VIVRE EN BELGIQUE

LA PROTECTION SOCIALE

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la Communauté française et du Fond européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI)

TABLE DES MATIÈRES

UN OUTIL DE PROTECTION SOCIALE : LA SÉCURITÉ SOCIALE 4

LES PRESTATIONS FAMILIALES 18

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (AMI) 26

LA RÉPARATION DES RISQUES 38

PROFESSIONNELS 38

LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE 44

LES VACANCES 52

LES PENSIONS 56

L'AIDE SOCIALE ACCORDÉE PAR LES CPAS 66

BIBLIOGRAPHIE 76

FICHE 01

UN OUTIL DE PROTECTION SOCIALE : LA SÉCURITÉ SOCIALE

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

UN OUTIL DE PROTECTION SOCIALE : LA SÉCURITÉ SOCIALE

LA SÉCURITÉ SOCIALE C'EST QUOI ?

La sécurité sociale est un système d'assurance sociale qui comprend toutes les prestations auxquelles ont droit les assurés et qui ont pour objet de compléter ou remplacer le revenu professionnel du travailleur afin de le préserver des conséquences de certains risques sociaux.

Le terme « Assurance » implique la notion de risques contre lequel on désire se protéger. Dans le cadre de la sécurité sociale, il s'agit de **risques sociaux** c'est-à-dire, tout événement empêchant la personne d'avoir un revenu professionnel : la sécurité sociale lui assure alors un **revenu de remplacement ;** ou affectant le niveau de vie de la personne : le coût des soins de santé, la charge de famille qui alourdissent les dépenses des ménages, la sécurité sociale assure alors un **revenu de complément.**

On parle d'**assurance sociale** parce qu'il s'agit d'un système d'assurances (on cotise pour couvrir les risques que l'on pourrait rencontrer soi-même) mais qui diffère des assurances privées parce qu'il est **fondé sur la solidarité.**

Quand on souscrit une assurance privée, la prime est fonction de l'importance du risque et la compagnie d'assurance peut refuser de prendre en charge un risque certain (on n'assure pas quelqu'un qui est déjà gravement malade). Dans la sécurité sociale, les cotisations sont fonction des revenus : une personne présentant un risque élevé payera des cotisations en fonction de son revenu dans les mêmes proportions qu'une personne ne présentant qu'un risque faible.

Ainsi, ce système réalise une redistribution des revenus au sein de la société : des jeunes vers les vieux, des bien-portants vers les malades, de ceux qui ont du travail vers les chômeurs, des hommes vers les femmes.

On décide librement de prendre une assurance privée. Par contre, la sécurité sociale est obligatoire pour tous les travailleurs.

Grâce à la sécurité sociale, le taux de pauvreté en Belgique atteint les **14,6%**. Sans sécurité sociale, ce taux avoisinerait les 40.7%.[01]

[01]. http://www.statbel.fgov.be/fr/binaries/EU-SILC%20209_fr_tcm326-113041.pdf)

HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« **L'histoire de la sécurité sociale est indissociable de l'histoire de l'industrialisation mais aussi de l'histoire du mouvement ouvrier. La réponse à apporter au problème de l'insécurité d'existence va devenir l'enjeu d'une formidable lutte entre forces rivales de la société belge.** »[02].

PAUVRETÉ ET VULNÉRABILITÉ DE LA CLASSE OUVRIÈRE

La révolution industrielle du 19e siècle a favorisé l'essor économique de la Belgique mais a provoqué en même temps une pauvreté importante au sein de cette nouvelle classe qu'elle a créée : la classe ouvrière. Celle-ci, tirant son unique moyen de subsistance de la « location de sa force de travail », apparaît comme particulièrement vulnérable. D'autant plus que l'urbanisation et l'exode massif des populations des campagnes vers les villes ont entraîné la rupture des solidarités familiales et communautaires. L'industrialisation elle-même et le mode de production ont généré de nouvelles formes de malheur social : convulsions économiques entraînant le chômage, accidents du travail dus au machinisme, etc...

Le monde politique de l'époque, se conformant aux thèses libérales classiques, est opposé à toute intervention des pouvoirs publics dans ce qu'il considère comme un domaine privé. Et souvent, il explique la pauvreté par des arguments moraux et religieux. Si l'ouvrier qui ne peut plus travailler se trouve dans un état d'extrême dénuement, c'est parce qu'il a été imprévoyant et n'a pas épargné. Pour remédier à ce défaut de prévoyance, il faut l'éduquer.

Mais ce discours moralisateur nie une donnée fondamentale : les salaires des ouvriers sont tellement faibles qu'ils suffisent à peine à permettre leur subsistance et la propension à épargner est donc quasi nulle.

LES CAISSES DE SECOURS MUTUELS

Certains mécanismes de protection sociale existent cependant. Il y a des structures de bienfaisance, des hospices, des hôpitaux mais cette aide induit un rapport tutélaire où le pauvre est assimilé à un « enfant », situation inacceptable pour le mouvement ouvrier qui tentera, dès lors, de s'organiser lui-même.

Des caisses de secours mutuels sont créées à l'instigation d'ouvriers qualifiés, de bourgeois philanthropes ou de patrons ayant des préoccupations sociales. Mais gérées de manière élémentaire et regroupant un nombre trop restreint de membres, elles se révèlent incapables d'offrir des garanties sérieuses. L'État va donc intervenir pour faciliter la création et le développement de ces sociétés mutualistes.

[02]. Guy Vanthemsche, *La sécurité sociale*, éd. Deboeck Université, PolHis, Bruxelles, 1994

LE MODÈLE ALLEMAND

Sous la pression d'un mouvement ouvrier qui se développe et s'organise partout en Europe[01], le pouvoir politique va devoir intervenir dans la question sociale.

Ainsi, entre 1883 et 1889, le gouvernement allemand, dirigé par Bismarck, institue le premier système d'assurances sociales obligatoires dans les domaines de l'assurance maladie, des accidents de travail et de la vieillesse. L'objectif de Bismarck est, assez cyniquement, de répondre aux revendications ouvrières pour désamorcer le développement du mouvement socialiste.

DE LA LIBERTÉ SUBSIDIÉE AUX ASSURANCES SOCIALES OBLIGATOIRES

Le modèle allemand ne convainc pas l'État belge qui préfère adopter une politique fondée sur le principe de la liberté subsidiée : la personne décide librement de s'affilier et de cotiser et l'État accorde éventuellement une aide sous forme de subsides.

- **1898** : subsides aux mutuelles reconnues ;
- **1900** : loi sur l'assurance vieillesse qui met en place un système de pensions libres soutenues par des subventions de l'État.

À la fin du 19e siècle, des caisses de chômage apparaissent au sein des organisations syndicales[02] et sont soutenues par les pouvoirs locaux.

Mais ce système de liberté subsidiée s'avère incapable d'assurer une réelle sécurité d'existence à la classe laborieuse, la plupart des ouvriers restent « imprévoyants » et l'État doit se résoudre à mettre en place des assurances obligatoires :

- **1903** : première législation obligatoire consacrée aux accidents de travail ;
- **1911** : régime d'assurance vieillesse et décès obligatoire pour les mineurs.

La crainte d'une contagion de la révolution soviétique et le suffrage universel qui permet aux socialistes d'arriver au gouvernement belge vont favoriser le développement des assurances sociales obligatoires alimentées par des cotisations des patrons et des travailleurs.

- **1924** : assurance pension obligatoire pour les ouvriers (**1925** pour les employés) ;
- **1925** : indemnisation des maladies professionnelles ;
- **1930** : système obligatoire d'allocations familiales ;
- **1936** : congés payés.

[01]. 1864 : fondation à Londres de l'Association Internationale des travailleurs (A.I.T.), également appelé « Première Internationale » ; 1871 : « Commune de Paris » qui établit une organisation ouvrière de la ville et un gouvernement prolétarien.1885 : naissance du parti Ouvrier belge (POB), ancêtre du Parti socialiste.
[02]. Ces caisses syndicales expliquent l'importance du développement du syndicalisme en Belgique. En 1939 ± 1million de travailleurs étaient affiliés à une caisse syndicale de chômage.

LA MISE EN PLACE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : L'ARRÊTÉ-LOI DE 1944

Durant la Deuxième Guerre mondiale, patrons, représentants des syndicats et quelques hommes politiques vont négocier un **Pacte social** qui, en échange de la paix sociale, se propose de développer un système coordonné de **sécurité sociale moderne.** Il s'agit de « **Tout changer pour que rien ne change et faire disparaître la lutte des classes.** »[03].

Le projet définit le futur système de sécurité sociale autour de quatre axes :

- Rendre obligatoires l'assurance chômage et l'assurance maladie et conserver les structures déjà créées pour les pensions et les allocations familiales ;
- soumettre tous les salariés à l'assurance ;
- centraliser la perception des cotisations ;
- rendre les assurances sociales plus généreuses qu'avant-guerre pour qu'elles constituent un réel remplacement de revenus.

Ce projet va séduire le gouvernement belge revenu d'exil en septembre 1944 parce qu'il est très facile à mettre en œuvre. L'Arrêté-loi de 1944 innove donc très peu si ce n'est en créant un organisme unique de perception des cotisations (l'ONSS). Les dispositions légales en matière de pensions et d'allocations familiales sont celles d'avant-guerre, seules les prestations sont majorées. L'assurance maladie-invalidité et l'assurance chômage deviennent obligatoires mais on conserve les organes de prestations d'avant-guerre (les mutuelles et les syndicats).

L'ESSOR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les « trente glorieuses » (1944-1974) se caractérisent par un essor économique et social considérable mais aussi par une généralisation progressive de la condition salariale. Celle-ci devient la référence à partir de laquelle se déterminent les droits sociaux. Les indépendants eux-mêmes se définissant désormais aussi comme travailleurs, veulent bénéficier de la sécurité sociale. En 1967, naîtra donc un **régime de sécurité sociale pour les travailleurs indépendants.**

Certaines prestations (les soins de santé, les allocations familiales) couvrent progressivement l'ensemble de la population.

L'IMPACT DE LA CRISE ÉCONOMIQUE

Le premier choc pétrolier de 1974 va révéler de manière criante les faiblesses de l'économie occidentale : industrie vieillie très sensible à la hausse des prix de l'énergie et des matières premières, forte concurrence internationale…. Les entreprises ferment ou restructurent. Le chômage va connaître une croissance vertigineuse. La Sécurité sociale voit ses dépenses s'accroître alors que les recettes baissent.

[03]. Guy Vanthemsche, op. cit.

L'État, qui doit faire face à une dette publique considérable, va rétablir son équilibre budgétaire notamment en se désinvestissant progressivement du financement de la sécurité sociale. Son intervention passe de 30% du budget de la sécurité sociale à moins de 15%.

Pour compenser ce retrait, on augmentera les cotisations et on aura recours au financement alternatif constitué d'un pourcentage des recettes de TVA [01] affecté à la sécurité sociale et, depuis 2008, d'une petite partie des recettes du précompte mobilier.[02]

Durant les années de crise, on assiste également à une limitation des prestations et surtout à une différenciation selon la situation familiale. C'est l'apparition dans tous les secteurs de la sécurité sociale de la notion de « cohabitant » qui, parce qu'il peut compter sur un conjoint ayant des revenus, verra ses indemnités diminuées considérablement.

On rompt ainsi avec le principe même de l'assurance puisque les droits acquis ne dépendent plus uniquement des cotisations. On réintroduit aussi la notion de besoin.

Enfin, il est à noter que faire appel à la solidarité familiale, génère dépendance et reproduction des inégalités sociales mais aussi fraudes et contrôles.

LES ÉVOLUTIONS RÉCENTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'octroi des indemnités était lié au fait d'avoir cotisé et d'être confronté à la réalisation du risque. Cette légitimité est progressivement remise en question et il est exigé du bénéficiaire, principalement du chômeur, qu'il adopte une attitude responsable et s'engage à tout mettre en œuvre pour sortir de sa situation. C'est le principe de **l'activation** des allocations.

La sécurité sociale est aussi l'objet d'attaques idéologiques incessantes par les tenants du discours néolibéral largement dominants dans les institutions internationales[03] et qui voudraient lui substituer un modèle fondé sur l'assurance privée. De fait, progressivement, le taux de remplacement des prestations sociales (le rapport entre les prestations moyennes et le salaire moyen) s'est détérioré, incitant d'une part les particuliers à prendre des assurances complémentaires (épargne-pension, assurance hospitalisation etc…) et d'autre part l'État à prendre des mesures correctives visant uniquement les plus démunis et plus particulièrement les travailleurs pauvres.[04] « **À la place d'adapter les recettes (de l'État) aux dépenses, on a de plus en plus adapté les dépenses aux recettes comme dans une situation de rationnement.** »[05].

Cette évolution de la sécurité sociale n'a fait l'objet d'aucun réel débat au sein de la société.

[01]. Taxe sur la valeur ajoutée : taxe perçue sur le prix de vente des biens et services qui est payée par le consommateur.
[02]. C'est la première fois que les revenus du capital sont mis à contribution pour financer la sécurité sociale.
[03]. Certains auteurs parlent à ce propos du « Consensus de Washington » faisant référence aux politiques néolibérales préconisées par le FMI et la Banque mondiale mais aussi l'OCDE ou la Commission européenne
[04]. Apparition d'une allocation familiale complémentaire pour famille monoparentale à faibles revenus ; apparition du statut OMNIO etc…
[05].P. Feltesse, P. Reman, *Comprendre la sécurité sociale*, Couleur Livre, p 37

COMMENT EST ORGANISÉE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Le système de sécurité sociale mis en place en 1944 repose sur 4 principes fondamentaux :

- **le principe de l'assurance obligatoire pour tous les travailleurs ;**
- **le principe de la solidarité :** on ne cotise pas pour soi, il y a des transferts entre les catégories sociales ;
- **le principe de la séparation entre les régimes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants ;**
- **le principe de la gestion paritaire** : les organisations syndicales et patronales sont associées à la gestion de la sécurité sociale.

La sécurité sociale des travailleurs salariés comprend sept secteurs :

- l'assurance maladie invalidité ;
- l'assurance contre le chômage ;
- les allocations familiales ;
- les pensions ;
- les vacances annuelles des ouvriers ;
- les accidents de travail ;
- les maladies professionnelles.

La sécurité sociale des travailleurs indépendants est moins développée et comprend 4 secteurs :

- les pensions ;
- les allocations familiales ;
- l'assurance maladie invalidité ;
- l'assurance faillite.

Les fonctionnaires sont soumis à un régime distinct qui varie selon qu'ils soient nommés ou non, qu'ils travaillent dans une administration locale (communes et provinces) ou non sauf pour l'assurance soins de santé qui est la même que celle des travailleurs salariés.

Chaque branche de la sécurité sociale a conservé une grande autonomie.

COMMENT EST FINANCÉE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

La Sécurité sociale est financée par les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs et des subventions de l'État.

LES COTISATIONS SOCIALES

Les cotisations sociales sont la principale source de financement de la sécurité sociale (68%[01]).

SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Les travailleurs d'une part, les employeurs d'autre part, payent des cotisations calculées proportionnellement au salaire brut des travailleurs.[02]

Ces cotisations sont prélevées par l'ONSS (Office national de sécurité sociale) et ensuite réparties dans les différents secteurs.

SECTEURS	COTISATIONS TRAV (%)	COTISATIONS PATRON (%)	COTISATIONS TOTALES(%)
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	13,07	24,77	37,84

Sources : http://www.socialsecurity.fgov.be/fr/over-de-fod/sociale-zekerheid-kort/hœveel-werknemers.htm (01/01/10)

[01]. P Feltesse, P Reman, in *Comprendre la sécurité sociale*, Couleur livres, 2006 p.62
[02]. On distingue le salaire brut qui est celui défini dans le contrat, le salaire coût qui représente ce que le travailleur coûte réellement à l'employeur (le salaire brut + les cotisations patronales + les assurances) et enfin le salaire net qui est le salaire versé au travailleur après déduction des cotisations et du précompte professionnel.

Les employeurs doivent payer encore d'autres cotisations sociales :

- La cotisation dite de modération salariale de **7,48** % ;
- Une cotisation pour le fonds de fermeture d'entreprises de **0,25 %** (pour les entreprises qui occupent 1 à 19 travailleurs) ou **0,29 %** (pour les entreprises qui occupent 20 travailleurs ou plus) ;
- Une cotisation de **0,05%** pour développer l'accueil des enfants ;
- Une cotisation de **0,10%** pour développer des politiques d'insertion professionnelle des groupes à risque (les personnes peu qualifiées, les personnes handicapées, les jeunes sans expérience etc…)
- Une cotisation supplémentaire de **1,69 %** pour ceux qui emploient 10 travailleurs ou plus ;
- Pour les ouvriers, l'employeur paye également une cotisation de **6%** pour financer les vacances annuelles.

SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Les travailleurs indépendants doivent verser une cotisation de sécurité sociale trimestrielle à la caisse d'assurances sociales à laquelle ils sont affiliés. Cette cotisation est calculée sur la base des revenus professionnels nets du travailleur indépendant perçus durant la 3e année civile (l'année de référence) qui précède l'année de payement de la cotisation.

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

INDÉPENDANTS À TITRE PRINCIPAL	COTISATIONS
Début d'activité	
Jusqu'au dernier trimestre de la 1ère année civile comprenant 4 trimestres	645,62€ par trim
4 trimestres suivants	661,27 €
4 trimestres suivants	677,117 €
À partir de la 4e année civile complète	
Sur les revenus entre 12129,76€ et 52378,55€	22% par an
Sur les revenus entre 52378,55€ et 77189,40€	14.16% par an

Sources : http://www.socialsecurity.fgov.be/docs/fr/specifieke_info/zelfstandigen/cotisations-2012.pdf

L'INASTI (Institut national d'assurances sociales des travailleurs indépendants) contrôle l'ensemble du système et veille à ce que tous les travailleurs indépendants payent régulièrement leurs cotisations.

Un indépendant qui connaît des difficultés passagères peut demander à la Commission de dispense des cotisations, de ne pas devoir payer ses cotisations pendant quelques temps.

LES SUBSIDES DE L'ÉTAT : 10,4%

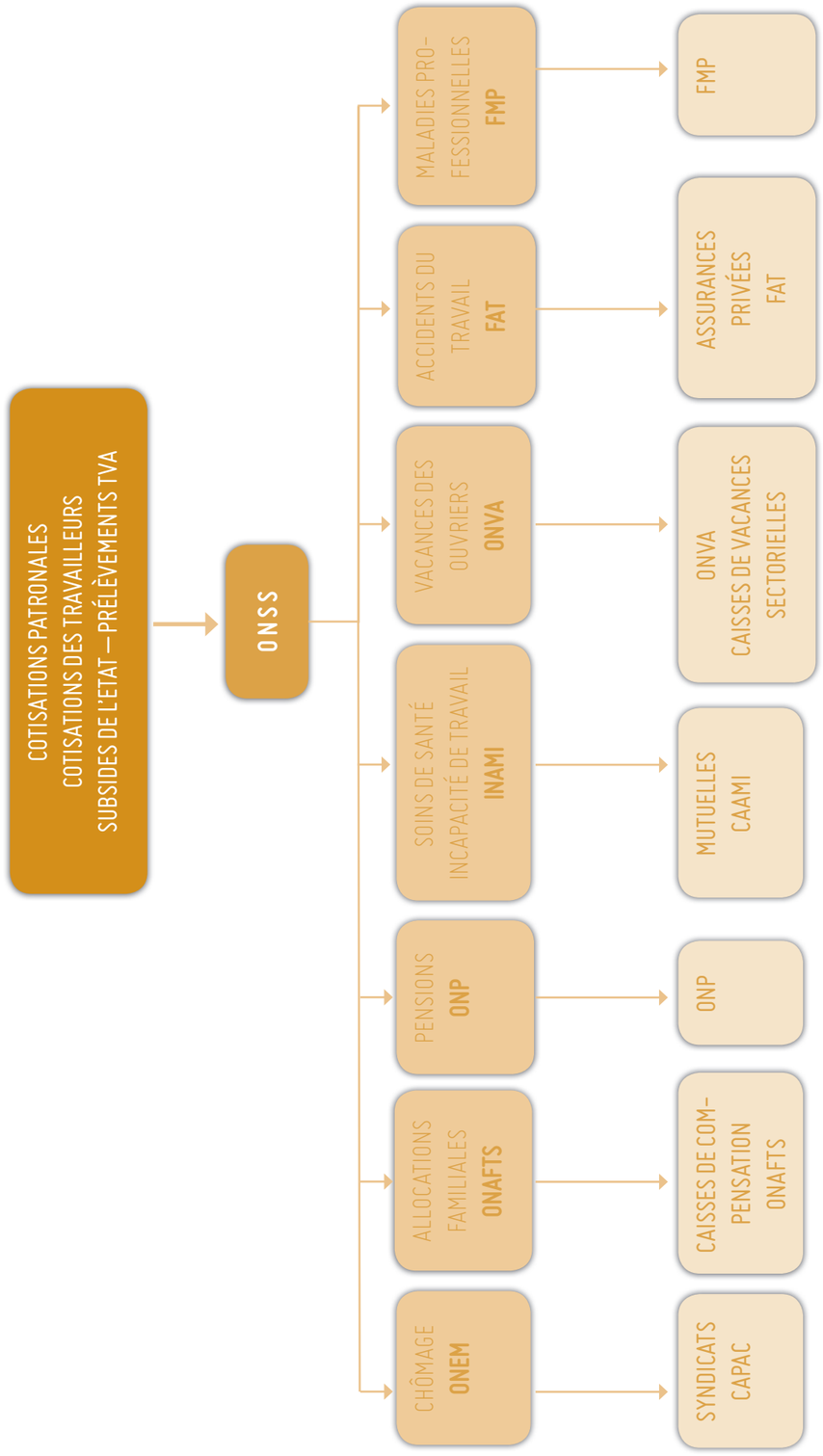
L'État intervient dans le financement pour assurer la stabilité du système et éponger les déficits chroniques dans certains secteurs et pour compenser l'extension de la solidarité à des catégories qui ne cotisent pas directement.

LE FINANCEMENT ALTERNATIF : 21,6%

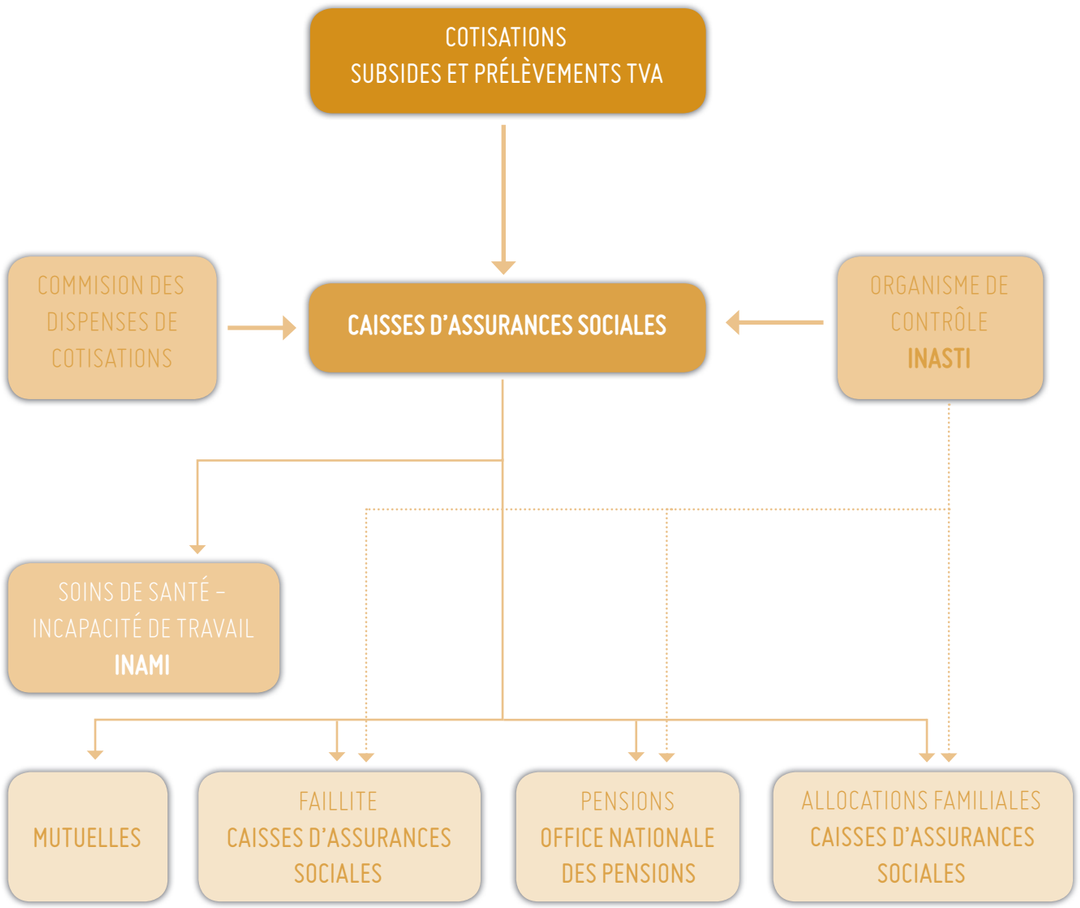
Le financement alternatif est constitué d'un pourcentage des recettes de la TVA. [01]

[01]. La taxe sur la valeur ajoutée (TVA) est un impôt indirect sur la consommation.

ORGANISATION DU RÉGIME DES TRAVAILLEURS SALARIÉS



ORGANISATION DU STATUT SOCIAL DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS



ET POUR CEUX QUI N'ONT PAS DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Pour ceux qui ne peuvent avoir droit à la sécurité sociale, il existe un second filet de protection sociale : **l'aide sociale** (ou assistance sociale).

L'aide sociale est accordée à des personnes qui ne disposent pas de revenu ou des revenus très faibles sans qu'on leur demande d'avoir travaillé et cotisé auparavant.

Parmi ces aides, on trouve le Revenu d'intégration sociale (RIS) et l'aide sociale accordés par les CPAS, les allocations pour les personnes handicapées, la garantie de ressources aux personnes âgées (GRAPA), les prestations familiales garanties.

C'est un **droit résiduaire** qui ne s'ouvre qu'à défaut de droit à la sécurité sociale et après enquête sur l'état de besoin. Pour y avoir droit, il faut avoir des revenus faibles.

Nous développerons l'aide sociale plus loin. (fiche 8)

LA CHARTE DE L'ASSURÉ SOCIAL

Les administrations qui mettent en œuvre la protection sociale (l'ONEM, les CPAS, l'INAMI etc…) doivent respecter certaines règles qui protègent le citoyen. Ces règles sont définies dans la Charte de l'assuré social.

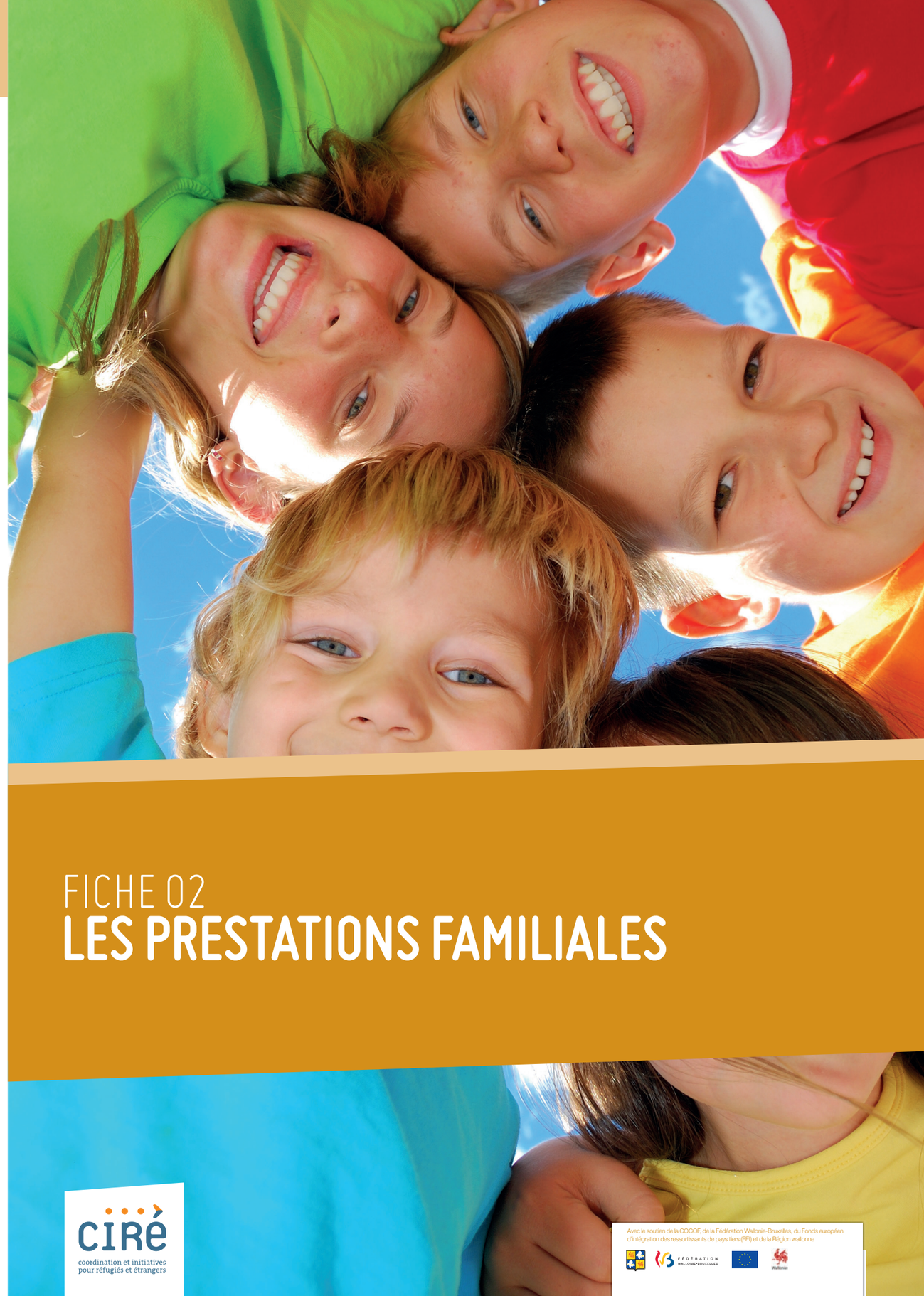
- **Devoir d'information** : L'administration est tenue d'informer la population le plus clairement possible de ses droits. Un assuré social peut poser lui-même des questions spécifiques à une administration. L'administration doit prendre elle-même des initiatives pour informer la population.
- **Devoir de traitement des dossiers dans un délai court** : L'administration devra répondre à toute demande de prestations dans les plus brefs délais. La décision devra être communiquée dans les **quatre mois.** La prestation doit être payée dans les quatre mois suivants. En cas de retard, l'administration devra payer des **intérêts** au bénéficiaire.
- **Devoir de transmission :** Lorsqu'une administration n'est pas compétente pour traiter une demande, elle doit elle-même transmettre cette demande à l'administration compétente. C'est la date de réception auprès de la première administration qui vaut comme date d'introduction

- **Mentions obligatoires dans les décisions** : L'administration doit mentionner dans toutes les décisions envoyées à l'assuré social les références du dossier, les éléments juridiques qui justifient sa position, les modalités de recours, etc.
- **Révisions des décisions incorrectes :** Si l'administration découvre qu'elle a fait une erreur, une nouvelle décision sera prise. Si cette nouvelle décision est négative pour l'assuré social (par exemple si, après la révision, la prestation est moins importante qu'avant), la décision n'aura aucune force rétroactive (elle ne vaut que pour le futur). Ce n'est qu'au cas où la décision initiale plus avantageuse aurait été obtenue par fraude de la part de l'assuré social que celui-ci devra rembourser les prestations qu'il a reçues indûment.
- **Droit de recours :** Les décisions prises par une administration gérant la protection sociale peuvent toujours être contestées devant le **Tribunal du travail**. Le délai de recours auprès d'un tribunal est de **trois mois.**

UN GRAND DISPOSITIF D'ÉQUIPEMENT SOCIAL

À coté de la sécurité sociale et de l'aide sociale, les pouvoirs publics soutiennent également financièrement un très grand nombre d'initiatives sociales développées notamment par des associations (les asbl). Les domaines d'intervention de ces institutions sont très variés : l'aide aux familles, à la jeunesse, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux justiciables, l'aide à la recherche d'emploi, l'aide au logement, la prévention psycho-médico-sociale etc… [01]

[01]. Énumérer toutes ces initiatives est impossible ici tellement elles sont nombreuses et diversifiées. Le lecteur pourra se référer utilement au Guide sociale http://www.guidesocial.be/



FICHE 02

LES PRESTATIONS FAMILIALES

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

LES PRESTATIONS FAMILIALES

Les allocations familiales sont une initiative patronale. Dès 1915, certains charbonnages accordent une allocation pour la femme et les enfants des ouvriers. Après la Première Guerre mondiale, des industriels français créent des caisses de compensation qui mutualisent l'avantage et évitent de déforcer le patron qui aurait un personnel trop généreusement procréateur. Ils seront imités par des industriels belges. La Loi du 4 août 1930 va généraliser l'octroi des allocations à tous les travailleurs et poser les bases du système qu'on retrouve encore aujourd'hui.

De ses origines patronales, le secteur prestations familiales de la sécurité sociale garde des traces : seuls les employeurs financent le secteur et la caisse de compensation qui paiera les allocations est choisie par le patron du travailleur qui ouvre le droit.

QUI OUVRE LE DROIT ? : « L'ATTRIBUTAIRE »

L'attributaire est la personne qui, par son travail ou sa situation sociale, ouvre le droit aux allocations pour les enfants dont elle a la charge.

Il s'agit des personnes qui sont occupées par un employeur en Belgique en tant que **salariés**.

Les anciens travailleurs peuvent également prétendre à des allocations familiales : les chômeurs, les personnes indemnisées par l'assurance maladie invalidité ou dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles, les pensionnés, le détenu.

Les personnes qui reçoivent une allocation d'**handicapé** ouvrent également le droit à des allocations familiales pour leurs enfants ainsi que les **étudiants** âgés de - de 25 ans et résidant en Belgique depuis au moins 5 ans si aucune autre personne ne peut ouvrir le droit aux allocations familiales.

L'attributaire est le plus souvent **le père** de l'enfant. Si celui-ci n'ouvre pas de droit aux allocations familiales, on recherche dans la famille une autre personne qui puisse ouvrir ce droit. Cela peut être **la mère ou le beau-père ou la belle-mère**.

Si aucune de ces personnes n'ouvre le droit, alors on voit du coté des **grands-parents**, des **oncles** et **tantes** mais ceux-ci doivent partager le même domicile que l'enfant depuis 3 mois au moins.

Enfin, **le frère** ou **la sœur** de l'enfant peuvent être attributaires si l'enfant n'est pas bénéficiaire d'une quelconque autre manière.

L'enfant orphelin devient son propre attributaire tant que le parent survivant ne s'est pas mis en ménage**.**

QUELS SONT LES ENFANTS « BÉNÉFICIAIRES » ?

Pour bénéficier d'allocations familiales, l'enfant doit répondre à des conditions d'âge et d'activité.

Ont droit ainsi aux allocations familiales :

- les enfants en âge d'obligation scolaire (moins de 18 ans) ;
- les enfants handicapés jusqu'à l'âge de 21 ans ;
- les enfants en « contrat d'apprentissage classe moyenne » jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- les enfants qui poursuivent des études jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- les enfants en stage d'attente des allocations de chômage jusqu'à l'âge de 25 ans.

Les enfants doivent en principe résider effectivement en Belgique.

QUI REÇOIT LES ALLOCATIONS ? : « L'ALLOCATAIRE »

Il s'agit en général de **la mère**.

Dans le cas de conjoints divorcés ou séparés, la mère reste l'allocataire y compris en cas de garde partagée ou lorsque les enfants sont répartis chez l'un et l'autre parent.

Le père qui aurait le même domicile que l'enfant peut devenir allocataire. Il devra en faire la demande expresse à la caisse d'allocations familiales et fournir une composition de ménage.

Il peut être également décidé que les allocations familiales seront versées sur un compte commun.

L'enfant peut percevoir lui-même les allocations s'il est marié, émancipé ou si, ayant atteint l'âge de 16 ans, il a un domicile séparé.

QUELS SONT LES AVANTAGES OCTROYÉS ?

L'ALLOCATION DE NAISSANCE

Il s'agit d'une prime qui est accordée lors de la naissance d'un enfant.

Le montant diffère selon le rang de l'enfant.

1e enfant	1.199,10€
chaque enfant issu d'une naissance multiple	1.199,10€
2e enfant et suivants	902,18€

Sources :http://rkw.fgov.be/Fr/Documentation/Amount/_pages/amountAllowance_0103.php (au 05/04/12)

En cas de naissance multiples, tous les enfants sont considérés comme des enfants de premier rang.

Lorsque l'enfant naît d'un ménage où l'un des parents a eu déjà un enfant et l'autre pas, c'est le régime le plus favorable qui s'applique.

L'enfant pour lequel une prime d'adoption a été versée (voir + loin) n'entre pas en ligne de compte.

L'allocation de naissance peut être demandée dès le 6e mois de grossesse et est versée dans les deux mois précédant la date présumée de la naissance.

L'allocation de naissance est également accordée pour un enfant mort-né ou lors d'une fausse-couche intervenue après 180 jours de grossesse.

LA PRIME D'ADOPTION

Il doit exister un acte d'adoption. L'adoptant ou son conjoint doit remplir les conditions d'attributaire.

L'enfant doit faire partie du ménage et remplir les conditions pour pouvoir bénéficier d'allocations familiales (âge, vivre en Belgique...)

Le montant de la prime d'adoption est de 1152,57€.

LA PRIME DE RENTRÉE SCOLAIRE

Il s'agit d'une prime payée durant le mois d'août pour faire face aux frais de rentrée scolaire.

	MONTANTS ACCORDÉS EN 2009
Enfant de 0 à 5 ans	27,06 €
Enfant de 6 à 11 ans inclus	57,44 €
Enfant de 12 à 17 ans inclus	80,41 €
Enfant de 18 à 24 ans inclus	108,25 €

Sources : http://www.onafts.be/Fr/Documentation/Amount/_pages/amountAllowance_0102.php

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Il s'agit d'une allocation versée mensuellement. Le montant[01] dépend de nombreux éléments :

01. **du nombre d'enfants** :

→ Les montants de l'allocation de base sont moins élevés pour le 1er enfant et augmentent pour les suivants.

→ L'orphelin a une allocation de base plus importante qui ne varie pas selon le rang.

02. **de leur âge** :

→ À 6 ans, 12 ans et 18 ans, un supplément d'âge est accordé.

03. **de la situation sociale de l'attributaire :**

→ Si l'attributaire est au chômage depuis 7 mois au moins, en incapacité de travail depuis plus de 6 mois ou à la pension et que les revenus du ménage ne dépassent pas 2.261€ par mois (2.187,00 € si l'attributaire vit seul avec l'enfant), l'allocation familiale sera plus élevée.

[01]. Pour connaître les montants des allocations familiales v le site de l'ONAFTS http://rkw.fgov.be/Fr/Documentation/Amount/_pages/amountAllowance_0103.php

04. de la situation de l'allocataire

→ On accorde un supplément aux familles monoparentales dont les revenus mensuels bruts sont inférieurs à 2.187,00€. Ce supplément ne peut être cumulé avec celui qui est accordé quand l'attributaire est au chômage, à la pension ou en incapacité de travail

05. du handicap de l'enfant

L'enfant handicapé a droit à une allocation complémentaire qui varie en fonction de l'importance du handicap. Celui-ci est évalué sur la base de 3 piliers :

a. les conséquences physiques et mentales du handicap ou de l'affection ;

b. les conséquences pour la participation de l'enfant à la vie quotidienne (mobilité, capacité d'apprentissage, hygiène corporelle, etc.) ;

c. les conséquences pour le ménage (traitement médical, déplacements nécessaires, adaptation de l'environnement, etc.).

QUI PAYE LES ALLOCATIONS FAMILIALES ?

Tout employeur qui occupe du personnel dans les liens d'un contrat de travail doit s'affilier à une **caisse de compensation**. C'est donc la caisse de compensation choisie par le patron de l'attributaire qui versera les prestations familiales.[01]

Pour les chômeurs, les pensionnés, les personnes bénéficiant d'une indemnité payée par l'assurance maladie invalidité, c'est la caisse du dernier employeur qui est compétente.

Pour certaines catégories d'attributaire qui n'ont jamais eu d'employeur, c'est l'ONAFTS qui sera compétent : les étudiants, les handicapés, les jeunes chômeurs après leurs études. Certains secteurs d'activité ou les employeurs de certaines catégories de personnel ont l'obligation de s'affilier à l'ONAFTS (HORECA, employeurs de travailleurs domestiques,...).

ET LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ?

Globalement, il n'y a pas de grandes différences entre le régime des salariés et celui des indépendants.

[01]. Pour consulter la liste des caisses de compensation v le site de l'ONAFTS
http://rkw.fgov.be/Fr/Info/Agencies/agencyListNumber.php

Notons cependant que le montant de l'allocation ordinaire accordée au premier enfant est inférieur à celui accordé au premier enfant d'un travailleur salarié. (TS : 88,51€ TI : 82,78€) D'autre part, l'enfant unique ou dernier-né ne peut prétendre à un supplément d'âge.

L'attributaire est généralement le père, l'allocataire également.

LES PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES

Il s'agit ici d'un régime résiduaire pour les enfants qui ne peuvent bénéficier d'allocations familiales dans le cadre d'un régime belge ou étranger ou qui reçoivent des allocations dont le montant est inférieur à celui accordé à un enfant de travailleur indépendant.

Ex : L'enfant qui vit seul avec sa mère au CPAS.

QUI PEUT DEMANDER LES PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES ?

- Toute personne qui supporte la charge exclusive ou principale d'un enfant (plus de la moitié du coût).
- Cette personne doit résider sur le territoire belge durant les 5 dernières années.
- Exception : Les personnes de nationalité belge ou européenne (EEE)[02]. (les apatrides et les réfugiés reconnus, les ressortissants des États ayant ratifié la Charte sociale européenne ne doivent pas répondre à la condition de 5 ans de résidence.)
- Les prestations familiales garanties ne seront accordées qu'après enquête sur les ressources du demandeur qui ne peuvent dépasser un certain montant qui varie selon le nombre d'enfants. (ex 3.983,07€/trimestre pour une famille avec un enfant ; 4.779,68€/trimestre pour une famille avec deux enfants etc…)[03]

QUELLES CONDITIONS DOIVENT REMPLIR LES ENFANTS BÉNÉFICIAIRES ?

- L'enfant doit résider sur le territoire belge ;
- L'enfant ne bénéficie d'aucune allocation familiale de droit belge ou étranger ;
- L'enfant est exclusivement ou principalement à charge du demandeur ;
- L'enfant doit répondre aux mêmes conditions d'âge et d'activité que l'enfant bénéficiaire d'A.F.

[02]. L' Espace économique européen réunit les 27 États de la communauté européenne et l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège
[03]. Pour connaître les montants des ressources pour avoir droit aux prestations familiales v site de l'ONAFTS
http://rkw.fgov.be/Fr/Documentation/Amount/_pages/amountAllowance_0204.php

QUEL EST LE MONTANT DES PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES ?

1/ L'ENFANT NE JOUIT D'AUCUNE ALLOCATION

Les montants sont identiques aux allocations accordées dans le régime des travailleurs salariés.

Un supplément social est accordé. Il est équivalent à celui consenti aux attributaires chômeurs depuis 7 mois au moins.

2/ L'ENFANT JOUIT DÉJÀ D'ALLOCATIONS MAIS D'UN NIVEAU TRÈS FAIBLE.

Les prestations familiales garanties correspondent alors à la différence entre les montants perçus et l'allocation accordée à un enfant de travailleur indépendant.

OÙ DEMANDER LES PRESTATIONS FAMILIALES GARANTIES ?

C'est l'ONAFTS qui est compétente pour instruire les dossiers et verser les prestations familiales garanties.

FICHE 03

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (AMI)

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ (AMI)

L'assurance maladie-invalidité couvre trois risques différents :

- les soins de santé ;
- l'incapacité de travail ;
- le congé de maternité.

ORGANISATION ADMINISTRATIVE DE L'AMI

Comme dans les autres secteurs de la sécurité sociale, on retrouve une structure à deux niveaux : un organisme de gestion du secteur : l' INAMI, et des organismes directement en contact avec les assurés dispensant les prestations que l'on appelle **organismes assureurs**.

Il s'agit de la CAAMI (caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) et des mutuelles.

Ces mutuelles se regroupent en 5 fédérations qui représentent les diverses tendances de la société belge :

- L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes ;
- L'Union nationale des Fédérations mutualistes neutres ;
- L'Union nationale des mutualités socialistes ;
- L'Union nationale des mutualités libérales ;
- L'Union nationale des mutualités professionnelles et libres .

Ces mutuelles sont les héritières des caisses de secours mutuel créés au XIXe siècle et reconnues par l'État dès 1851.

L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

QUI A DROIT À L'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ ?

L'assurance soins de santé tente de couvrir l'ensemble de la population. Dans ce secteur, il n'y a plus de distinction entre les travailleurs salariés et les indépendants.

On distingue deux catégories d'ayants droit : **les titulaires et les personnes à charge.**

1) LES TITULAIRES

Ils ont un droit personnel parce qu'ils ont versé des cotisations pour l'assurance soins de santé soit prélevées sur leur salaire, soit payées directement.

Le régime général concerne :

- **les travailleurs (salariés, indépendants et fonctionnaires)** ;
- **les travailleurs assimilés** qui perçoivent une indemnité dans le cadre de la sécurité sociale. Ex : les chômeurs, les pensionnés... ;
- **les handicapés** reconnus par l'INAMI, par le Ministère des Affaires sociales ou percevant des allocations familiales majorées d' handicapé ;
- **les étudiants de plus de 25 ans** ;
- **les résidents.**

Par résident, on entend toutes les personnes qui n'entrent pas dans les autres catégories et qui ne peuvent prétendre à un autre régime de soins de santé belge ou étranger.

Les résidents doivent payer une cotisation personnelle variable selon le montant de leurs de revenus.

2/ LES PERSONNES À CHARGES

Elles ont un droit dérivé qui découle du lien familial avec un titulaire. Il s'agit :

- **du conjoint** y compris le conjoint séparé si celui-ci a un enfant à charge ou reçoit une pension alimentaire ;
- **de la personne cohabitante ;**
- **des enfants jusqu'à l'âge de 25 ans** à charge du titulaire ou de son conjoint ;
- **des ascendants** du titulaire ou de son conjoint résidant avec lui ou résidant dans une maison de repos ou en hôpital.

La personne à charge ne peut avoir des revenus supérieurs à 2265,49 €/trim. (au 01/04/12)[01]

[01]. http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/authorized-incomes/index.htm

QUELLES SONT LES PRESTATIONS OCTROYÉES ?

1/ REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS REPRISES DANS LA NOMENCLATURE DES SOINS

L'assurance soins de santé prévoit des interventions dans le coût des soins de santé préventifs et curatifs. Ces soins sont énumérés dans une liste appelée **nomenclature** qui définit également quelles sont les conditions auxquelles les prestations de santé doivent répondre pour pouvoir faire l'objet d'un remboursement (qualification du prestataire de soins, durée des prestations, fréquences,...).

Cette intervention est partielle. Une part du coût reste à charge du patient, c'est ce qu'on appelle le **ticket modérateur**.

D'autre part, cette intervention ne s'effectue pas sur base des honoraires effectivement payés mais sur base de montants définis par les **conventions entre mutuelles et organisations professionnelles du corps médical et paramédical.** Les prestataires de soins qui ont accepté l'accord ou la convention s'engagent à respecter ces montants. Les autres, non conventionnés fixent librement leurs honoraires. Les patients qui font appel à des prestataires de soins non conventionnés pourront également recevoir une intervention de l'AMI mais cette intervention sera fondée sur les montants établis dans les conventions.

2/ L'INTERVENTION MAJORÉE

Certaines catégories de personnes bénéficient d'un **régime préférentiel** qui prévoit des taux de remboursement plus importants :

- les **VIPO (veufs, invalides, pensionnés et orphelins, les chômeurs complets de longue durée, les familles monoparentales, les bénéficiaires d'une allocation de chauffage)** qui établissent disposer de revenus imposables[01] inférieurs à 16.306,33€ + 3.018,74€ par personne à charge (au 01/04/12).[02]
- les bénéficiaires du Revenu d'intégration sociale de l'aide sociale, de la GRAPA (garantie de revenu aux personnes âgées), d'une allocation pour handicapé ou d'allocations familiales majorées d' handicapé ;
- les personnes répondant au « **statut OMNIO** » qui accorde le droit à l'intervention majorée à des personnes dont les revenus imposables sont faibles et ne dépassent pas 15.606,71€ pour une personne isolée. Ce montant est augmenté de 2 889,22€ par personne supplémentaire dans le ménage du demandeur. (au 01/04/12)[03]

ON DÉSIGNE TOUTES CES PERSONNES PAR LE TERME « BIM », BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION 3/ LE TIERS PAYANT

Il existe deux modes d'intervention : soit le patient paye l'entièreté de la prestation et est remboursé ensuite par la mutuelle, soit il ne paie que le ticket modérateur et la mutuelle paye directement la différence au prestataire de soins, c'est **le système du tiers payant**.

Le tiers payant est d'application en cas d'hospitalisation et dans la prise en charge des frais pharmaceutiques.

[01]. par revenu imposable on entend le revenu tel qu'il figure dans l'avertissement extrait de rôle voir à ce propos http://www.belgium.be/fr/impots/impot_sur_les_revenus/particuliers_et_independants/revenus_imposables/
[02]. http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/SANTH_4_4_1.htm
[03]. http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/medical-cost/general/omnio/faq.htm

Pour les autres prestations (consultation, soins dentaires aux adultes, visites,....), l'application du tiers payant est limitée : Certaines institutions ont la possibilité de pratiquer le tiers payant pour tous les patients : plannings familiaux, centres de santé mentale, centres actifs en matière de toxicomanie,...

Certains patients, en raison de leur situation sociale, peuvent se voir appliquer le tiers payant : les BIM ou les chômeurs complets indemnisés depuis plus de 6 mois, isolés ou chefs de ménages,...

Le médecin généraliste conventionné pratique le tiers payant pour toutes les consultations lorsque le patient en a exprimé la demande. Le médecin non conventionné peut suivre la même procédure mais il n'y est pas obligé.[04]

4/LE MAF OU MAXIMUM À FACTURER

Pour s'assurer que les frais de santé à charge d'une famille ne dépassent pas un certain seuil a été mis en place le **« Maximum à facturer » :** un plafond maximum de dépenses de santé (sommes de tickets modérateurs) est fixé pour chaque catégorie de ménage selon le statut social et le niveau de revenu.

BÉNÉFICIAIRES	MONTANT MAXIMUM DU TICKET MODÉRATEUR À CHARGE DU PATIENT
MAF social (RIS, handicapés, GRAPA, VIPO, OMNIO,...)	450 €
Ménages disposant de revenus < 16 106,04 €	450 €
Ménages disposant de revenus > 16 106,04 € et < 24 760,02	650 €
Enfants de moins de 19 ans	650 €
Ménages disposant de revenus > 24 760,02 € et < 33 414,03€	1.000 €
Ménages disposant de revenus > 33 414,03 € et < 33 414,03€	1.400 €
Ménages disposant de revenus > 33 414,03€	1.800 €

(au 01/04/2012)

Ces plafonds sont diminués de 100 EUR par ménage si un membre du ménage a supporté individuellement 450 EUR de tickets modérateur durant les 2 années calendriers précédentes.

[04]. http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/09334C68-E08B-4AAB-ABBC-6B1A28CF6C22/0/5Ticketmodrateur.pdf

5/ MESURES EN FAVEUR DES MALADES CHRONIQUES[01]

Les personnes atteintes d'une **maladie chronique** peuvent obtenir une allocation forfaitaire. Elles doivent prouver que durant deux années consécutives, elles ont pris à leur charge plus de 450 € de ticket modérateur (365 € pour les BIM).

Pour en bénéficier, il faut en outre, dans le courant de l'année concernée, se trouver dans une situation de dépendance.

Le montant de cette intervention forfaitaire varie en fonction du degré d'autonomie, soit 275,83 à 413,75 ou 551,65 €

D'autre part, pour les personnes atteintes d'incontinence, une intervention annuelle de 453,24€ est accordée.

6/ LES SOINS EXCEPTIONNELS ET LE FONDS SPÉCIAL DE SOLIDARITÉ

Le **fonds spécial de solidarité** est un filet de protection supplémentaire qui permet à des patients qui se trouvent dans des conditions médicales particulières, de continuer à se soigner lorsque les prestations médicales requises ne sont pas prises en charge par l'AMI.

Le fonds intervient donc dans les cas suivants :

- **maladie rare** (qui touche 1 personne/2000) ;
- **indication rare** (ex : une chimiothérapie pour une autre maladie que le cancer) ;
- **technique médicale innovante** qui apporte un progrès effectif (un nouveau type de matériel ;
- **coûts supplémentaires liés au traitement médical des enfants de moins de 19 ans atteints de maladies chroniques** (dialyse, cancer,…). Par coûts supplémentaires, on entend les coûts supérieurs à 650€ /an qui n'ont pas été pris en charge par l'assurance soins de santé ;
- **soins de santé à l'étranger** (ainsi que les frais de voyage et les frais de séjour pour le bénéficiaire et les personnes qui l'accompagnent).

[01]. v à ce propos http://www.mutsoc.be/mutsoc/actualites/forfaits-soins.htm

Il doit s'agir de soins onéreux, traitant une affection rare portant atteinte aux fonctions vitales ou fortement invalidante. Ces soins ont un caractère absolu (pas d'autre alternative) et une valeur scientifique reconnue. Ils doivent avoir dépassé le stade expérimental. Ils doivent être prescrits par un médecin spécialiste dans le traitement de l'affection en question.

Une demande spéciale devra être introduite auprès du médecin-conseil de la mutuelle. Le médecin-conseil soumet ensuite le dossier à la direction médicale de la mutuelle puis au Collège des médecins-directeurs institué par l'INAMI. S'il y a accord, l'intervention est prise en charge par le **Fonds spécial de solidarité.**

L'ASSURANCE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

L'assurance incapacité de travail distingue deux moments : l'**incapacité de travail primaire** qui correspond à la première année d'incapacité et l'**invalidité** qui survient après un an.

QUI A DROIT ?

Contrairement à l'assurance soins de santé, il n'y a pas de droit dérivé dans le secteur incapacité de travail. Les personnes à charge ne peuvent bénéficier de cette assurance qui ne concerne donc que les travailleurs salariés et les chômeurs indemnisés. Les travailleurs indépendants peuvent aussi bénéficier d'indemnités en cas d'incapacité de travail mais celles-ci sont plutôt réduites.

Pour pouvoir bénéficier de cette assurance, il faut être affilié à une mutuelle et accomplir un stage de 6 mois (durant lesquels on paye des cotisations sans pouvoir obtenir de prestations).

Certaines catégories de titulaires sont dispensées de stage : les étudiants qui ont terminé leurs études, les anciens détenus qui retrouvent leur qualité de titulaire dans les 30 jours.

Certaines catégories bénéficient d'un stage plus court : les femmes rentrantes, les indépendants devenant salariés.

À QUELLES CONDITIONS PEUT-ON ÊTRE INDEMNISÉ ?

1) IL FAUT ÊTRE RECONNU INCAPABLE DE TRAVAILLER :

- avoir cessé toute activité ;
- cette cessation doit résulter de troubles ou lésions fonctionnels ;
- les troubles et lésions fonctionnelles doivent diminuer la capacité de gain de 66%.

2) IL FAUT DÉCLARER L'INCAPACITÉ

Il faut déclarer l'incapacité de travail auprès de l'organisme assureur dans les **deux jours calendrier**. Cependant les travailleurs bénéficiant d'un salaire garanti[01] disposent d'un délai plus long : l'ouvrier doit avertir la mutuelle de son incapacité dans les 14 jours, l'employé a 28 jours. Si ce délai n'est pas respecté, les indemnités d'incapacité de travail seront réduites de 10% entre le premier jour indemnisable et la date de réception du certificat.

La déclaration se fait au moyen d'un certificat d'incapacité de travail complété par un médecin.

Pendant la période d'incapacité primaire, l'état d'incapacité sera vérifié par le médecin-conseil de la mutuelle qui examinera le patient. L'invalidité est vérifiée par le Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI sur base d'un rapport du médecin-conseil de la mutuelle.

QUELLES SONT LES INDEMNITÉS OCTROYÉES ?

L'indemnité représente un pourcentage du salaire brut journalier. Elle est de maximum de 75,89€/jour (au 01/02/12). Elle est payée pour tous les jours ouvrables de la semaine, le samedi compris.

	TITULAIRE AYANT DES PERSONNES À CHARGE	ISOLÉ	COHABITANT
Première année incapacité primaire	60%	60%	60%
Ensuite Invalidité	65%	55%	40%

Rem : Pour interrompre la période d'incapacité primaire, il faut une reprise de travail d'au moins 14 jours. Pour revenir à l'incapacité primaire, alors qu'on est en période d'invalidité, il faut une reprise de travail d'au moins trois mois.

[01]. Le salaire garanti est payé par l'employeur durant les premiers jours d'incapacité de travail (v fiche emploi)

L'ASSURANCE INCAPACITÉ DE TRAVAIL DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Le travailleur indépendant dispose également du droit à des indemnités d'incapacité de travail. Lui aussi, n'ouvre ce droit qu'après un stage de 6 mois.

L'état d'incapacité de travail est reconnu lorsque le titulaire, en raison de lésions ou de troubles fonctionnels, a dû mettre fin à l'activité d'indépendant qu'il assumait avant le début de l'incapacité. Il ne peut en outre exercer aucune autre activité professionnelle.

La déclaration d'incapacité doit être faite dans les 28 jours.

Le travailleur indépendant ne serra être indemnisé qu'après **un mois** d'incapacité de travail. Les indemnités sont forfaitaires.

	APRÈS 1 MOIS (PAR JOUR)	APRÈS 12 MOIS (PAR JOUR)	
		Sans mettre fin à l'activité	En mettant fin à l'activité
avec charge de famille	51,41 €	51,41 €	52,28 €
isolé	39,51 €	39,51 €	41,83 €
cohabitant	32,08 €	32,08 €	35,87 €

(au 1/01/12)[02]

L'ALLOCATION POUR FRAIS FUNÉRAIRES

En cas de décès du titulaire du droit aux indemnités d'incapacité de travail ou du titulaire du droit à une pension de travailleur salarié ou d'ouvrier mineur, une allocation pour frais funéraires est accordée aux personnes qui ont réellement supporté les frais en cause. Le montant de cette allocation est de 148,74€ et n'est pas indexé.

[02]. http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/allowances/amounts/last/allowances02.htm

L' ASSURANCE MATERNITÉ

LA PROTECTION DE LA FEMME ENCEINTE

La femme enceinte est protégée contre le licenciement dès l'annonce de la grossesse jusqu'au mois qui suit la reprise du travail. Ce droit n'est pas absolu, l'employeur peut encore licencier sa travailleuse mais il devra fournir la preuve que ce licenciement résulte d'un motif autre que la grossesse. S'il ne fournit pas cette preuve, l'employeur devra payer une indemnité représentant 6 mois de salaire brut.

La travailleuse enceinte (ainsi que la travailleuse qui allaite) peut être écartée de son poste de travail lorsque le travail représente un danger pour sa santé ou celle de son enfant (la travailleuse est exposée à des produits nocifs, doit porter des charges lourdes etc…). Durant cette période, elle est indemnisée par l'assurance maladie-invalidité à raison de 78% de son salaire brut plafonné.

La travailleuse enceinte ne peut exécuter des heures supplémentaires ni un travail de nuit.

La travailleuse enceinte peut s'absenter afin de subir des examens médicaux prénataux tout en conservant sa rémunération.

LE CONGÉ DE MATERNITÉ

1/LE CONGÉ DE MATERNITÉ DE LA TRAVAILLEUSE SALARIÉE

La femme qui accouche a droit à un congé de maternité. On distingue le congé prénatal et le congé postnatal.

Seul un accouchement et non une fausse couche peut ouvrir le droit au congé de maternité (soit l'enfant est né viable ou lorsque la grossesse a atteint au moins 180 jours de gestation)

Le congé prénatal dure 6 semaines (8 semaines pour les naissances multiples)

Une semaine doit être prise obligatoirement avant l'accouchement sans quoi elle sera perdue. La partie du congé prénatal qui n'a pas été prise avant l'accouchement est reportée à la fin du congé postnatal.

Si la future maman est malade pendant les 6 semaines qui précède l'accouchement, cette incapacité de travail sera assimilée au congé prénatal.

Le congé postnatal dure 9 semaines. Il est obligatoire.

Dans le cas d'une naissance multiple, la maman peut prolonger le congé postnatal de deux semaines. Elle doit en faire la **demande**.

Lorsque la maman a été en incapacité de travail pendant toute la période de 6 semaines précédant l'accouchement, elle peut obtenir à sa demande une semaine de congé postnatal supplémentaire.

Si l'enfant doit rester hospitalisé plus de 7 jours, le congé postnatal pourra être prolongé de la durée de l'hospitalisation avec un maximum de 24 semaines.

Il est possible également de fractionner les deux dernières semaines du congé prénatal reporté en prenant les jours de congé de manière échelonnée pendant une période de maximum huit semaines Cet échelonnement, dans le cadre duquel des jours de travail alternent avec des jours de congé, est déterminé par la travailleuse elle-même.

2/CONGÉ DE MATERNITÉ DE LA TRAVAILLEUSE INDÉPENDANTE

Les travailleuses indépendantes ont droit à 8 semaines de congé de maternité (9 en cas de naissances multiples). L'indépendante peut soit prendre l'entièreté du congé, soit choisir de le limiter.

3/MONTANT DES INDEMNITÉS DE CONGÉ DE MATERNITÉ

	TRENTE PREMIERS JOURS	ENSUITE
Travailleuse salariée	82% du salaire journalier perdu non plafonné	75% du salaire journalier plafonné
Chômeuse	alloc de chôm +19,5% du salaire perdu plafonné	alloc de chôm + 15% du salaire perdu plafonné
Travailleuse indépendante	indemnité forfaitaire de 398,71€ par semaine[01]	

Les travailleuses indépendantes bénéficient également d'une aide devant leur permettre de reprendre plus facilement la vie professionnelle après la période de repos d'accouchement. Cette aide consiste en l'octroi gratuit de 105 titres-services donnant droit aux services d'une personne pour les aider pendant 105 heures dans leurs tâches ménagères.

[01].http://www.inami.fgov.be/citizen/fr/zllowances/PRITH_1.htm

LE CONGÉ DE PATERNITÉ (TS)

À la naissance de son enfant, le père dispose de trois jours de congé payés par son employeur et de 7 jours payés par l'assurance maladie-invalidité à raison de 82% du salaire plafonné.

Ces 10 jours sont à prendre dans les 4 mois à dater de l'accouchement. Ils peuvent être pris en une ou plusieurs fois.

Si la mère décède ou est hospitalisée pendant le congé post-natal, la partie restante de ce congé peut être prise par le père s'il est lui-même titulaire et dans les conditions pour pouvoir bénéficier de l'assurance indemnité d'incapacité de travail.

LE CONGÉ D'ADOPTION

Le père ou la mère qu'il soit salarié ou indépendant peut prendre un congé d'adoption dont la durée varie en fonction de l'âge de l'enfant adopté.

AGE DE L'ENFANT	DURÉE DU CONGÉ
- de 3 ans	6 semaines
Entre 3 et 8 ans	4 semaines
Après 8 ans	/

Durant les 3 premiers jours de ce congé le travailleur salarié a droit à son salaire payé par l'employeur. Ensuite, il bénéficiera d'une indemnité de 82% du salaire plafonné payé par l'AMI. Les travailleurs indépendants reçoivent une indemnité forfaitaire de 398,71 € par semaine.

FICHE 04

LA RÉPARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

LA RÉPARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

LES ACCIDENTS DE TRAVAIL

Au XIXe siècle, la réparation des dommages résultant d'un accident de travail était envisagée dans le cadre de la responsabilité civile. C'était donc à la victime de prouver devant un tribunal qu'il y avait eu un dommage, une faute de l'employeur et un lien de causes à effets entre la faute et le dommage. Peu d'affaires avaient une issue favorable.

L'indemnisation des victimes d'un accident de travail a toujours été une revendication importante du mouvement ouvrier. Il représente le « tribut de chair et de sang » que paye le travailleur à la prospérité de l'entreprise. Ce n'est donc pas par hasard que c'est en matière d'accident de travail qu'ont été prises les premières mesures contraignantes, dès 1903.

Les accidents de travail ne sont que partiellement couverts par la sécurité sociale. L'employeur est tenu de contracter une assurance auprès d'une entreprise privée agréée (on parle d' « **assurances-loi »).**

Le **Fonds des Accidents de travail** (le FAT) intervient à titre supplétif. Il contrôle le bon fonctionnement du secteur et sert de fonds de garantie pour les victimes dont les employeurs ne sont pas assurés.

QUELS SONT LES TRAVAILLEURS CONCERNÉS ?

La loi sur les accidents de travail s'applique à tous les employeurs qui ont engagé un travailleur dans un lien de subordination. Elle concerne également les étudiants qui travaillent pendant les vacances (et qui ne sont pas assujettis à la Sécurité sociale) ou les travailleurs occasionnels (moins de 2 h par jour). Elle ne concerne pas les fonctionnaires ni les indépendants.

L'employeur est tenu de contracter une assurance contre les accidents de travail auprès d'une compagnie agréée. L'employeur qui n'a pas contracté d'assurance est affilié d'office au FAT. En cas d'accident de travail, le FAT indemnisera le travailleur mais réclamera les montants payés à l'employeur. Ce dernier est passible d'amendes et de peines de prison.

La loi sur les accidents de travail est une loi **d'ordre public,** on ne peut y déroger.

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

La loi définit comme accident de travail, « tout accident qui survient à un travailleur dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail et qui produit une lésion. »

Il faut donc trois éléments :

- un **événement soudain** c'est-à-dire un événement qu'on peut identifier dans le temps ;
- **une lésion** physique ou mentale qui entraîne un dommage économique (frais de soins, incapacité de travail) ;
- L'événement se déroule **durant l'exécution du travail**.

Cette définition, assez vague, a été précisée par la jurisprudence. Ainsi, il a été précisé que « l'événement soudain » ne devait pas être exceptionnel.

Il y a « exécution du travail » tant qu'on est sous l'autorité de l'employeur (donc aussi pendant une fête d'entreprise…).

Le fait qu'il y ait faute du travailleur importe peu.

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL ?

« Par chemin du travail, on entend le trajet normal entre la résidence du travailleur et le lieu d'exécution du travail. »

Ici aussi, c'est la jurisprudence qui a défini ce qu'il faut entendre par « trajet normal » reconnaissant par exemple les détours pour aller chercher un enfant à l'école ou pour faire une course nécessaire comme faisant partie du chemin du travail.

QUE REÇOIT LA VICTIME D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL ?

1/ INDEMNITÉS EN CAS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

On distingue deux types d'incapacité de travail : **l'incapacité temporaire** et **l'incapacité permanente.**

Incapacité temporaire totale

Elle donne droit à une indemnité représentant 90% de la rémunération quotidienne moyenne.

Incapacité permanente

Après un certain temps, les conséquences physiologiques de l'accident tendent à disparaître ou à se stabiliser. Ce moment est appelé **consolidation** et l'incapacité qui subsiste est appelée **incapacité permanente**.

Le taux d'incapacité permanente est fixé par le médecin-conseil de l'assureur en tenant compte de facteurs tels que l'âge de la victime, sa scolarité, son expérience professionnelle mais toujours en considérant les conséquences sur la capacité de travail de la victime. Un accord est présenté à la victime qui ensuite, devra être entériné par le FAT. En cas de désaccord ou si le FAT refuse d'entériner, le tribunal du travail statuera.

Le degré d'incapacité permanente évalué lors de la consolidation peut être révisé pendant une période de trois ans à partir de la date de consolidation. On parle de « **délai de révision »**. Durant ce délai de révision, la victime perçoit une allocation annuelle brut correspondant à un % de la rémunération de base égal au degré d'incapacité.

Au terme du délai de révision, la situation est fixée de manière définitive et l'allocation d'incapacité permanente devient une rente viagère**.**

La victime peut exiger qu'un tiers de la valeur de cette rente lui soit versée en capital si le degré d'incapacité permanente est supérieur à 19%.

2/ LE REMBOURSEMENT DES SOINS MÉDICAUX

L'assurance-loi rembourse les frais médicaux et pharmaceutiques qui résultent de l'accident sur bases des tarifs fixés par l'INAMI.

L'assurance-loi prend en charge également les prothèses devenues nécessaires des suites de l'accident.

3/ RÉPARATIONS EN CAS D'ACCIDENT MORTEL

La loi prévoit la prise en charge des frais de déplacement du corps et des frais funéraires. Elle octroie une rente aux ayants droit (époux, enfants, parents, …).

NB : Le montant des diverses indemnités est fonction de la **rémunération de base** de la victime c'est-à-dire la rémunération à laquelle le travailleur a eu droit au cours de l'année qui précède l'accident en raison de la fonction qu'il exerce le jour de l'accident. Ce montant est plafonné à **36.296,84€** par an (au 1/01/12)[01]

[01]. Rem : Le calcul de la rémunération de base est différent selon qu'il s'agit d'une incapacité temporaire de travail ou d'une incapacité permanente : dans le premier cas, il n'inclut pas le pécule de vacances

LES MALADIES PROFESSIONNELLES

QU'EST-CE QU'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

Il est difficile de définir une maladie professionnelle : le dommage peut se manifester tardivement, l'origine de la maladie peut être incertaine, le lien entre la maladie et la profession est difficile à prouver. C'est pourquoi le législateur a choisi d'établir **une liste des maladies professionnelles.**[02]

Pour avoir droit, il suffit de prouver que l'on a été exposé au risque professionnel et que l'on souffre d'une maladie professionnelle reprise dans la liste.

Le système de la liste présente l'avantage d'établir une présomption irréfragable (qui ne peut être renversée) du lien de causes à effets entre la maladie et la profession.

Mais cette liste concerne surtout des maladies du passé liées à l'industrie lourde. C'est pourquoi, à coté du système de la liste, existe un **système ouvert** qui permet la réparation d'une maladie qui, tout en ne figurant pas dans la liste, trouve sa cause directe et directe et déterminante dans l'activité professionnelle de la victime. Dans ce système, c'est à la victime d'apporter la preuve du lien de causes à effets entre l'exposition aux risques professionnels et la maladie.

QUE REÇOIT LA VICTIME D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE ?

L'indemnisation des conséquences d'une maladie professionnelle est très semblable à l'indemnisation des accidents de travail.

On retrouve donc :

- l'indemnisation des frais funéraires et des ayants droit, en cas de décès de la victime ;
- l'indemnisation de l'incapacité temporaire (mais elle doit durer au moins 15 jours) ;
- l'indemnisation de l'incapacité permanente ;
- le remboursement des frais médicaux.

L'indemnisation est fonction de la rémunération de base, calculée de la même manière que dans les accidents de travail.

Il y a cependant quelques différences notables :

- Contrairement aux accidents de travail indemnisés par des assurances privées, les maladies professionnelles sont entièrement prises en charge par le Fonds des maladies professionnelles.
- L'incapacité de travail peut être permanente dès le début de l'indemnisation.

[02]. pour consulter la listes des maladies professionnelles reconnues : http://www.fmp-fbz.fgov.be/fr/listes_fr01.htm

- En matière de frais médicaux, le FMP ne prend en charge que la part non remboursée par l'AMI (le ticket modérateur).
- La révision est toujours possible.
- Il n'y a pas de paiement en capital.

LA PRÉVENTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le FMP intervient également à titre préventif prenant en charge les frais de vaccination ou assurant l'indemnisation d'un travailleur écarté de son travail temporairement ou définitivement afin de ne pas être soumis aux risques d'une maladie professionnelle.

Rem : L'écartement de la travailleuse enceinte est désormais entièrement pris en charge par l'assurance maladie-invalidité. (voir fiche 3)

FICHE 05

LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE

QUI A DROIT AUX ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ?

Le droit aux allocations de chômage s'acquiert de trois manières :

SUR BASE D'UN TRAVAIL SALARIÉ À TEMPS PLEIN

Pour ouvrir le droit au chômage, il faut avoir travaillé un certain nombre de jours durant une période déterminée qui précède l'inscription au chômage. Cette période est appelée **« période de référence »**.

ÂGE	NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	PÉRIODE DE RÉFÉRENCE
- 36 ans	312 jours	18 mois
36 à -50 ans	468 jours	27 mois
50 ans et +	624 jours	36 mois

Par **jours de travail**, on entend les jours pour lesquels un salaire au moins égal au revenu minimum garanti[01] a été versé et sur lequel des retenues pour la sécurité sociale ont été opérées.

Certaines **journées** sont **assimilées** à des jours de travail : les jours couverts par une indemnité d'incapacité de travail, les jours de petits chômages (ex : mariage, enterrement, …), les jours de chômage temporaire (ex : chômage pour cause d'intempéries), les vacances annuelles …

Il existe des règles particulières qui permettent dans certains cas, aux personnes qui ne remplissent pas les conditions imposées, de prétendre malgré cela à des allocations de chômage.[02]

Il est possible également de prendre en considération des jours **de travail effectués à l'étranger**. Cela dépend souvent de l'existence d'une convention internationale entre la Belgique et le pays dont le demandeur a la nationalité.[03]

Pour les personnes reconnues comme réfugiée ou apatrides, le travail effectué dans n'importe quel pays du monde peut être pris en considération pour autant qu'il s'agisse d'un travail qui, s'il avait été réalisé en Belgique, aurait ouvert le droit au chômage.

[01]. Le revenu minimum garanti (RMMMG) est le montant minimum d'un salaire à plein temps dans le secteur privé. Au 1/2/2012, il est de 1.472,40€ sur base mensuelle (http://www.cnt-nar.be/F1I.htm)
[02]. v. le site de l'ONEM http://www.rva.be/Frames/frameset.aspx ?Path=D_opdracht_VW/&Items=1&Language=FR
[03]. v. à ce propos http://www.rva.be/D_Opdracht_W/Werknemers/HT126/infoFR.pdf

SUR BASE D'UNE PÉRIODE DE CHÔMAGE ANTÉRIEURE

Si le travailleur a bénéficié d'allocations de chômage dans les trois ans qui précèdent la demande, il ne doit pas prouver à nouveau son droit.

Cette période de trois ans peut être prolongée dans certaines circonstances (naissance d'un enfant, travail indépendant, occupation comme travailleur à temps partiel involontaire non indemnisé…).

APRÈS L'ÉCOLE

Le jeune de moins 30 ans qui termine ses études a droit à des allocations de chômage appelées **allocations d'insertio**n. Il doit avoir terminé au moins l'enseignement secondaire supérieur ou l'enseignement technique ou professionnel inférieur.

Il doit prester un stage durant lequel il sera inscrit comme demandeur d'emploi mais ne percevra pas d'allocation. Quel que soit l'âge du jeune, le stage d'insertion professionnelle est de 310 jours .[04]

On peut travailler bien sûr durant la période d'attente. Ces jours de travail ne reculent en rien le moment où le stage sera terminé si le jeune est engagé dans le cadre d'un contrat de travail ouvrier ou employé. Le jeune en stage d'insertion doit accepter tout emploi ou formation professionnelle convenable proposé. Il devra faire la preuve d'une recherche active d'emploi sous peine de perdre le droit aux allocations d'insertion.

Le droit aux allocations d'insertion est limité à 36 mois. Pour les jeunes chefs de ménage, isolés ou cohabitants avec un partenaire bénéficiaire d'allocations sociales, ce délai de 36 mois débute à partir du 30e anniversaire.

Une occupation à temps plein comme travailleur salarié ou une occupation comme travailleur à temps partiel avec maintien des droits prolongent les 36 mois. Lorsque le crédit de 36 mois est épuisé, le jeune peut bénéficier à nouveau des allocations d'insertion pendant une période de 6 mois supplémentaires s'il remplit toujours les conditions d'admission au bénéfice des allocations d'insertion (- de 30ans) et s'il prouve 156 jours de travail pendant les 24 mois qui précèdent.

[04]. Durant la durée du stage d'insertion le jeunes de moins de 25 ans maintient son droit aux allocations familiales

QUELLES SONT LES CONDITIONS POUR RECEVOIR DES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ?

Une fois le droit ouvert, pour percevoir effectivement des allocations de chômage, il faut répondre à plusieurs conditions :

1/ÊTRE ÂGÉ DE PLUS DE 18 ANS ET NE PAS AVOIR ATTEINT L'ÂGE DE LA RETRAITE

2/ ÊTRE PRIVÉ DE TRAVAIL ET DE RÉMUNÉRATION

Une activité pour son compte peut être considérée comme du travail si elle ne relève pas de la « gestion normale de ses biens ».

Ex : Rénover fortement sa maison n'est pas « assurer la gestion normale de ses biens » et donc est incompatible avec la perception d'allocation de chômage,

Une activité pour le compte d'un tiers est toujours considérée comme du travail sauf si on fait une demande préalable à l'ONEM.

Une **activité accessoire** en tant que travailleur indépendant est autorisée si elle a été exercée préalablement à la mise au chômage pendant au moins 3 mois. Elle doit être déclarée lors de la demande d'allocations. Le chômeur susceptible d'aider un indépendant doit également en faire la déclaration.

Le fait d'être associé dans une société même si le mandat n'est pas rémunéré est toujours considérée comme une activité d'indépendant. De même, lorsqu'on exerce une fonction d'administrateur dans une asbl, l'ONEM présume que l'on est en charge de la gestion quotidienne de l'association, qu'il ne s'agit pas d'une activité minime. Le chômeur est considéré donc comme exerçant une activité indépendante, même si elle est non-rémunérée.[01]

3/ NE PAS ÊTRE RESPONSABLE DE LA PERTE DE SON TRAVAIL

Le chômeur ne peut avoir perdu son travail à la suite d'une faute ni avoir lui-même mis fin à son contrat de travail.

4/ ÊTRE, DU POINT DE VUE SANTÉ, CAPABLE DE TRAVAILLER

5/ ÊTRE INSCRIT COMME DEMANDEUR D'EMPLOI

Le chômeur doit s'être inscrit comme demandeur d'emploi auprès d'un service régional de l'emploi. (FOREM, VDAB, Actiris)

[01]. v. à ce propos les art 44 et suivant de l'Arrêté royal portant la réglementation du chômage du 25/11/1991 http://www.rva.be/frames/Main.aspx ?Path=D_documentation/Wetteksten/wet_Werkloosheid/&Language=FR&Items=4/4/1

6/ ÊTRE DISPONIBLE POUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI ET ACCEPTER TOUT EMPLOI CONVENABLE

L'emploi est considéré comme convenable s'il respecte le droit du travail, offre un salaire conforme aux barèmes fixés dans les conventions collectives, ne suppose pas une absence du lieu de résidence de plus de 12 heures et n'exige pas plus de 4 heures de déplacement.[02]

Rem : il est possible de poursuivre des études de plein exercice tout en conservant ses allocations de chômage à certaines conditions :

- avoir terminé ses études depuis au moins 2 ans ;
- être au chômage depuis au moins 1 an ;
- ne pas être titulaire déjà d'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Pour certaines études menant à des professions où il existe une pénurie de travailleurs, les conditions sont moins restrictives.

COMMENT CALCULE-T-ON LES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ?

CALCUL DES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE SUR BASE DU TRAVAIL

Trois éléments sont pris en compte dans le calcul des allocations de chômage :

1/LA SITUATION FAMILIALE

On distingue trois situations :

- la personne ayant charge de famille ;
- l'isolé ;
- le cohabitant.

[02]. Pour la définition de l'emploi convenable v les art 24 et suivant de l'Arrêté ministériel portant les modalités d'application de la réglementation du chômage http://www.rva.be/frames/frameset.aspx ?Path=D_documentation/&Items=4&Language=FR

2/LE SALAIRE PERDU

L'allocation de chômage correspond à un certain pourcentage du salaire moyen que le travailleur a reçu pour la période la plus récente de 4 semaines de travail ininterrompue.

Ce salaire est plafonné à **2370,76 € brut** par mois pendant les 6 premiers mois de chômage, à **2209,59** € **brut** par mois pendant les 6 mois suivants et à **2064,81 € brut** par mois ensuite.(2019,88 € pour les chômeurs isolés)

3/LA DURÉE DU CHÔMAGE

A partir du 1 juillet 2012, la dégressivité du montant des allocations de chômage dans le temps sera accentuée.

- La première période couvrira les 3 premiers mois de chômage et sera indemnisé à 65% du salaire perdu[01]. Ensuite, le chômeur, quelque soit sa situation, recevra pendant 9 mois 60% du salaire perdu (mais attention le plafond pris en compte diminuera après le 6e mois de chômage)
- La deuxième période débute après 12 mois de chômage et dure 2 mois plus 2 mois par année de travail avec un maximum de 36 mois. Durant la 1ère année de cette deuxième période, les allocations de chômage correspondront à 60%, 55% ou 40% du salaire perdu selon que l'on soit chef de ménage, isolé ou cohabitant. Ensuite les allocations baisseront progressivement tous les 3 mois.
- La troisième période interviendra ensuite et donnera lieu à une indemnité forfaitaire variable selon la situation familiale[02]

Les chômeurs âgés de plus de 55 ans et justifiant d'un passé professionnel de 20 ans peuvent bénéficier d'un complément d'ancienneté.

CALCUL DES ALLOCATIONS D'INSERTION

Les allocations d'insertion sont toujours établies sur base forfaitaire.

		MONTANTS MENSUELS [03]
Personne ayant charge de famille		1062,88 €
Isolé	18-20 ans	474,50 €
	21 et +	785,98 €
Cohabitant		408,98 € ou 436,02 € si 2 allocataires vivent ensemble

[01]. (à partir du 1/1/2013)
[02]. Pour les montants des allocations v site de l'ONEM http://www.onem.fgov.be/Frames/frameset.aspx?Language=FR&Path=D_opdracht_VW/&Items=3
[03]. http://www.rva.be/frames/frameset.aspx?Path=D_opdracht_VW/Regl/Reglementering/ToegangVw1/&Items=1/1/2/3&Language=FR consulté le 10/01/10

COMMENT DEMANDER DES ALLOCATIONS DE CHÔMAGE ?

La personne qui désire obtenir des allocations de chômage doit se présenter auprès d'un organisme de paiement soit public (la CAPAC), soit lié à une organisation syndicale (CSC, FGTB, CGSLB). Elle devra également s'inscrire dans les 8 jours calendrier comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi compétent (FOREM, VDAB, Actiris).

CONTRÔLE DES CHÔMEURS ET AUTRES SANCTIONS

Il n'y a pas de limite dans le temps à l'octroi d'allocations de chômage mais la législation chômage contient un long chapitre relatif aux sanctions qui peuvent toucher le chômeur : pour abandon d'emploi, pour refus d'emploi convenable, pour non-respect des procédures administratives ou parce que le chômeur ne s'est pas suffisamment impliqué dans sa recherche d'emploi,... Ces sanctions se traduisent par la suppression des allocations ou par l'exclusion pure et simple du chômeur.

Le **contrôle du comportement de recherche active d'emploi** est effectué par l'ONEM qui convoque le chômeur après 15 mois de chômage (pour les moins de 25 ans) ; après 21 mois de chômage (pour les plus de 25 ans) pour un entretien avec un « **facilitateur** ».

Ce dernier va évaluer le comportement du chômeur en matière de recherche d'emploi sur base des informations dont il dispose (dispense accordée pour formation, études,…, reprise de travail, info communiquées par Actiris, le FOREM ou le VDAB,…) et celles fournies par le chômeur (lettre de candidature, réponse aux annonces, attestation de présentation à des entretiens d'embauche, etc…). Le chômeur peut être accompagné lors de l'entretien par un avocat, un délégué syndical ou un assistant social.

À l'issue de l'entretien, le facilitateur décide si les efforts sont suffisants ou si le chômeur doit souscrire un contrat écrit par lequel il s'engage à mener une série d'action de recherche d'emploi. Dans ce cas, le chômeur sera convoqué à un 2e entretien et éventuellement à un 3e entretien qui vérifiera que le contrat est respecté.

Le chômeur qui ne se présente pas à l'entretien risque une suspension des allocations.

Si le 2e entretien est négatif, le chômeur verra ses allocations supprimées ou réduites pendant 4 mois. Si le 3e entretien est négatif, le chômeur sera exclu jusqu'à ce qu'il justifie d'une reprise de travail d'au moins 312 jours. Pour les isolés, les personnes ayant charge de famille et les cohabitants qui démontrent que les revenus du ménage sont faibles, la sanction prend la forme d'une réduction des allocations pendant 6 mois puis d'une exclusion.

FICHE 06

LES VACANCES

CIRé
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

LES VACANCES[01]

LE DROIT À DES VACANCES

Tous les travailleurs ont droit à des vacances annuelles payées. Le nombre de jours de congé est calculé sur base du travail effectué l'année précédente appelée **« exercice de vacances »**.

L'employé a droit à 2 jours par mois de travail en régime de 6 jours/semaine (un peu moins en régime de 5 jours, où l'on a droit à 5 jours par trimestre complet).

Pour l'ouvrier il faut se référer au tableau :

JOURS PRESTÉS EN 2009	JOURS DE VACANCES EN 2010	JOURS PRESTÉS EN 2009	JOURS DE VACANCES EN 2010	JOURS PRESTÉS EN 2009	JOURS DE VACANCES EN 2010	JOURS PRESTÉS EN 2009	JOURS DE VACANCES EN 2010
231 et +	**20**	181-190	**15**	125-134	**10**	67-76	**5**
221-230	**19**	163-180	**14**	106-124	**9**	48-66	**4**
212-220	**18**	154-162	**13**	97-105	**8**	39-47	**3**
202-211	**17**	144-153	**12**	87-96	**7**	20-38	**2**
192-210	**16**	135-143	**11**	77-86	**6**	10-19	**1**

Les **dates de vacances** sont fixées soit par la commission paritaire pour l'ensemble du secteur (bâtiment), soit par le conseil d'entreprise soit de commun accord entre l'employeur et le travailleur. En cas de refus, le travailleur peut éventuellement introduire une action en référé (en procédure accélérée) devant le tribunal du travail.

Le travailleur a droit de prendre au moins deux semaines en suivant. Le travailleur peut fractionner ses vacances mais doit prendre au moins une semaine d'affilée.

Le travailleur qui a des enfants en âge scolaire peut prioritairement prendre ses vacances durant les vacances scolaires.

Si le travailleur tombe malade avant ses vacances, il a le droit de les reporter. S'il tombe malade pendant ses vacances, il ne pourra pas les reporter. De même, les jours de petits chômages[02] qui tomberaient pendant la période de vacances sont perdus. Par contre, les jours fériés qui tombent pendant les vacances ne sont pas pris en compte dans la période de vacances et prolongent donc celles-ci.

[01]. Sur cette matière, voir les sites des syndicats FGTB : http://www.fgtb.be ; CSC http://www.acv-csc.be ; CGSLB : http://www.cgslb.be
[02]. Par « petit chômage », on entend les jours de congé que peut prendre le travailleur pour des raisons familiales (enterrement, mariage, etc…)

Le travailleur doit prendre tous ses jours de vacances avant le 31 décembre de l'année de vacances.

LE DROIT À UN PÉCULE DE VACANCES

Pendant ses vacances, l'employé a droit à un **pécule de vacances** payé par son employeur. On distingue le simple pécule qui correspond à la rémunération mensuelle et le double pécule qui correspond à 1/12 de 92% de la rémunération brute par mois prestés. Ce double pécule fait l'objet de retenue de sécurité sociale et d'un précompte professionnel assez important.

Le pécule de vacances de l'ouvrier est payé par l'ONVA (ou les caisses de vacances du secteur). Ce droit s'inscrit en fait dans le cadre de la sécurité sociale. Ce secteur est financé par une cotisation patronale payée pour chaque ouvrier engagé.

Le pécule de l'ouvrier correspond à 15.38% des rémunérations acquises (à 108%) durant l'exercice de vacances, éventuellement majoré d'une rémunération fictive pour les jours assimilés.

LES JEUNES TRAVAILLEURS ET LES TRAVAILLEURS DE PLUS DE 50 ANS

Le jeune travailleur qui termine ses études, même s'il est engagé très rapidement, ne peut ouvrir le droit à quatre semaines de vacances, l'année suivante. D'où des règles particulières le concernant.

Après avoir épuisé les jours de vacances qui découlent de son travail durant l'exercice de vacances, le jeune pourra prendre jusqu'à 4 semaines de vacances payée par l'ONEM.

Conditions :

- avoir moins de 25 ans au 31/12 de l'exercice de vacances ;
- justifier d'au moins un mois de travail salarié ou 70 heures durant l'exercice de vacances.

Un système similaire existe pour les travailleurs de 50 ans ou plus qui reprennent une occupation salariée après une période de chômage complet ou d'invalidité au cours de l'année précédente et qui n'aurait donc pas droit à 4 semaines de vacances rémunérées.[03]

[03]. V à ce propos http://www.onem.fgov.be/

FICHE 07

LES PENSIONS

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

LES PENSIONS

UNE QUESTION AU CŒUR DE L'ACTUALITÉ

Se constituer des revenus en vue d'assurer ses vieux jours et prémunir la famille contre les conséquences du décès du travailleur est une des plus anciennes préoccupations de l'histoire des assurances sociales en Belgique.

Dès 1850, est créée la **Caisse générale de retraite** afin d'encourager la constitution par les travailleurs d'une épargne en prévision de la vieillesse. En 1900, l'État accordera des subsides d'encouragement à toutes les personnes qui se constituent une pension.

Mais ce système ne permettra pas de résoudre valablement le problème des ressources des travailleurs âgés. La plupart des travailleurs ont des revenus trop faibles pour penser à épargner et donc se trouvent très démunis quand l'âge les empêche de continuer à travailler.

C'est en 1924 pour les ouvriers, en 1925 pour les employés, que l'assurance pension financée par des cotisations des travailleurs et des employeurs devient obligatoire.

À cette époque, les versements effectués par les travailleurs et leurs patrons auxquels s'ajoutait une contribution de l'État étaient **capitalisés.** Ce capital et les intérêts produits formaient le fonds de pension de chaque travailleur. Chacun cotisait donc pour lui-même.

Mais la dépréciation monétaire liée à la crise des années '30 compromet progressivement ce dispositif.

Aussi, après la Deuxième Guerre mondiale, on imagine un nouveau système fondé sur **la capitalisation et la répartition.** À coté de la pension personnelle que chaque travailleur s'est constituée par le système de la capitalisation, un complément est accordé qui est financé par les cotisations des actifs d'aujourd'hui. Le régime mixte capitalisation et répartition sera bientôt abandonné au profit d'un régime fondé sur la **seule répartition** (en 1955 pour les ouvriers, 1968 pour les employés).

La prospérité économique des années soixante a permis un accroissement général du niveau des salaires vers un plus grand bien-être. Afin que les pensionnés puissent également profiter de cette croissance, on a introduit en 1974 la notion d'**adaptation des pensions au bien-être général**. Cette notion opère à deux niveaux : dans la réévaluation des salaires pris en compte pour calculer la pension et dans l'adaptation régulière du montant de la pension.

Mais la crise économique qui suivra va vider cette notion de sa substance qui sera finalement totalement abandonnée. Or on constate effectivement un décrochage important du niveau des pensions par rapport au salaire moyen et 23 % des personnes âgées vivent en dessous du seuil de pauvreté ;[01]

[01]. http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/travailvie/revenus/pauvrete/index.jsp (consulté le 07/01/10)

En 2005, le gouvernement a prévu une revalorisation des allocations sociales en « fonction du bien-être » en tenant compte des conditions économiques et budgétaires. Pratiquement, cela s'est traduit par diverses mesures de revalorisations des pensions octroyées génération par génération mais le décrochage persiste.

L'évolution de l'espérance de vie, l'élévation du niveau de vie et le fait que de plus en plus fréquemment hommes et femmes travaillent et auront droit chacun à une pension posent de sérieux problèmes pour ce secteur de la sécurité sociale. Il faudra payer des pensions élevées pour plus de pensionnés et pendant plus longtemps. Les années 2010-2030 seront particulièrement difficiles. C'est l'époque où les enfants du baby-boom d'après la Deuxième Guerre mondiale arriveront à l'âge de la pension. Parallèlement, la faible natalité et le chômage important diminuent le nombre d'actifs. Or dans un système de répartition ; l'équilibre entre actifs et non actifs détermine l'équilibre de l'ensemble.

Toute la question est donc de savoir comment les pensions seront financées. La réponse à cette question suppose un choix politique.

L'option libérale encourage le développement d'un système de pensions reposant sur trois piliers : la pension légale, la pension complémentaire constituée dans le cadre de l'entreprise et l'épargne pension personnelle. Mais cette philosophie a contribué à faire de la Belgique un pays où l'on consacre une part tout à fait disproportionnée des ressources à l'épargne au détriment de la consommation et des investissements. De plus, l'épargne pension et les assurances complémentaires fondées sur la capitalisation augmentent le fossé entre les bas et hauts revenus. Elles sont sensibles à la perte de valeur de la monnaie sous l'effet de l'inflation et ne sont pas à l'abris des crises financières.

Dans la plupart des Etats européens, des réformes retardent l'âge à partir duquel on peut partir à la retraite. La Belgique n'échappe pas à cette tendance et le gouvernement a décidé une réforme qui entrera en vigueur progressivement à partir du 1 janvier 2013.

Mais pour que l'on puisse travailler plus longtemps encore faut-il que les entreprises acceptent d'employer des travailleurs âgés….

LA PENSION DE RETRAITE DES SALARIÉS

COMMENT SE CALCULE LA PENSION DE RETRAITE ?

Chaque année de travail ou assimilée comme telle va permettre de se constituer un morceau de pension. Le montant de la pension annuelle est obtenu en additionnant les morceaux acquis pour chaque année de la carrière professionnelle.

Ces parts de pension sont déterminées comme suit :

$$\frac{\textbf{rémunération brute annuelle X cœfficient de réévaluation X 75 ou 60\%}}{\textbf{45}}$$

1/ LA CARRIÈRE PROFESSIONNELLE (LES ANNÉES PRISES EN CONSIDÉRATION)

On prend en compte les périodes de travail mais aussi des périodes d'inactivité assimilées à du travail telles que les années de chômage, d'incapacité de travail...

Certaines périodes (Ex : les années d'études après 20 ans) peuvent être assimilées à condition qu'une demande de régularisation soit effectuée et qu'il y ait versement de cotisations volontaires pour cette période.

Chaque année de travail va représenter 1/45e de la pension. Pour avoir une carrière complète, on doit travailler 45 ans (45/45).

2/ LA RÉMUNÉRATION

La pension pour chaque année de la carrière professionnelle est calculée sur base des salaires brut qui ont servi de base au calcul des cotisations sociales. Pour les périodes d'inactivité, on tient compte des rémunérations perçues avant l'inactivité.

3/ RÉÉVALUATION DES RÉMUNÉRATIONS

Les salaires correspondants à chaque année de carrière sont multipliés par un cœfficient de réévaluation pour tenir compte de l'inflation.

4/ LA SITUATION FAMILIALE

Le montant de la pension varie selon la situation familiale du pensionné et de son conjoint.

Si le conjoint n'a pas de revenu propre, la pension est calculée en multipliant la rémunération réévaluée par 75%. C'est le « **taux ménage** ». Dans les autres cas, la rémunération réévaluée est multipliée par 60%. C'est le « **taux isolé** »

5/ PLANCHER DES RÉMUNÉRATIONS PRISES EN COMPTE

Si la rémunération réévaluée pour une année de carrière est inférieure au minimum garanti annuel (21753,81 € au 01/02/2012 [01]), la pension pour cette année-là sera calculée sur base de ce montant minimum.

Cet ajustement n'est possible que si la carrière du travailleur comprend au moins 15 ans.

6/ MINIMUM GARANTI

En cas de carrière complète (45/45), la pension annuelle ne peut être inférieure à 16310,21 € au taux ménage et 13052,28 € au taux isolé ; [02] (montants au 01/02/2012)

Si la carrière est incomplète mais comprend au moins 30 ans, un minimum proportionnel à la durée de la carrière est également garanti.

Ex : Pour une carrière complète le minimum garanti au taux ménage est de 16310,21 €. Pour une carrière de 31/45, un minimum de 31/45 de 16310,21 € sera garanti soit 11132,52 €.

Lorsque la carrière est inférieure à 30 ans, il n'y a aucun minimum garanti.

7/ PÉCULE DE VACANCES

Les retraités disposent d'un pécule de vacances dont le montant est forfaitaire :

- pension au taux Ménage : 725,24 € ;
- pension au taux isolé : 580,18 €.

8/ RETENUES SUR LA PENSION

Il y a plusieurs prélèvements effectués sur la pension :

- assurance maladie-invalidité =3,55% ;
- cotisation de solidarité = 0 à 2% en fonction de la situation familiale et du montant total des pensions légales et complémentaires ;
- précompte professionnel.

9/ BONUS DE PENSION

Un bonus de pension est accordé aux travailleurs salariés qui prolongent leur carrière professionnelle au-delà de 62 ans ou de 44 ans de carrière. Le montant du bonus s'élève à 2,25€ par jour d'occupation effective.[03]

[01]. http://www.onprvp.fgov.be/FR/profes/calculation/career/wages/adjustments/Pages/default.aspx#a (consulté le 07/04/2012)
[02]. http://www.rvponp.fgov.be/onprvp2004/FR/I/IC/IC_05.asp#a (consulté le 20/02/11)
[03]. http://www.onprvp.fgov.be/FR/profes/calculation/age/bonus/Pages/default.aspx (consulté le 07/04/12)

QUAND PEUT-ON PRENDRE SA PENSION ?

A partir du 1 janvier 2013, l'âge à partir duquel il est possible de prendre sa pension sera progressivement reculé :

DATE	AGE MINIMUM	CONDITION DE CARRIÈRE	EXCEPTIONS LONGUES CARRIÈRES
2013	60,5 ans	38 ans	60 ans, si 40 ans de carrière
2014	61 ans	39 ans	60 ans, si 40 ans de carrière
2015	61,5 ans	40 ans	60 ans, si 41 ans de carrière
2016	62 ans	40 ans	61 ans, si 41 ans de carrière

Si la carrière n'est pas suffisante, l'âge de la pension est de 65 ans.

LA PENSION DE SURVIE

La pension de survie est accordée au veuf ou à la veuve d'un travailleur salarié ou d'un travailleur indépendant.

L'accord de gouvernement signé fin 2011 prévoit une réforme importante des pensions de survie qui devrait toucher les personne âgées actuellement de moins de 30 ans qui perdraient leur conjoint. Cette réforme n'a pas encore été mise en œuvre.

À QUELLES CONDITIONS PEUT-ON BÉNÉFICIER D'UNE PENSION DE SURVIE ?

1/ L'ÂGE

En principe, la pension de survie n'est accordée au conjoint survivant que si celui-ci a atteint l'âge de 45 ans. Cependant, cette condition d'âge n'est pas requise si le veuf a une incapacité de travail de 66% ou un enfant à charge.

2/ DURÉE DU MARIAGE

En principe, le mariage doit avoir duré au moins un an. Cependant, cette condition connaît aussi des exceptions.

- un enfant est né de ce mariage ;
- au moment du décès, un enfant était à charge des époux ;
- le décès est la conséquence d'un accident survenu après le mariage ;
- le décès est la conséquence d'une maladie professionnelle contractée ou aggravée après la date du mariage.

Le bénéfice de la pension de survie est suspendu si le conjoint survivant se remarie (mais il pourra l'obtenir à nouveau en cas de dissolution de ce second mariage).

3/ REVENU

La pension de survie peut être cumulée avec un salaire ou sa propre pension à condition de ne pas dépasser un plafond variable selon les circonstances.

La pension de survie peut être cumulée avec des allocations de chômage ou des indemnités d'incapacité de travail pendant une durée maximale de 12 mois. Durant cette période, la pension de survie sera limitée au montant de la GRAPA (v plus loin).

COMMENT SE CALCULE LA PENSION DE SURVIE ?

La pension de survie correspond à 80 % de la pension de retraite calculée au taux ménage.

LA PENSION DU CONJOINT SÉPARÉ OU DIVORCÉ

La personne séparée de fait ou de corps a droit à une part de la pension octroyée au conjoint dont elle est séparée. Elle a droit également à la pension de survie.

Le conjoint divorcé n'a pas droit à une pension de survie.

Il peut obtenir cependant, en plus de sa pension personnelle, une pension en raison de l'activité durant les années de mariage de l'ex conjoint. Pour chaque année de vie commune, on prendra en compte 62,5% de la rémunération de l'ex conjoint moins la rémunération perçue par le conjoint demandeur lui-même.

Pour obtenir ce droit, le conjoint divorcé ne peut s'être remarié à moins que ce remariage soit dissout.

LA PENSION DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

QUAND PEUT-ON PRENDRE SA PENSION ?

L'âge de la pension pour les travailleurs indépendants est de 65 ans.

Il est possible de prendre sa pension dès 60 ans à condition de prouver 35 ans de carrière.

Cependant, en cas de départ à la retraite avant 65 ans, le montant de la pension octroyée sera diminué d'un % variable :

- pension anticipée entre 60 et 61 ans 25 % (7% + 6% + 5% + 4% + 3%) ;
- pension anticipée entre 61 et 62 ans 18% (6% + 5% + 4% + 3%) ;
- pension anticipée entre 62 et 63 ans 12% (5% + 4% + 3%) ;
- pension anticipée entre 63 et 64 ans 7% (4% + 3%) ;
- pension anticipée entre 64 et 65 ans 3%.

Il n'y a pas de diminution si la carrière de l'indépendant comprend au moins 42 années.

COMMENT SE CALCULE LA PENSION DE RETRAITE ?

Depuis 1984, le calcul de la pension des travailleurs indépendants est assez similaire à celui des TS.

$$\frac{\textbf{Revenus professionnels réels X cœff de réévaluation X cœff d'harmonisation X 75 ou 60\%}}{\textbf{45}}$$

Les revenus professionnels réels sont ceux qui ont servi de base au calcul des cotisations que le travailleur indépendant a versé à sa caisse d'assurances sociales. Ces revenus font l'objet d'une réévaluation et sont multipliés par un **cœfficient d'harmonisation** qui exprime le rapport entre le taux de la cotisation destinée au régime de pension des travailleurs indépendants et la somme des taux de cotisations, personnelle et patronale, dues sur les rémunérations des travailleurs salariés et destinées à leur régime de pension.

$$\textbf{cœfficient d'harmonisation} = \frac{\textbf{Taux cotisations TI}}{\text{Taux cotisations TS}}$$

Comme dans le régime des travailleurs salariés, il existe dans le régime des travailleurs indépendants une pension de survie accordée au conjoint survivant, une pension de conjoint séparé et une pension de conjoint divorcé.

PEUT-ON TRAVAILLER QUAND ON EST PENSIONNÉ ?

Il est possible de conserver une certaine activité professionnelle en même temps que sa pension mais à certaines conditions :

- obligation de déclaration préalable ;
- les revenus acquis par l'activité professionnelle ne peuvent dépasser une certaine limite qui varie selon la nature de l'activité (indépendant ou salarié) et selon que l'on a ou pas des enfants à charge.

LA GARANTIE DE REVENUS AUX PERSONNES ÂGÉES

La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) est une aide sociale accordée à partir de l'âge de 65 ans à ceux qui n'ont pas de pension ou disposent d'une pension insuffisante. Tout octroi est précédé d'une enquête sur les ressources.

À QUELLES CONDITIONS PEUT-ON BÉNÉFICIER DE LA GRAPA ?

1/ NATIONALITÉ

- être belge ;
- ressortissant européen ou d'un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention de réciprocité ;
- être de nationalité étrangère, pour autant qu'un droit à une pension en Belgique existe déjà, la GRAPA se limitant dans ce cas à un complément de revenu ;
- être réfugié reconnu ou apatride.

2/ RÉSIDENCE

Le bénéficiaire de la GRAPA doit avoir son lieu de résidence principale en Belgique, c'est-à-dire qu'il doit résider effectivement et en permanence en Belgique

3/ CONDITION DE REVENUS

La GRAPA ne peut être octroyée qu'après examen des revenus. On prend en compte toutes les ressources du demandeur pensions, revenus immobiliers, épargne etc…) et des personnes avec qui il partage la même résidence principale.

L'octroi de la GRAPA vise à atteindre un montant maximum de 7.779,12€ par an et par personne pour ceux qui vivent avec une ou plusieurs autres personnes et de 11.668,68€ par an pour ceux qui vivent seuls.

Rem : La personne âgée qui vit avec ses enfants ou alliés en ligne directe descendante est considérée comme une personne vivant seule.[01]

[01]. http://www.onprvp.fgov.be/FR/profes/benefits/igo/calculation/Pages/default.aspx (consulté le 07/04/12)

FICHE 08

L'AIDE SOCIALE ACCORDÉE PAR LES CPAS

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

L'AIDE SOCIALE ACCORDÉE PAR LES CPAS[01]

LA LOI DU 8 JUILLET 1976 – LOI ORGANIQUE

LA MISSION GÉNÉRALE DU CPAS

La loi du 8 juillet 1976 qui va créer et définir le **Centre public d'action sociale** a introduit une petite révolution dans le traitement de la Pauvreté en Belgique.

Jusque là, les commissions d'assistance publique créées en 1925 dans chaque commune apportaient secours aux « indigents ». Une notion floue appréciée souverainement par l'institution qui donnait l'impression d'une faveur accordée à ceux qui fournissaient la preuve de leur état de besoin. La relation entre assistés et institution était marquée par le paternalisme.

L'aide sociale dont il est question désormais diffère de l'assistance par sa philosophie. Il ne s'agit plus de « faveur » mais d'un **droit universel accordé au nom de la dignité humaine par une société qui estime de son devoir d'aider les plus démunis :**

> **Art 1 : Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. (...)**
>
> **art 57 : Le centre a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité.(...)**

Les missions des CPAS ne sont pas détaillées par la Loi organique laissant ainsi une **grande autonomie** à chaque CPAS pour concrétiser ce droit. Et l'aide peut prendre des formes extrêmement variées : aide financière, avances sur pensions alimentaires, mise à l'emploi, médiation de dettes, aide psychosociale, logement, aide médicale, soins à domicile,…

Le CPAS est également compétent pour accorder le droit à l'intégration sociale (qui a succédé MINIMEX) qui, lui, est défini très strictement par la Loi du 26/05/2002.

Depuis janvier 2004, les Centres publics d'aide sociale sont devenus des **Centres publics d'action sociale** indiquant une volonté du pouvoir politique de ne plus se contenter d'accorder passivement une aide matérielle mais de favoriser l'intégration sociale des personnes aidées par leur insertion sur le marché de l'emploi.

[01]. Sur cette matière voir notamment les sites http://www.cpas.fgov.be/be_fr/01/index.html et http://www.ocmw-info-cpas.be

STRUCTURE DU CPAS

1/ LE CONSEIL

Le CPAS est administré par un **conseil** dont les membres (de 9 à 15 membres selon le nombre d'habitants de la commune) sont élus par le conseil communal. Le conseil de l'action sociale élit le **Président**.

Le conseil est l'organe de décision du CPAS. Il se réunit au moins une fois par mois. Ses délibérations se tiennent à huis clos et les membres sont tenus au secret afin d'assurer l'aide sociale avec un maximum de discrétion.

Le conseil de l'action sociale constitue en son sein un **bureau permanent** chargé de l'administration courante. Le conseil peut également constituer des **comités spéciaux** auxquels il peut déléguer des attributions définies (ex comité de gestion d'un hôpital, comité spécial du service social).

2/LE PRÉSIDENT

La présidence du CPAS est extrêmement importante même si les décisions sont prises par le Conseil. En effet, tout passe par le président qui convoque les réunions, établit l'ordre du jour, est chargé de l'exécution des décisions. Il est de droit président du bureau permanent et des comités spéciaux. Sa voix est prépondérante lors des délibérations. Il peut assister aux réunions du collège des bourgmestre et échevins avec voix consultative. C'est lui qui est responsable pour accorder une aide sociale urgente.

3/LE SECRÉTAIRE

Le secrétaire est un fonctionnaire. Il n'est donc pas élu mais engagé par le CPAS. Il assiste aux réunions du Conseil mais ne peut pas voter. Il exécute au jour le jour la politique décidée par le Conseil. Il instruit les affaires, rédige les PV. Il dirige l'administration et le personnel et est responsable de la comptabilité.

4/ LE RECEVEUR

Il est lui aussi un fonctionnaire engagé par le CPAS. C'est lui qui est chargé d'effectuer les recettes et d'acquitter les dépenses.

5/ LE SERVICE SOCIAL

Chaque CPAS doit engager au moins un travailleur social. Sa mission consiste à aider les personnes et les familles à surmonter ou à améliorer les situations critiques dans lesquelles elles se trouvent. Pour ce faire, le travailleur social procède aux enquêtes sociales préparatoires aux décisions à prendre, informe les demandeurs, assure la guidance sociale des intéressés,etc...

FINANCEMENT

Le CPAS dispose de ses ressources propres, de subsides pour les services qu'il rend, de l'intervention financière de l'État en faveur des réfugiés et des personnes sans domicile, de remboursement par l'État d'une partie des DIS alloués par le CPAS et des sommes récupérées auprès des particuliers.

Il dispose en outre de fonds alloués par la commune et par le **Fonds spécial de l'aide sociale** existant au sein du Fonds des communes.

L'AIDE SOCIALE

Le droit à l'aide sociale est défini en référence au principe de « dignité humaine ». Ce critère est fort vague. Chaque CPAS dispose d'une certaine marge d'appréciation.

Le droit à l'intégration sociale (v plus loin) est par contre beaucoup plus précis puisqu'il fixe les critères d'intervention.

LES FORMES DE L'AIDE SOCIALE [01]

1/ L'AIDE MATÉRIELLE

aide financière

Celle-ci est accordée aux personnes qui n'ont pas droit au revenu d'intégration sociale (RIS) et qui ne disposent pas de ressources suffisantes. On la désigne souvent sous le terme d' « ERIS » (équivalent au revenu d'intégration sociale) ;

avances sur prestations sociales

aide équivalente aux prestations familiales garanties

Pour ceux qui ont des enfants et qui n'ont pas droit aux allocations familiales

aide financière occasionnelle

Aide afin de couvrir des dépenses exceptionnelles (frais de déplacement pour suivre une formation, frais de scolarité,...)

aide au logement

Paiement d'une garantie locative, des frais de déménagement,...

[01]. (v art 57 et 60LO)

Le CPAS est également averti des situations d'expulsion sur son territoire et informe dès cet instant l'intéressé de ce qu'il peut lui apporter une aide.

aide en matière de santé

Le CPAS doit permettre à la personne de bénéficier de l'AMI éventuellement en payant les frais d'affiliation et de cotisations complémentaires.

Le CPAS peut accorder **une aide médicale** qui permet aux personnes d'accéder aux soins sans devoir débourser d'argent. Cette aide peut prendre différentes formes :

→ La carte médicale et/ ou pharmaceutique est une carte attribuée par le CPAS pour une durée et des prestations déterminées. Elle mentionne le prestataire de soins et permet à l'usager de ne plus demander d'autorisation préalable pour les prestations couvertes par la carte.

→ Le réquisitoire est un moyen de paiement octroyé par le CPAS à un usager. Ce document signale au prestataire de soins l'engagement de prise en charge par le CPAS.

→ Avances récupérables pour achat de lunettes, pour frais d'orthodontie…

En principe, le bénéficiaire de l'aide a le libre choix du médecin. Cependant, la jurisprudence a admis que ce choix soit limité aux médecins agréés par le CPAS ou en tout cas à des médecins conventionnés.

L'aide médicale urgente est la seule due aux personnes en séjour illégal en Belgique. [02]

Cette aide médicale urgente ne se limite pas aux situations d'extrême urgence ou aux situations traitées par le service des urgences d'un hôpital. En effet, l'AR du 12/12/1996 stipule que l'aide peut être tant préventive que curative. C'est le dispensateur de soins qui détermine par un certificat médical obligatoire la nécessité des prestations effectuées.

Le CPAS compétent est théoriquement celui du lieu où le demandeur réside habituellement. Cependant, lorsque la personne se rend directement à la garde d'un hôpital parce qu'il y a extrême urgence imprévue, le CPAS territorialement compétent sera celui du territoire sur lequel se trouve l'établissement hospitalier.

Le CPAS pourra se faire rembourser l'aide médicale urgente attestée par certificat médical auprès du Ministère de la Santé publique.

aide en nature

Colis alimentaires, vêtements, meubles.

2/ AIDE PSYCHO-SOCIALE

Guidance, information et assistance dans les démarches sociales.

[02]. L .O.art 57 §2 et AR 12/12/1996

3/AIDE SOUS FORME DE TRAVAIL– L'ARTICLES 60§7 [01]

Le CPAS peut engager une personne de manière à lui ouvrir les droits à la sécurité sociale des travailleurs salariés. Cette personne travaille au CPAS ou est mise à disposition d'une entreprise, d'une asbl ou d'un service communal.

4/SERVICES ET ÉQUIPEMENTS

Tout CPAS peut créer des services selon les besoins et les possibilités. Il peut aussi collaborer avec des associations ou des services existants (idée de réseau)

Ex : crèches, services d'aide familiale, repas chauds à domicile, maisons d'accueil, maisons de repos, hôpitaux,...

CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DE L'AIDE

Il n'y a pas de conditions objectives à l'octroi de l'aide sociale. La demande sera analysée au cas par cas, en tenant compte des ressources et des charges que doit assumer le demandeur.

Il n'y a pas de condition d'âge ni de nationalité (mais le demandeur doit séjourné légalement en Belgique sauf pour l'aide médicale urgente). Le CPAS peut exiger que le demandeur soit disposé à travailler.

LE DROIT À L'INTÉGRATION SOCIALE (DIS)[02]

LES CONDITIONS D'OCTROI

1/ RÉSIDENCE EFFECTIVE EN BELGIQUE

Le demandeur doit séjourner habituellement et en permanence sur le territoire.

2/ AGE

- être majeur (18 ans) ;
- ou mineure et émancipée par le mariage ;
- ou mineure, célibataire et avoir la charge d'un ou de plusieurs enfants ;
- ou mineure et enceinte.

[01]. L.O.art 60§7
[02]. Loi du 26/05/2002

3/ NATIONALITÉ

- belge ;
- citoyen européen qui bénéficie d'un droit au séjour de plus de trois mois ou membre de sa famille qui l'accompagne ou le rejoint ;
- apatride ou réfugié reconnu ;
- ou étranger hors EEE inscrit au registre de la population.

4/ RESSOURCES INSUFFISANTES

Pour bénéficier du droit à l'intégration sociale, la personne doit disposer de ressources insuffisantes par rapport à des barèmes définis.

Le CPAS calcule les ressources de la personne conformément à la réglementation et accorde l'éventuel complément de revenu d'intégration afin que le demandeur dispose du montant fixé pour la catégorie de bénéficiaires dont il relève.

	MONTANTS ANNUELS	MONTANTS MENSUELS
Cohabitants	5.922,53 €	493,54 €
Isolés	8.883,78 €	740,32 €
Personne avec charge de famille	11.845,05€	987,09€

[03]

Pour établir ce calcul, on tient compte des ressources du ménage c'est-à-dire des ressources que possèdent les personnes avec lesquelles le demandeur vit en couple.

Le CPAS peut également tenir compte des ressources des parents, enfants et alliés qui vivent avec lui.

On tient compte des ressources professionnelles, des ressources provenant de prestations sociales, des ressources immobilières, ressources mobilières, rentes, pensions alimentaires,...

Il n'est pas tenu compte des allocations familiales octroyées aux enfants du demandeur, de l'aide sociale et des dons, de la pension alimentaire versée au profit d'enfants mineurs à charge, …

5/ DISPOSITION AU TRAVAIL

La personne doit être disposée à travailler, à moins que des raisons de santé ou d'équité l'en empêchent.

[03]. http://www.cpas.fgov.be/be_fr/01/integratie/Leefloon/index.html (consulté le 20/02/11)

6/ CARACTÈRE RÉSIDUAIRE DU DROIT

Le droit à l'intégration est l'aide ultime (le dernier filet) et la personne ne peut la demander qu'après avoir fait valoir ses droits aux prestations dont elle peut bénéficier en vertu de la législation sociale belge et étrangère (droit au chômage ou à d'autres prestations,…) .

Il peut être imposé également au demandeur de faire valoir ses droits à l'égard des « débiteurs d'aliments » [01]

FORME DU DROIT À L'INTÉGRATION SOCIALE

1/ LES MOINS DE 25 ANS

Pour les moins de 25 ans, le droit à l'intégration sociale passe prioritairement par l'emploi. Les CPAS ont l'obligation de fournir aux jeunes dans les trois mois de leur demande soit contrat de travail soit d'assortir le revenu d'intégration d'un **projet individualisé d'intégration sociale** devant mener à l'emploi.

Le projet d'intégration peut prendre trois formes :

- projet de mise à l'emploi ;
- projet de formation ;
- projet d'études de plein exercice .

2/ LES PLUS DE 25 ANS

Pour les plus de 25 ans, l'intégration sociale par l'emploi est moins prioritaire. Le projet individualisé d'intégration sociale n'est plus une obligation mais le CPAS ou le demandeur peuvent le demander.

COMMENT DEMANDER L'INTERVENTION DU CPAS ?

CPAS COMPÉTENT[02]

Le centre public d'action sociale compétent est généralement le centre de la commune où la personne se trouve habituellement. On parle du « Centre secourant ».

[01]. Le débiteur d'aliment est un membre de la famille qui a des obligations alimentaires à l'égard du demandeur d'aide. Il s'agit des parents, du conjoint, des enfants et parfois des petits-enfants.
[02]. articles 1 et 2 Loi du 2 avril 1965 relative à la pris en charge des secours accordés et par les centres publics d'aide sociale

Lorsque la personne séjourne dans un hôpital psychiatrique, un établissement pour personnes handicapées, une maison de repos, etc…, le centre compétent est celui de la commune où la personne est inscrite au registre de la population. On parle du « Centre du domicile de secours ».

Le CPAS qui ne se considère pas compétent devra transmettre la demande par écrit au CPAS estimé compétent dans les 5 jours calendrier après en avoir averti le demandeur.

INTRODUCTION DE LA DEMANDE

La demande est introduite par lettre ou en se présentant en personne à la permanence du CPAS. La demande peut également être introduite par toute autre personne désignée par le demandeur.

Les CPAS doivent mettre en place au moins deux permanences par semaine.

Le même jour, un accusé de réception est remis ou envoyé au demandeur.

EXAMEN DE LA DEMANDE

Le travailleur social réalise **une enquête sociale** qui lui permet de recueillir tous les éléments pour établir le droit. Cette enquête peut comporter une visite à domicile.

Le demandeur a l'obligation de collaborer à l'enquête en fournissant tous les renseignements utiles à l'examen de sa demande. Il doit informer le CPAS de tout élément nouveau susceptible d'avoir une répercussion sur l'aide qui lui est octroyée.[03] L'absence de collaboration est souvent invoquée pour justifier une absence de décision.

Le travailleur social doit signaler explicitement au demandeur du droit à l'intégration sociale qu'il peut être entendu pour défendre son point de vue par le Conseil ou l'organe de décision. Le demandeur peut, pour exercer ce droit, se faire assister ou représenter par une personne de son choix s'il en fait la demande par écrit.[04]

Cette possibilité d'être auditionné par le Conseil n'existe pas dans le cadre d'une demande d'aide sociale.

PRISE DE DÉCISION

La décision doit être prise dans les **30 jours** qui suivent la réception de la demande. La décision est notifiée dans les huit jours à l'intéressé par lettre recommandée. Cette lettre doit motiver la décision.

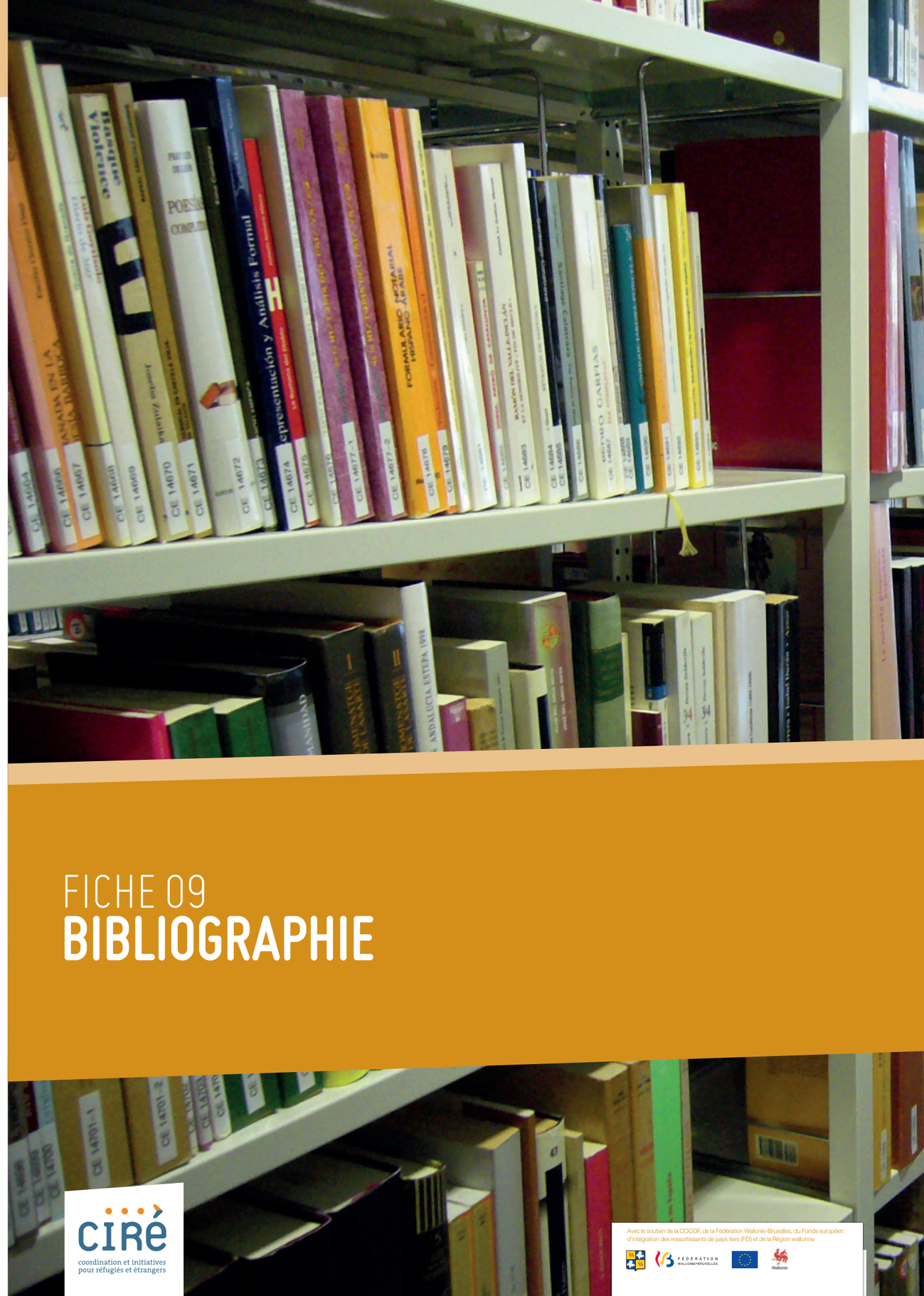
Le droit est revu systématiquement au moins une fois par an.

[03]. art19§2 1 loi du 26/05/02 et art 60§1. 1 et 2 LO
[04]. Droit d'audition art 20

RECOURS CONTRE LA DÉCISION (OU SON ABSENCE)

Un recours peut être introduit par le demandeur contre la décision du CPAS. Mais aussi contre l'absence de décision dans les délais requis (d'où l'importance de l'accusé de réception qui prouve que la demande a été introduite).

Le recours est introduit auprès du **tribunal du travai**l du domicile de l'intéressé **dans les trois mois**.



FICHE 09
BIBLIOGRAPHIE

CIRÉ
coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers

Avec le soutien de la COCOF, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, du Fonds européen d'intégration des ressortissants de pays tiers (FEI) et de la Région wallonne

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES ET ARTICLES

- *Cent ans de Droit social en Belgique*, Ministère de l'Emploi et du Travail, Ministère de la Prévoyance sociale, 1987 .
- *Notre patrimoine social*, dossier PDF téléchargeable sur http://www.cne-gnc.be/--%20DOCUMENTS/Notrepatrimoine.pdf , 2004-2005.
- *Notre sécurité sociale*, dossier PDF téléchargeable sur http://www.cne-gnc.be/sitepatrimoine/index.htm , 2004-2005.
- *6 mensonges sur le vieillissement et l'avenir des pensions*, dossier PDF téléchargeable sur http://www.cne-gnc.be/sitepatrimoine/index.htm , 2005.
- *Sécurité sociale, la solidarité au fil des jours*, CESEP, Nivelles, 1995.
- *La sécurité sociale : Notre avenir en dépend*, Femmes Plurielles n°17, Revue des FPS, Bruxelles, juilaoûtsept 1995.
- *Clefs pour comprendre la sécurité sociale*, Le Soir, Bruxelles, 14/12/95.
- *La sécurité sociale, un chef d'œuvre en péril*, Les Cahiers du Petit Ligueur, Ligue des familles, Bruxelles, 1995.
- *Sécurité sociale, la solidarité à tous les étages*, Centre coopératif de la consommation, Bruxelles, 1995.
- *La sécu dans la tourmente,* Dossier, Politique, Bruxelles dec 2004.
- M. Alaluf, *Dictionnaire du prêt à penser*, EVO, Bruxelles, 2001
- E. Arcq et P. Blaise, *Des fondements idéologiques de la Sécurité sociale 1944- 1960*, Courrier Hebdomadaire du CRISP n°1453-1454.
- E. Arcq et P. Renan, *Les interlocuteurs sociaux et la réforme de la sécurité sociale*, Courrier Hebdomadaire du CRISP n°1508-1509.
- E. Arcq et P. Blaise, *Histoire politique de la sécurité sociale*, Revue belge de sécurité sociale, Bruxelles, sept 1998, pp. 481-771.
- Ch. Arnsperger, *Idéal de solidarité ou mascarade*, Revue nouvelle, Bruxelles, avril 2001, p. 63.
- P. Bourdieu, *La démission de l'État* in « La misère du monde » pp. 337-350 Seuil, Paris 1993.
- R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, Paris 1995.
- R. Castel, *L'insécurité sociale*, La république des idées, Seuil, Paris, 2003.
- F. Dassetto, *La troisième voie, l'État social actif et leurs fausses évidences*, Politique, Bruxelles oct/nov 2000 .

- T. Delabie, *Vivre plus longtemps : un problème ?*, Etudes marxistes n°69-70, 2005.
- E. Deny, *Le PAC ou planifier, aider, contrôler*, Orbem, 1995.
- G. De Swert, *50 mensonges sur la fin de carrières*, Ed Luc Pire , Bruxelles, 2005.
- G. De Swert , *La sécurité sociale en sous-sol*, La Revue nouvelle, Bruxelles, mars 2007 pp. 50-57.
- J. Faniel, *Réactions syndicales et associatives face au contrôle de la disponibilité des chômeurs*, L'Année sociale 2004, Bruxelles, 2005, pp. 133-148.
- -P. Feltesse, P. Reman, *Comprendre la sécurité sociale*, Couleur livres, 2006.
- -A. Fransen, *Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale* , La Revue nouvelle, Bruxelles, dec 2003.
- S. Goldmann, « *Notions-cles pour aborder la sécurité sociale en Belgique* » , L'insertion n°58 , Bruxelles, pp.18-19.
- D. Hollemans, *La troisième voie : Die neue Mitte/Mythe ?,* Revue Nouvelle 04/2001 pp. 37-51.
- G. Matagne, *De l'État social actif à la politique belge de l'emploi*, Courrier hebdomadaire du CRISP n°17/37 17 38, Bruxelles, 2001.
- T. Moulaert, *La fin de carrière, des politiques en débat*, Courrier hebdomadaire du CRISP n°1882, Bruxelles, 2005.
- T .Moulaert, *Le pacte de solidarité entre les générations*, Courrier hebdomadaire du CRISP n°1906-1907, Bruxelles, 2006.
- P. Palsterman, *Contrôle des chômeurs : chasse aux sorcières ou réforme nécessaire*, Revue nouvelle 04/2004 pp. 4-14.
- P. Palsterman, *Défédéraliser la sécurité sociale ?,* Courrier hebdomadaire du CRISP n°1899, Bruxelles, 2005.
- P. Peeters, *Vive la sécu !* , La Revue nouvelles, Bruxelles, mars 2007 pp. 44-49.
- A. Réa, *La société en miettes Épreuves et enjeux de l'exclusion*, Bruxelles, Labor, 1997.
- P. Renan, *La Sécurité sociale*, Dossier du CRISP n°38, Bruxelles, 1992 .
- SPF Sécurité sociale, *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur la sécurité sociale*, juillet 2008.
- F. Schiettecatte, *Les vingt ans du code cohabitant*, Ligue des droit de l'homme, Bruxelles 2000.
- B. Vaes, *La sécurité sociale a 50 ans*, Le Soir, Bruxelles, 28/12/94.
- Ph. Van Parys (Propos recueillis par Nathalie Ista), *L'État social actif est davantage un projet qu'une réalité*, Traverses Mai 2001 pp 5-7.
- G. Vanthemsche, *La sécurité sociale, Les origines du système belge, le présent face à son passé*, De Bœck, Bruxelles, 1994.
- *Le financement de la sécurité sociale*, Actes du colloque organisé par l'ULB, Bruxelles, mars 1999

GUIDES SOCIAUX

- *Le Guide social*, Alia Consult
- *Aperçu de la Sécurité sociale en Belgique*, Ministère de la Prévoyance sociale
- *Mieux comprendre la législation chômage*, ONEM
- *Vos droits en matière d'accident du travail dans le secteur privé*, FAT
- *Le régime des pensions et des travailleurs salariés,* ONP

PÉRIODIQUES

- Actualités sociales, ed Kluwer
- Bulletin de l'ONAFTS
- Mémo des droits sociaux, Solidarité nouvelles
- Revue Belge de sécurité sociale, Ministère des Affaires sociales
- Syndicat, Périodique de la FGTB
- En marche, Périodique de l'ANMC
- L'insertion, Périodique de la FEBISP
- Profil, Périodique de l'UNML
- Solidarité santé, Périodique de L'UNMS

SITES INTERNET

ministère de l'emploi et du travail	http://www.meta.fgov.be
Sites officiels de la sécurité sociale	http://www.socialsecurity.fgov.be
	https://www.socialsecurity.be
	http://www.masecu.be
ONSS	http://www.onssrszlss.fgov.be
INASTI	http://www.rsvz-inasti.fgov.be/fr
ONAFTS	http://onafts.fgov.be
Partena (allocations fam)	http://www.kids.partena.be
Portail des familles	http://www.lesfamilles.be/portail
Ligue des familles	http://www.citoyenparent.be/Public/Ligue
ONEM	http://www.onem.fgov.be/Home/MenuFR.htm
CSC	http://www.csc-en-ligne.be
	http://www.cne-gnc.be
FGTB	http://www.abvv.be
	http://www.setca.org
Plate-forme stop chasse au chômeurs	http://www.stopchasseauxchomeurs.be
ONVA	http://www.onva-rjv.fgov.be

INAMI	http://www.inami.fgov.be/homefr.htm
mutualités chrétiennes	http://www.mc.be
	http://www.enmarche.be
mutualités libres et professionnelles	http://www.mloz.be
mutualités socialistes	http://www.mutsoc.be
mutualités neutres	http://www.mutualites-neutres.be
CAAMI	http://www.caami-hziv.fgov.be/Model4-10-F.htm
FAT	http://fat.fgov.be/site_fr/home.html
FPM	http://fmp-fbz.fgov.be/fr/fmp_fr01.htm
ONP	http://www.rvponp.fgov.be/onprvp2004/
CPAS	http://www.ocmw-info-cpas.be/index.php/home_fr
	http://www.cpas.fgov.be/be_fr/01/tewerkstelling/index.html
	http://socialassistance.fgov.be/
	http://www.luttepauvrete.be/indexnojs.htm
Aide médicale urgente	http://www.medimmigrant.be/index.asp ?idbericht=1&idmenu=1&state=0&lang=fr