- c) 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

L'indemnisation par l'assurance débute après l'octroi éventuel du salaire garanti par l'employeur (généralement dû pendant un mois pour les employés et pendant deux semaines pour les ouvriers). La période d'incapacité de travail primaire dure un an maximum et prend cours à la date du début de l'incapacité de travail. Vous recevrez, durant cette période, à charge de votre organisme assureur, 60 % de votre rémunération (plafonnée à 118,5852 € pour les incapacités antérieures au 1er janvier 2005, 120,9569 € pour les incapacités survenues entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2006, 122,1665 € pour les incapacités survenues entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2008, 123,1437 € pour les incapacités survenues entre le 1er janvier 2009 et le 31 décembre 2010 et 124,0057 € pour les incapacités à partir du 1er janvier 2011). Les indemnités ne sont, en principe, pas octroyées pour les périodes couvertes par le salaire garanti à charge de l'employeur.

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

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

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

A.2. L'invalidité

La période d'invalidité prend cours après une année d'incapacité de travail primaire.

L'invalidité est constatée par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur base d'un rapport dressé par le médecin-conseil de l'organisme assureur. La fin de l'invalidité est constatée quant à elle par le médecin-conseil ou le médecin inspecteur ou le Conseil médical de l'invalidité selon le cas.

Pour la détermination du montant des **indemnités d'invalidité**, il est tenu compte de la situation familiale du bénéficiaire et de la date de survenance de l'incapacité. Un titulaire ayant personne à charge a droit à un taux d'indemnités fixé à 65 % de la rémunération (également plafonnée à 118,5852 €, 120,9569 €, 122,1665 €, 123,1437 € ou 124,0057 € suivant la date de survenance de l'incapacité voir supra). Pour les autres titulaires sans charge de famille, le taux de l'indemnité d'invalidité est réduit à 55 % (isolé) ou 40 % de la même rémunération plafonnée.

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

- lorsqu'il apporte la preuve soit qu'il vit seul, soit qu'il cohabite avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et ne sont pas considérées comme personne à charge,
- lorsqu'il cohabite avec une personne qui perçoit des revenus de remplacement dont le montant est compris entre 896,71 € et 986,89 €.
- lorsqu'il cohabite avec une personne qui perçoit des revenus professionnels ou des revenus professionnels combinés à des revenus de remplacement dont le montant est compris entre 896,71 € et 1.443,54 €

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

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

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

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

B. Les travailleurs indépendants

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

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

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

- une période non indemnisée d'un mois ;
- une période indemnisée pour incapacité de travail primaire de onze mois ;
- après un an d'incapacité de travail primaire, c'est la période d'invalidité qui commence.

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

	Avec personnes à charge	Isolé	cohabitant
Période non indemnisée d'un mois	0 €	0 €	0 €
Période indemnisée d'incapacité de travail (du 2 ^{ème} au 12 ^{ème} mois)	49,35 €	37,84 €	30,84 €
Invalidité générale	49,35€	37,84€	30,84 €
Invalidité en cas de cessation d'activité	50,25 €	40,21 €	34,48 €

Les montants indiqués dans le tableau sont journaliers et sont d'application au 1er juillet 2011.

A partir de 2007, la catégorie des bénéficiaires cohabitants est introduite dans le régime d'incapacité de travail pour les indépendants.

Il s'ensuit que trois types d'indemnités pourront être appliqués selon la situation de famille :

- avec personnes à charge ;
- isolé ;
- cohabitant.

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.

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

Les indemnités de maternité

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

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

A. Le Congé de maternité

A.1. Les travailleuses salariées

Le régime de maternité est divisé en deux périodes :

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

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

Le montant de l'indemnité de maternité est en principe fixé à un **pourcentage de la rémunération perdue plafonnée** (124,0057 €), à l'exception de l'indemnité pour les 30 premiers jours du congé de maternité de la travailleuse salariée active.

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

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

A.2. Les travailleuses indépendantes

Les travailleuses indépendantes et aidantes ont droit à un congé de maternité équivalent à une période de maximum 8 semaines (9 en cas de naissance multiple). Il n'y a pas d'obligation de prendre toutes les semaines. Depuis le 1er janvier 2009, seules trois semaines doivent être prises obligatoirement, à savoir une semaine avant l'accouchement et deux après celui-ci. En ce qui concerne les semaines facultatives, la mère peut les prendre quand elle le souhaite à partir de trois mois avant la date prévue pour l'accouchement jusqu'à 23 semaines après celui-ci. Depuis le 1er janvier 2010, la période de repos facultatif peut en outre être prolongée, à la demande de la mère, en cas d'hospitalisation du nouveau-né de plus de 7 jours à partir de sa naissance. Dans ce cas, le congé de maternité est prolongé d'une durée égale au nombre de semaines complètes d'hospitalisation de l'enfant qui excède ces sept premiers jours sans toutefois dépasser une période maximale de 24 semaines. Cette prolongation démarre le premier jour qui suit les 2 semaines de repos postnatal obligatoire.

Le repos postnatal facultatif reprend ensuite à la fin de la prolongation.

Ces congés doivent être pris par période de sept jours calendrier. Pendant cette période, les travailleuses indépendantes ont droit à un montant forfaitaire de 390,88 € par semaine (montant au 1er juillet 2011).

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 conservent 100 % de leur rémunération.

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

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

En cas de décès ou d'hospitalisation de la mère, le père peut prendre le reste du repos postnatal de la mère.

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 quatre mois à dater du jour de l'accouchement. Ces dix jours peuvent être pris en une fois ou de manière échelonnée.

Pour les trois premiers jours d'absence, le travailleur perçoit sa rémunération normale. Pour les sept jours suivants, il a droit à une indemnité 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 (congé de circonstances) lors de l'accouchement de l'épouse ou de la personne avec laquelle l'agent vit en couple; ceux-ci sont entièrement rémunérés par l'employeur.

Les accidents du travail

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

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

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

A. Les risques couverts

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

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

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

B. Les dommages réparés

B.1. Les frais médicaux et apparentés

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

B.2. La réparation de la perte de revenus

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

Lors de la période d'**incapacité temporaire totale**, toute victime recevra 90 % du salaire journalier moyen. Ce salaire journalier moyen correspond à 1/365ème 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, indexée au 1er janvier 2011 est toutefois plafonnée à 37.545,92 €.

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

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

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

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

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

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

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

B.3. Les frais de déplacement

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

B.4. L'accident du travail mortel

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

a) **une indemnité pour frais funéraires**

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

b) **une indemnité des frais de transport de la personne décédée**

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

c) **une rente viagère pour le conjoint ou le cohabitant légal**

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

d) **une rente temporaire pour les enfants**

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

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

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

C. Le paiement des prestations

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

D. La responsabilité civile

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

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

E. Les fonctionnaires

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

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

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

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

F. Les travailleurs indépendants

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

Les maladies professionnelles

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

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

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

A. Qu'est-ce une maladie professionnelle?

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

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

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

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

B. Les risques indemnisés

Il existe ici un certain **parallélisme** entre les maladies professionnelles et les accidents du travail. Les régimes concernant les indemnités de base, l'évaluation de l'incapacité de travail, les

indemnités de décès, les allocations pour incapacité de travail et les prestations de soins de santé et les frais de déplacement sont similaires.

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

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

Le plafond de rémunération pour le secteur des maladies professionnelles est de 37.808,74 euros au 1er juillet 2011.

C. Les fonctionnaires

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

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

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

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

D. Les travailleurs indépendants

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

E. Le Fonds amiante

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

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

Les vacances annuelles

De nos jours, il paraît logique que tout le monde ait droit à quelques semaines de vacances par an, mais il n'en a pas toujours été ainsi. Déjà depuis le début du 20ème 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 et des artistes. 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 et des apprentis-ouvriers, qui sont assujettis au régime légal des vacances annuelles des travailleurs salariés, est payé d'office par l'ONVA ou par une caisse spéciale de vacances. Le pécule de vacances des artistes non indépendants est payé d'office par l'ONVA. Le bénéficiaire ne doit faire aucune demande.

L'employeur ne doit pas non plus entreprendre de démarches particulières pour l'affiliation à une caisse de vacances. Dès que l'Office National de Sécurité Sociale (ONSS) transmet à l'ONVA la première déclaration reprenant les données relatives au salaire et au temps de travail, l'affiliation à la caisse de vacances de l'ONVA ou à une caisse spéciale de vacances se fait automatiquement sur la base de l'activité de l'employeur.

L'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 ou au maximum de quatre semaines de vacances dans le régime dans lequel il est occupé au moment des vacances.

Le pécule de vacances est composé du pécule de vacances simple (8 % sur les rémunérations brutes de 108 %) et du double pécule de vacances (7,38 % de 108 %). Le double pécule est en réalité une sorte de couverture des frais supplémentaires qui peuvent résulter d'une période de vacances (par exemple quand vous partez en voyage). Une partie du double pécule de vacances fait l'objet d'une retenue de 13,07 %. Le calcul du montant du pécule de vacances tient compte des rémunérations, mais aussi d'un salaire fictif pour les journées assimilées à du travail effectif. Pour le calcul du pécule de vacances des artistes, il convient de tenir compte de spécificités.

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.

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

B. Les employés (et les apprentis-employés)

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

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

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

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

Lorsqu'un employeur conclut un nouveau contrat de travail avec un employé occupé chez lui, contrat qui a pour conséquence que le nombre moyen d'heures hebdomadaires prestées diminue, cet employeur procède au paiement du pécule de vacances suivant les modalités applicables aux pécules de vacances de sortie. Ce paiement a lieu au moment du paiement de la rémunération relative au mois de décembre de l'année au cours de laquelle a eu lieu cette diminution. Cependant, il n'est pas tenu compte des primes de fin d'année qui ont un caractère fixe, c'est-à-dire de celles dont l'octroi n'est pas lié à l'évaluation des prestations de l'employé, à sa productivité, au résultat de l'entreprise ou d'une section de celle-ci ou à tout critère rendant le paiement incertain et variable.

C. Les fonctionnaires

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

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

Lors de ses vacances, le fonctionnaire fédéral continue à recevoir sa rémunération mensuelle. Puis, au cours du mois de mai, il reçoit un pécule de vacances supplémentaire. Ce pécule de vacances est composé d'une partie forfaitaire et d'une partie variable. En 2011, la partie forfaitaire s'élève à 1090,9346 €. La partie variable est égale à 1,1 % de la rémunération annuelle brute du fonctionnaire en question.

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

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

L'assurance sociale en cas de faillite

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

Peuvent en bénéficier, sous certaines conditions :

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

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

Cette assurance:

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

Le montant de cette prestation s'élève, au 1er juillet 2011, à 1.283,22 € ou à 9823,79 €, selon que l'intéressé a ou non au moins une personne à charge.

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

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

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

A. Aide à la maternité

Cette aide tend à améliorer la situation des mères indépendantes qui reprennent leur activité 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 à ce titre, et qui:

- ont donné le jour à un ou plusieurs enfants à partir du 1er janvier 2006,
- sont en ordre de cotisations pour les deux trimestres qui ont précédé le trimestre de leur accouchement,
- apportent la preuve de l'inscription de(s) enfant(s) dans le ménage de la travailleuse indépendante,
- doivent reprendre leur activité indépendante après leur congé de maternité, jusqu'à l'octroi de l'aide.

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

B. Allocation d'adoption

Le travailleur indépendant ou la travailleuse indépendante adoptant peut, sous certaines conditions, prétendre à une allocation de 390,88 € par semaine (au 1er juillet 2011) est égal à celui de l'allocation de maternité. L'allocation peut être octroyée pendant une période qui, lorsque l'enfant est âgé de moins de 3 ans au début de la période, celle-ci est de 6 semaines maximum. Si l'enfant est âgé d'au moins 3 ans mais de moins de 8 ans au début de la période, celle-ci est de 4 semaines maximum. La durée maximum est doublée s'il s'agit d'un enfant handicapé reconnu comme tel.

Pendant cette période, le travailleur indépendant ne peut exercer d'activité professionnelle et ne peut prétendre à des indemnités d'incapacité primaire ou d'invalidité. En outre, il doit être en règle de cotisations sociales comme pour le bénéficiaire de l'assurance en cas d'incapacité de travail ou de maternité. La demande doit être introduite auprès de l'organisme assureur (mutuelle).

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

Depuis le 1er janvier 2010, le travailleur indépendant qui interrompt son activité pendant au moins 4 semaines consécutives pour s'occuper de son enfant malade peut être dispensé du paiement de la cotisation sociale d'un trimestre tout en sauvegardant des droits en matière de pension pour ce trimestre.

Par ailleurs, également depuis le 1er janvier 2010, le travailleur indépendant qui interrompt son activité pendant au moins 4 semaines successives pour donner des soins palliatifs à son enfant ou partenaire peut obtenir une allocation forfaitaire dont le montant est égal à 1.967,58 € au 1er juillet 2011. Le paiement de l'allocation s'effectue en trois fois et par mois. Dans ce cadre, le travailleur indépendant peut également être dispensé du paiement de la cotisation sociale d'un trimestre tout en sauvegardant des droits en matière de pension pour ce trimestre.

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

Les aspects internationaux de la sécurité sociale

A. Introduction

La vie économique et sociale internationale s'intensifie.

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

En effet,

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

Important

Avant de quitter la Belgique, si vous bénéficiez de prestations de sécurité sociale, contactez l'organisme qui vous verse la prestation afin de savoir ce que vous devez faire. (Diverses informations sur le site https://www.socialsecurity.be/CMS/fr/leaving_belgium/index.html)

Si vous exercez votre activité en dehors du territoire de l'Union européenne, vous pouvez adhérer librement au régime de sécurité sociale de l'Office de Sécurité Sociale d'Outre-mer (OSSOM).

Lorsque vous venez habiter ou travailler en Belgique, vous devez absolument vous inscrire auprès d'une mutuelle ou de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Pour les travailleurs salariés, l'employeur remplira les autres formalités.

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

B. Accords internationaux de sécurité sociale

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

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

B – 1 Accords multilatéraux

Les accords multilatéraux sont généralement conclus au sein d'une organisation internationale. Les plus importants d'entre eux ont été conclus au sein de l'Union européenne et de l'Espace économique européen :

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

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

B- 2 Accords bilatéraux

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

B – 3 Objectifs des accords internationaux de sécurité sociale ?

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

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

- **assurer l'égalité de traitement** : les personnes soumises à la législation des pays contractants ont, dans la même situation, les mêmes droits et obligations (droit aux mêmes prestations, même obligation de contribuer au financement de la sécurité sociale en payant des cotisations ou des impôts, ...);
- **détermination de la législation de sécurité sociale applicable** : pour éviter qu'une personne soit soumise à plusieurs législations de sécurité sociale ou ne soit soumise à aucune législation, les accords fixent des règles pour déterminer la législation qui sera appliquée ;
- **maintenir les droits acquis ou en cours d'acquisition** : les périodes d'assurance accomplies dans les pays contractants sont totalisées pour ouvrir le droit aux prestations ou pour calculer le montant de ces prestations (ex. : pensions de retraite) ;
- **garantir l'exportation des prestations de sécurité sociale** : les conditions de résidence pour l'octroi des prestations sont supprimées (ex. : pensions d'invalidité).

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

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

- le champ d'application territorial (où): l'accord définit les territoires sur lesquels il s'applique;
- le champ d'application matériel (quoi): l'accord énumère les branches de la sécurité sociale qu'il vise;

- le champ d'application personnel (qui): l'accord précise les personnes auxquelles il s'applique ; les nationaux, les membres de la famille, les survivants, les apatrides, les réfugiés,...

B - 5 Règles applicables

Les accords internationaux fixent également

- les règles pour déterminer la législation nationale de sécurité sociale qui s'applique et dans quels cas ;
- les conditions pour l'octroi des prestations;
- les règles anti-cumul de prestations de même nature de différents pays.

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

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

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

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

Ces règlements s'appliquent aux territoires de :

l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, le Danemark, Chypre, l'Espagne, l'Estonie, la France, la Finlande, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, et la Suède.

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

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

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

- Règle générale :

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

- **Exception :**

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

C - 2. L'octroi des prestations

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

- a) Les prestations de maladie, de maternité et de paternité qui se subdivisent en deux catégories :
 - les prestations en nature (soins médicaux, dentaires, médicaments, hospitalisations,...) qui sont servies sous certaines conditions, par le pays de résidence ou de séjour selon sa législation et
 - les prestations en espèces (remplacement de la perte du salaire, de la rémunération) qui sont servies conformément à la législation du pays d'assujettissement.
- b) Les prestations accidents du **travail et maladies professionnelles** qui, sauf quelques exceptions, sont servies selon les mêmes règles que celles qui régissent l'assurance maladie-maternité.
- c) Les prestations **d'invalidité** qui sont servies quel que soit le pays de résidence. Les régimes d'invalidité des différents Etats peuvent être classés en deux groupes : les pensions d'invalidité calculées selon la durée des périodes d'assurance et les pensions d'invalidité dont le montant est indépendant de la durée des périodes d'assurances (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 retraite**. Les personnes qui ont travaillé dans plusieurs Etats membres recevront des pays concernés une pension correspondant aux périodes d'assurance qui y ont été accomplies.
- e) Les **pensions de survie** qui sont octroyées selon les mêmes règles que celles qui régissent les pensions de vieillesse.
- f) Les **prestations de chômage** qu'il est, en principe, impossible de demander dans un pays où on n'était pas assujéti avant de perdre son emploi. Sous certaines conditions, le droit aux prestations de chômage est conservé lorsqu'on cherche un emploi dans un autre pays.
- g) Les **prestations familiales** qui sont versées par le pays d'assujettissement. Des compléments de prestations peuvent, sous certaines conditions, être octroyés.

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

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

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

L'aide sociale

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

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

- 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.

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

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

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

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

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

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

Depuis septembre 2010, une application informatique appelée Handiweb permet aux personnes handicapées (ou à leur mandant) de savoir où en est l'état de leur dossier.

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

https://www.socialsecurity.be/site_fr/citizen/Applics/handiweb/index.htm

Quelles informations peut fournir Handiweb ?

- quelles sont les demandes encore en cours d'examen, quel est leur stade d'avancement, s'il manque encore un document ou un formulaire que les personnes doivent compléter ou/et renvoyer ;
- quel est l'historique des décisions qui ont été notifiées,
- le montant de l'allocation qui a été ou sera payé, et les dates de paiement ;
- le degré du handicap reconnu par le médecin, avec le nombre des points octroyé en fonction de la perte de l'autonomie des personnes ;
- ce que les personnes doivent faire en cas de changement dans leur situation ;
- ce que les personnes peuvent éventuellement encore demander, et comment ?

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

Les conditions administratives générales sont :

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

C'est le médecin désigné par la Direction générale Personnes handicapées qui se prononce sur l'aspect médical, car un demandeur doit toujours posséder un **handicap minimal**.

(*) Des exceptions sont possibles !

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 juillet 2011 sont les suivants :

- bénéficiaire appartenant à la catégorie C (ancienne catégorie personnes à charge) : 12.087,36 €
- bénéficiaire appartenant à la catégorie B (ancienne catégorie isolé) : 9.065,52 €
- bénéficiaire appartenant à la catégorie A (ancienne catégorie cohabitant) : 6.043,68 €

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 juillet 2011) :

Catégorie I	7 et 8 points	1.104,09 €
Catégorie II	9 à 11 points	3.762,33 €
Catégorie III	12 à 14 points	6.011,74 €
Catégorie IV	15 et 16 points	8.758,34 €
Catégorie V	17 et 18 points	9.935,79 €

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

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

Le CPAS de chaque commune a pour mission de permettre à chaque personne d'être en mesure de mener une existence conforme à la dignité humaine, communément appelée "**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 du travail.

En quoi consiste le droit à l'intégration sociale ?

Le CPAS de chaque commune a la mission de garantir le droit à l'intégration sociale aux personnes qui disposent de revenus insuffisants et qui remplissent les conditions légales. Une intégration et une participation maximales à la vie sociale doivent être recherchées. Le CPAS dispose à cet effet de trois instruments : l'emploi, un revenu d'intégration et un projet individualisé d'intégration sociale, ou une combinaison de ces instruments.

Dans tous les cas, la personne dispose d'un revenu lui permettant de vivre. Sous le terme **emploi**, il faut toujours entendre un emploi à part entière auquel toutes les règles du droit du travail sont applicables, y compris les règles de protection de la rémunération. Lorsque pour la personne l'emploi n'est pas possible provisoirement ou non, elle a droit à une prestation financière appelée **revenu d'intégration**. L'octroi du revenu d'intégration peut être suivi de la conclusion d'un **projet individualisé d'intégration sociale** entre la personne concernée et le CPAS. Le choix de la voie la plus adéquate, doit être guidé, en concertation avec la personne, par l'objectif de favoriser au maximum l'intégration et la participation sociale.

Qui peut bénéficier du droit à l'intégration sociale ?

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

1. Il doit avoir sa **résidence effective en Belgique**, ce qui veut dire résider habituellement et en permanence sur le territoire belge.
2. Il doit avoir **la nationalité belge** ou bien tomber sous une de ces catégories :
 - les étrangers inscrits au registre de la population;
 - les réfugiés reconnus et les apatrides;
 - les citoyens de l'Union européenne ou les membres de la famille qui les accompagnent ou les rejoignent, qui bénéficient d'un droit de séjour de plus de trois mois.
3. Il doit aussi **être majeur**. Les mineur(e)s émancipé(e)s par mariage, ou qui ont un ou plusieurs enfants à charge ou qui sont enceintes peuvent également introduire une demande.

4. Il ne peut **pas disposer de ressources suffisantes**, ni peut y prétendre ni n'est en mesure de se les procurer, soit par des efforts personnels, soit par d'autres moyens. Par l'enquête sociale, le CPAS va examiner de combien dispose le demandeur. Le CPAS tient compte des ressources de l'époux(se) du demandeur et des moyens d'existence de la personne avec laquelle la personne constitue un ménage de fait. Le CPAS peut aussi tenir compte des revenus des parents ou des enfants majeurs avec qui il cohabite. En principe on tient compte de toutes les ressources de n'importe quelle nature ou origine, comme les revenus professionnels, les prestations sociales, les revenus des biens mobiliers et immobiliers, les avantages en nature, etc. Certains revenus énumérés dans la réglementation n'entrent pas en ligne de compte, comme les allocations familiales pour lesquelles le demandeur a la qualité d'allocataire et pour autant qu'il élève ses enfants et en ait la charge totalement ou partiellement, des dons non réguliers, l'aide offerte par le CPAS, la pension alimentaire perçue au profit des enfants célibataires à charge de l'intéressé pour autant que ce dernier les élève, etc.

5. Il doit **être disposé à travailler**, à moins que des raisons de santé ou d'équité l'en empêchent.

6. Enfin, il doit **faire valoir ses droits aux allocations** dont il peut bénéficier en vertu de la législation sociale belge ou étrangère. Le droit à l'intégration sociale doit être considéré comme le dernier recours. Si vraiment vous avez fait tout votre possible pour vous procurer un revenu d'une autre façon, par exemple une allocation de chômage ou des allocations aux personnes handicapées ou autre, vous aurez droit à l'intégration sociale si vous remplissez les conditions légales.

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

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

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration peuvent être couplés avec un **projet individualisé d'intégration sociale** sur demande de l'intéressé ou du CPAS. En fonction des besoins de l'intéressé ce projet portera soit sur l'insertion professionnelle soit sur l'insertion sociale.

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

Si vous avez moins de 25 ans et satisfaites aux conditions, vous avez droit à l'intégration sociale prioritairement par un emploi adapté à votre situation personnelle et vos capacités dans les 3 mois de la demande. L'emploi consiste soit en un contrat de travail soit en un projet individualisé d'intégration sociale, menant dans une période déterminée à un contrat de travail. Le CPAS peut ainsi mettre les bénéficiaires du droit à l'intégration sociale au travail en agissant lui-même comme employeur ou en trouvant un autre employeur ou en intervenant financièrement dans certains types de mises au travail pour réduire le coût salarial des employeurs.

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

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

L'octroi et le maintien du revenu d'intégration doivent être couplés avec un projet **individualisé d'intégration sociale** à la demande de l'intéressé ou du CPAS. En fonction des besoins de l'intéressé, ce projet portera soit sur l'insertion professionnelle soit sur l'insertion sociale. Si le CPAS accepte pour des raisons d'équité que le jeune veuille entamer, reprendre ou continuer des études de plein exercice pour augmenter ses possibilités d'insertion professionnelle, il faut qu'un projet individualisé d'intégration sociale portant sur les études soit établi.

A combien s'élève le revenu d'intégration ?

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

Catégories	Montant annuel	Montant mensuel
La personne cohabitante	6040,65 €	503,39 €
La personne isolée ou la personne sans abri qui bénéficie d'un projet individualisé d'intégration sociale	9.060,97 €	755,08 €
La personne habitant avec une famille à sa charge	12.081,30 €	1.006,78 €

(Montants au 1er juillet 2011)

Toutefois, il est possible qu'une personne dispose d'un certain revenu, mais que celui-ci reste en dessous du revenu d'intégration. Dans ce cas, le CPAS lui payera la différence de sorte que son revenu atteigne le montant du minimum du revenu d'intégration.

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

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

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

Les conditions à remplir pour bénéficier de ce revenu sont presque les mêmes que celles du revenu d'intégration. Tout octroi est précédé d'une enquête sur les ressources. La garantie de revenus est un montant forfaitaire annuel de base de (montants au 1er juillet 2011) :

- 7.476,84 € pour une personne mariée ou cohabitante (623,07 € par mois);
 - 11.215,26 € pour une personne isolée (934,61 € par mois);
- Compte tenu du principe de l'individualisation des droits, deux bénéficiaires partageant la même résidence principale obtiennent ensemble 14.953,68 € (1.246,14 € par mois).

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 juillet 2011).

Catégories d'autonomie	Allocations
Catégorie I (7 et 8 points)	943,52 €
Catégorie II (9 à 11 points)	3.601,61 €
Catégorie III (12 à 14 points)	4.378,98 €
Catégorie IV (15 et 16 points)	5.156,12 €
Catégorie V (17 et 18 points)	6.333,57 €

D. Les 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.

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

Qui peut introduire la demande ? Toute personne qui supporte **la charge totale d'un enfant ou la plus grande partie de celle-ci** peut introduire une demande, à condition qu'elle réside en Belgique. Si le demandeur ne relève pas de l'application des règlements de la CE en matière de sécurité sociale, ou n'est pas un apatride ou réfugié politique reconnu 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.

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

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

Tout comme pour les autres régimes d'aide sociale, une **enquête sur les ressources** aura lieu. Ainsi, les ressources de la personne ayant l'enfant à charge - ou son conjoint ou la personne avec qui elle cohabite - ne peuvent pas dépasser 3.904,86 € par trimestre (montant au 1er juillet 2011).

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

La demande d'allocations familiales garanties et d'allocation de naissance doit être introduite à l'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 un délai d'un an après la naissance.

Les adresses et numéros de téléphone utiles

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

A. Services publics fédéraux (anciennement ministères)

Service public fédéral Sécurité sociale

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

Direction générale Politique sociale		
- Accidents du travail et maladies professionnelles; allocations familiales; assujettissement; pensions de retraite et de survie; soins de santé et indemnités; vacances annuelles	02 528 63 00	dg-soc@minsoc.fed.be
Direction générale Appui stratégique (entre autres compétente pour les relations internationales) - Relations bilatérales (Hendrik Hermans) - Relations multilatérales (Jacques Donis)	02 528 60 30	dgstrat@minsoc.fed.be
Direction générale Indépendants	02 528 64 50	zelfndep@minsoc.fed.be
Direction générale Inspection sociale	02 528 62 21	guido.demuynck@minsoc.fed.be
Direction générale Personnes handicapées: allocations pour l'aide aux personnes âgées et allocation de remplacement de revenus et d'intégration	0800 987 99	Handif@minsoc.fed.be http://handicap.fgov.be
Fonctionnaire d'information	02 528 60 31 En cas d'urgence uniquement 0477 848 664	social.security@minsoc.fed.be

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

Boulevard Roi Albert II 30, 1000 Bruxelles: www.mi-is.be

Point de contact	02 508 85 86	question@mi-is.be
-------------------------	--------------	-------------------

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

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

Direction de la communication	02 233 40 23	information@emploi.belgique.be
--------------------------------------	--------------	--------------------------------

Service public fédéral Personnel et Organisation

Rue de la Loi, 51, 1040 Bruxelles: www.p-o.belgium.be

Point de contact	02 790 58 00	fedwebteam@p-o.belgium.be
-------------------------	--------------	---------------------------

B. Les organismes publics de sécurité sociale

Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS)

(www.bcsc.fgov.be, servicedesk@ksz-bcsc.fgov.be)
Chaussée Saint-Pierre 375, 1040 Bruxelles, 02 741 84 00

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

(www.hvkz-cspm.fgov.be, info@hvkz-cspm.fgov.be)
Olijftakstraat 7-13 bus 1, 2060 Antwerpen, 03 220 74 60

Fonds des accidents du travail (FAT)

(www.fat.fgov.be, info@faofat.fgov.be)
Rue du Trône 100, 1050 Bruxelles, 02 506 84 11

Fonds des maladies professionnelles (FMP)

(www.fmp.fgov.be, secr@fmp-fbz.fgov.be)
Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles, 02 226 62 11

Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)

(www.inami.fgov.be, communication@inami.fgov.be)
Avenue de Tervueren 211, 1150 Bruxelles, 02 739 71 11

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

(www.inasti.be, info@rsvz-inasti.fgov.be)
Place Jean Jacobs 6, 1000 Bruxelles, 02 546 42 11

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

(www.onafts.be, info.mediation@rkw-onafts.fgov.be)
Rue de Trèves 70, 1000 Bruxelles, 02 237 21 12

Office national de l'emploi (ONEM)

(www.onem.fgov.be, reglement@onem.be)
Boulevard de l'Empereur 7, 1000 Bruxelles, 02 515 41 11

Office national des pensions (ONP)

(www.onp.fgov.be, info@onp.fgov.be)
Tour du Midi, 1060 Bruxelles, ligne verte gratuite : 0800 50 256

Office national de sécurité sociale (ONSS)

(www.onss.fgov.be, contactcenter@eranova.fgov.be)
Place Victor Horta, 11, 1060 Bruxelles, 02 509 31 11

Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL)

(www.onssapl.fgov.be; com@onssapl.fgov.be)
Rue Joseph II, 1040 Bruxelles, 02 239 12 11

Office national des vacances annuelles (ONVA)

(www.onva.fgov.be, communications@onva.fgov.be)
Rue des Champs Elysées 12, 1050 Bruxelles, 02 627 97 65

Office de sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM)

(www.ossom.be, info@ossom.fgov.be)
Avenue Louise 194, 1050 Bruxelles, 02 642 05 11

Service des pensions du secteur public (SdPSP)

(www.sdpsp.fgov.be, cc@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 sur le site internet de votre administration communale (généralement <http://www.nomdelacomme.be>).

- 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 www.mc.be , alliance@mc.be
Union Nationale des Mutualités Libérales	Rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles Tél. 02 542 86 00 www.mut400.be , info@mut400.be
Union Nationale des Mutualités Libres	Rue Saint-Hubert 19, 1150 Bruxelles Tél. 02 778 92 11 www.mloz.be , info@mloz.be
Union Nationale des Mutualités Neutres	Chaussée de Charleroi 145, 1060 Bruxelles Tél. 02 538 83 00 www.mutualites-neutres.be , info@unmn.be
Union Nationale des Mutualités Socialistes	Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles Tél. 02 515 02 11 www.mutsoc.be , info@mutsoc.be

Vous pouvez également vous affilier à :

Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité	Rue du Trône 30A, 1000 Bruxelles Tél. 02 229 35 00 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

C.A.P.A.C.: Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage	Rue de Brabant 62, 1210 Bruxelles Tél. 02 209 13 13 www.capac.fgov.be , info@capac.fgov.be
C.G.S.L.B.: Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique	Boulevard Poincaré 72-74, 1070 Bruxelles Tél. 02 558 51 50 www.cgsלב.be , cgsלב@cgsלב.be
C.S.C.: Confédération des Syndicats Chrétiens	Chaussée de Haecht 579, 1030 Bruxelles Tél. 02 246 31 11 www.csc-en-ligne.be , csc@acv-csc.be
F.G.T.B.: Fédération Générale des Travailleurs de Belgique	Rue Haute 42, 1000 Bruxelles Tél. 02 506 82 11 www.fgtb.be , info@fgtb.be

- **Asbl Sigedis**

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

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

- **Fonds amiante** (AFA) (www.afa.fgov.be, info.fr@afa.fgov.be)

Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles, tél: 02 226 63 30

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

- La liste des **secrétariats sociaux** est publiée chaque année au Moniteur belge www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl (dernière publication 23 décembre 2010, page 81.770). Elle peut également être obtenue auprès du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles, tél. 0800 98 809

En cas de litige :

- La liste des **tribunaux du travail** est accessible à la page www.juridat.be/cgi_adres/adrf.pl. Elle peut également être obtenue auprès du Moniteur belge, rue de Louvain 40-42, 1000 Bruxelles, tél. 0800 98 809

- Le **Médiateur fédéral** est compétent notamment pour les réclamations relatives aux institutions de sécurité sociale (sauf pour les pensions) : (www.mediateurfederal.be, contact@mediateurfederal.be). 43 Rue Ducale, 1000 Bruxelles, tél. 0800 99 961 – 02 289 27 27

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

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

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

Les brochures peuvent être commandées :

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

Des textes plus détaillés concernant la sécurité sociale sont disponibles dans "l'Aperçu de la sécurité sociale en Belgique" (2010). Vous pouvez consulter cet ouvrage d'environ 600 pages en ligne à partir de la page <http://socialsecurity.fgov.be/fr/nieuws-publicaties/publicaties/beknopt-overzicht.htm>.

Coordination (juillet 2011): Didier Coeurnelle, fonctionnaire d'information, didier.coeurnelle@minsoc.fed.be, tél. 02 528 60 31.



Service public fédéral
Sécurité sociale

© 2011

SPF Sécurité sociale

Centre administratif
Tour des Finances
Boulevard du Jardin Botanique 50
1000 Bruxelles

Editeur responsable

Frank Van Massenhove