

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ÉVOLUTION ET TENDANCES
de la
SÉCURITÉ SOCIALE

*

* *

BELGIQUE

TOME I

Étude effectuée à la demande de la
Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier

Genève 1959

I N T R O D U C T I O N

Désireuse de développer ses activités sociales et de contribuer au progrès dans un sens toujours plus favorable au bien-être des travailleurs, la Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier a demandé à l'Association Internationale de la Sécurité Sociale de collaborer à une étude sur l'évolution et les tendances de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté.

Cette évolution est décrite, en partant, pour chacun des pays membres de la Communauté, des premières mesures prises pour introduire des prestations d'assurance à caractère social, pour arriver ensuite, en passant par les différentes étapes déterminées par l'adoption de lois et de réformes sociales importantes, à la description de la situation présente, telle qu'elle résulte des mesures en vigueur au cours de l'année 1958.

Cette description se base sur l'analyse des éléments législatifs, administratifs et techniques introduits au cours des années dans chacun des pays de la Communauté, et affectant les branches suivantes de la sécurité sociale :

- Assurance maladie-maternité
- Assurance invalidité-vieillesse et survivants
- Assurance accidents et maladies professionnelles
- Allocations familiales
- Chômage.

En vue de donner autant que possible, pour chacune des différentes branches de la sécurité sociale, une présentation uniforme des différentes monographies prévues, l'A.I.S.S. et la C.E.C.A. ont adopté conjointement un plan préalable d'étude décrivant l'ordre des questions à analyser.

Les différentes monographies nationales ont été préparées pour chaque branche d'assurance par l'institution nationale compétente dans chacun des pays de la Communauté membre de l'A.I.S.S. Elles ont été coordonnées par le Secrétariat général de l'A.I.S.S.

Etant donné que d'une part elles reflètent fidèlement l'évolution de la législation sur la sécurité sociale jusqu'à ce jour, telle qu'elle résulte des données recueillies, et que d'autre part elles étendent leur analyse à toutes les catégories de travailleurs protégées par les assurances sociales, ces monographies peuvent être considérées comme constituant un supplément à celles publiées par la Haute Autorité : "Les régimes de Sécurité Sociale applicables aux travailleurs du Charbon et de l'Acier dans la Communauté et en Grande-Bretagne".

Se basant sur cette documentation, la Haute Autorité rédigera sous sa propre responsabilité, mais en collaboration avec l'A.I.S.S., et avec d'autres organismes, ainsi qu'en faisant éventuellement appel à des experts choisis pour leur compétence économique, sociale, juridique ou autre, une étude de synthèse de ces évolutions et tendances nationales, aux fins d'en dégager les grandes lignes de la sécurité sociale dans le cadre général, économique et social, de chaque pays.

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
- Assurance maladie-invalidité	3
- Assurance vicillesse-survivants	64
- Accidents du travail	96
- Maladies professionnelles	113
- Assurance chômage	118

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance maladie-invalidité

Belgique

Genève 1959

Table des Matières

	<u>Pages</u>
Antécédents historiques - grandes étapes	5
- <u>Structure</u>	21
- <u>Champ d'application</u>	28
- extension parmi les salariés et les employés (à l'exclusion de l'agriculture)	28
- extension autour de l'affilié	33
 <u>PRESTATIONS</u>	
- <u>Prestations en nature</u>	38
- <u>Soins médicaux</u> -	38
- Principes	38
- Développement	38
- <u>Remboursement des produits pharmaceutiques</u>	43
- <u>Rapports entre les organismes assureurs et les hôpitaux</u>	49
- <u>Catégorics d'assurés sociaux bénéficiant des prestations en nature - Début et durée du service de ces prestations</u>	51
- <u>Prestations en espèces</u>	52
- Délai de carence	52
- Montants des indemnités et durée	52
- <u>Evolution des dépenses et de leur répartition entre les différentes catégories de Prestations - Financement</u>	58

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE
EN BELGIQUE

Antécédents historiques-Grandes étapes.

Avant la première guerre mondiale.

Il n'est pas possible de dissocier l'étude de l'Assurance Maladie-Invalidité de celle de la Mutualité, étant donné que c'est le désir de généralisation de l'assurance libre qui a fait naître le principe de l'obligation.

Ce sont les dirigeants de la mutualité qui ont été eux-mêmes les promoteurs de l'assurance obligatoire et on ne peut envisager d'esquisser l'histoire du mouvement mutualiste sans l'associer à celle des Assurances Sociales en général et de l'Assurance Maladie-Invalidité en particulier.

On relève, en Belgique, l'existence des premières sociétés de secours mutuels dès le début du XIXème siècle et on peut dire qu'à l'origine de ces problèmes sociétés mutualistes, on trouve autant la nécessité pour les ouvriers de l'époque de se solidariser dans la lutte contre les conséquences de la maladie que le désir d'association pour la défense de leurs intérêts professionnels.

En effet, la loi française Le Chapelier était appliquée en Belgique depuis 1795 et empêchait la création de sociétés et de groupements de résistance ouvrière.

En créant des Sociétés Mutualistes, les ouvriers trouvaient à la fois le moyen de défendre leurs compagnons malades et l'occasion de contourner les effets de la loi Le Chapelier.

Sous cet aspect, les sociétés de secours mutuels, d'émanation purement ouvrière, se confondent, à leur origine, avec la naissance du Syndicalisme.

La plupart des caisses de maladie étaient d'ailleurs, comme les syndicats, organisées par professions.

La nécessité de la défense des travailleurs contre les risques de maladie et d'invalidité fut d'ailleurs appréciée de façon très différente par les maîtres de l'époque: tandis qu'en 1810, le Bourgmestre de Gand interdisait la constitution de sociétés mutualistes, on voyait Napoléon, en 1812, décréter la création à Liège de la première Caisse de Prévoyance pour les ouvriers mineurs.

En 1819 à Louvain, puis en 1820, à Bruxelles, les typographes fondent une société de secours mutuels. En 1836, un Liégeois, Nicolas Coulon, fonde à Bruxelles la mutualité des ouvriers tailleurs.

De nombreuses mutualités se créent sur le terrain professionnel.

En 1844, les marins naviguant sous pavillon belge obtiennent du Parlement une loi d'assurance obligatoire encore en vigueur aujourd'hui et qui couvre les risques maladie, invalidité, vieillesse et décès.

En 1849, les ouvriers cigariers d'Anvers fondent leur société de secours mutuels et en 1868, après l'abolition de la loi défendant les coalitions, cette société devient le syndicat des cigariers qui existe encore actuellement.

C'est en effet, en 1866 que la loi Le Chapelier est abrogée et que le droit de grève est reconnu aux ouvriers et que le Syndicat peut commencer à vivre au grand jour et sous son vrai nom.

A partir de ce moment, la mutualité limite son action à la prévoyance en vue de la maladie. On commence à comprendre que le grand nombre de membre diminue l'incidence financière des risques et les sociétés mutualistes admettent de plus en plus des travailleurs appartenant à d'autres professions que celles qu'elles groupaient au moment de leur fondation.

On voit aussi et pour les mêmes raisons, diverses sociétés fusionner en fédérations de façon à augmenter leur capital et mettre les médecins des diverses sociétés au service de tous les mutuellistes d'une même fédération: c'est ainsi qu'en 1862, est créée la Fédération verviétoise et en 1863, la Fédération libre de Bruxelles qui constituent encore aujourd'hui deux des plus importantes fédérations affiliées à l'Union Nationale des Mutualités Neutres de Belgique.

Jusqu'en 1885, ces mutualités restent indépendantes des partis politiques, mais elles participent cependant aux grands courants sociaux et économiques de l'époque et comprennent notamment que la Coopération peut aider à leur succès.

On voit en 1881, la Fédération Libre de Secours Mutuels de Belgique fonder la société coopérative. "Les pharmacies Populaires" dont des succursales seront installées à Verviers en 1886, par la Fédération Verviétoise.

Lors d'un premier Congrès National en 1885, les mutuellistes se constituèrent en Fédération Nationale qui tint, en 1887 à Liège, un congrès qui discuta et approuva la création d'une Caisse Nationale de Réassurance pour les malades n'ayant plus droit à l'indemnité de leur mutualité.

En 1888, il y avait en Belgique 85 000 mutualistes dont 3 000 étaient affiliés à la Caisse Nationale de Réassurance.

A partir de 1892, date du Congrès National des Mutualités Neutres à Gand, des mutualités politiques commencent à se détacher de cette Fédération Nationale et à s'organiser comme telles.

La fondation en 1885 du Parti Ouvrier Belge avait déterminé les mutuellistes socialistes à organiser leurs propres mutualités.

D'autre part, en 1891, le Pape Léon XIII avait invité les catholiques à encourager et à diriger eux-mêmes les mutualités.

Enfin, des mutualités libérales s'organisent dans toutes les régions du pays autour d'une Ligue Nationale créée par un député libéral anversois.

Les mutualités qui étendent constamment le programme de leur activité sont amenées à étudier des questions telles que l'hygiène des logements, des ateliers, des usines, l'établissement de refuges pour les vieillards, d'hospices pour les orphelins, l'instruction obligatoire, les pensions de vieillesse.

Ils comprennent l'importance de tous ces problèmes sur la fréquence de la maladie et ils se rendent compte que leur cause doit être défendue au Parlement où ils doivent être directement ou indirectement représentés.

L'affiliation politique est, pour eux, un moyen efficace de succès de leurs revendications.

Nous sommes au début de 1900.

Et, en effet, sous l'impulsion des mandataires politiques, les pouvoirs publics commencent à aider et à subsidier les sociétés mutualistes.

Les Conseils Provinciaux du Hainaut, de Liège et du Brabant accordent aux Caisses Fédérales de Réassurance des subsides allant jusqu'à 50 % des dépenses des mutualités pour les indemnités.

La mutualité commence à avoir droit de cité.

En 1903, la loi sur les Accidents de Travail, allège les mutualités des soins de santé et des indemnités qu'elles devaient payer aux travailleurs qui n'avaient pas pu prouver que la responsabilité de l'accident incombait au patron.

En 1906, le Gouvernement octroie à titre d'expérience des subsides aux Caisses Fédérales de Réassurance.

En 1912, une loi intervient - toujours en vigueur aujourd'hui - qui règle définitivement la question des primes annuelles aux caisses de longue maladie et d'invalidité: il y avait à ce moment plus de 500 000 mutualistes, dont 312 000 affiliés à une Caisse de Réassurance.

Depuis plusieurs années déjà, des mutualistes songeaient à l'Assurance Obligatoire en postulant un maximum de sécurité sociale pour le travailleur, dans la puissance de généralisation acquise par l'obligation.

Ce fut tout d'abord le principe même de l'obligation d'assurance qui donna lieu à des divergences de vues et retarda l'avènement des Assurances Sociales.

Deux tendances s'opposaient: les uns adoptaient la thèse des non-interventionnistes et considéraient que l'intervention de l'Etat allait à l'encontre des conditions d'un développement normal de l'homme, que l'intervention de la loi menaçait l'éducation naturelle du travailleur par sa propre misère.

L'adage moyenâgeux "Mult at aprist ki bien conoist ahan", "celui qui a connu la misère a beaucoup appris", tenait à laisser dans le besoin une bonne partie de la population dont les conditions matérielles et sociales, d'une part et le manque d'énergie morale, d'autre part ne permettaient pas l'épargne.

Les partisans de cette doctrine considéraient comme une déchéance morale le fait d'une assurance obligatoire et automatique qui inhibait tout effort individuel.

L'autre tendance prétendait au contraire que c'était la misère qui engendrait l'imprévoyance et que l'on n'aurait le droit de renoncer à l'obligation d'assurance et de laisser la souffrance accomplir son oeuvre éducatrice que "si la répartition des richesses était rigoureusement basée sur la Justice". Elle postulait, selon Schäffe, que l'obligation d'assurance délivre de l'esclavage et de l'inertie, au même titre que l'obligation scolaire délivre de l'ignorance.

Un des partisans de cette dernière doctrine était Hector Denis qui, en 1897, déposa une proposition de loi sur l'assurance contre l'invalidité prématurée et la vieillesse.

Dans les développements de cette proposition de loi, il disait:

"Loin de rapprocher des sociétés animales, l'habitude de subordonner la conduite du présent à l'avenir en éloigne, encore même qu'elle soit le fruit de la contrainte; non seulement l'obligation discipline l'individu à la prévoyance, mais elle le prépare à la pratique consciente de la solidarité. L'assurance est le rayonnement de ces deux sentiments qui se résolvent dans la mutualité.

"Le plus profond observateur des effets de la législation allemande, Brooks, l'a bien vu: "L'effet moral principal sera d'accroître le sentiment de la solidarité... Si les lois d'assurance devaient être abandonnées, ce résultat subsisterait et c'est là une force beaucoup trop considérable pour être mesurée par une estimation purement économique" Les lois psychologiques de l'association des sentiments et des idées, et de l'habitude, mises en oeuvre par le législateur, prépareront une évolution morale supérieure, où toute contrainte deviendra inutile. Par l'obligation, le plus grand nombre s'élève à une sphère morale supérieure; il y a accroissement de dignité, de puissance de bien-être, expansion de l'individualité et de la liberté réelle, positive. Il y a manifestement progrès sur la liberté négative, qui ne nous fournit à la fin du siècle, que le témoignage statistique suivant:

"Bien que le nombre des membres effectifs des sociétés de secours mutuels, reconnues ou non, ait, en Belgique, par un essor remarquable, triplé en dix ans, il ne s'élève encore qu'à 122 345 en 1895. Les encouragements et la propagande ont porté à 9 970 le nombre des membres des sociétés reconnues affiliées à la Caisse de Retraite, soit 10,2% de l'effectif des sociétés, qui elles-mêmes représentent, jointes aux sociétés non reconnues, 8% du nombre total des ouvriers et employés auxquels pourrait s'étendre l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse. Et encore, des rapports de comités de patronage révèlent l'instabilité fréquente des versements. En présence de ces chiffres on ne peut s'empêcher d'approuver Brooks dans son rapport: "Une longue attente avec l'assurance volontaire laisserait des millions d'hommes et de femmes encore exposés aux conditions sous lesquelles la maladie, l'accident, la mort prématurée pourraient produire les extrêmes souffrances que la société n'a pas le droit de permettre, si une voie pratique de les écarter peut être atteinte. C'est à quoi l'assurance obligatoire permet de parvenir. L'exemple de l'Angleterre, si souvent invoqué, fournit la démonstration décisive de l'insuffisance cruelle de l'initiative privée".

Se plaçant au point de vue de l'employeur et de l'Etat, Hector Denis disait :

"L'extension du principe à l'employeur et à l'Etat implique une conception plus haute du contrat de travail que la rigide conception individualiste. C'est la réalisation de la pensée de Condorcet, et surtout de Sismondi, qui s'élevait, il y a soixante-dix ans, contre l'insolidarité absolue du régime de la libre concurrence. Le lien de solidarité doit s'étendre entre le patron et l'ouvrier au delà de la période d'activité productive, et le salaire normal doit comprendre les primes d'assurance contre la maladie, l'invalidité, contre tous les risques de travail: le système obligatoire en généralise graduellement l'introduction".

"L'obligation de l'assurance empêche que le patron généreux soit sacrifié au patron égoïste, en les plaçant dans des conditions identiques de concurrence".

"Déjà le principe de cette généralisation est déposé dans les statuts des caisses de prévoyance belges; il s'est élevé, par la loi de 1894, en France, à un degré supérieur de généralisation. Le contrat de travail participe ici, désormais, d'un droit public économique pénétré de solidarité et qui fait naître des droits et des devoirs réciproques entre l'ouvrier, le patron et l'Etat, organe de la société. Cette conception concorde avec la théorie moderne du salaire, d'après laquelle le vrai fonds des salaires et des profits c'est le revenu des consommateurs effectivement consacré à l'acquisition des produits".

Cette proposition de loi qui ne fut jamais discutée au Parlement du fait de l'hostilité du gouvernement à l'idée d'obligation consistait dans une application expérimentale à la Belgique de la loi allemande du 22 juin 1889. Elle prévoyait que cette loi serait soumise à révision après cinq années d'application, de façon à disposer à ce moment des résultats d'une expérience de 10 ans en Allemagne et de 5 ans en Belgique. Cette loi d'obligation d'assurance contre l'invalidité prématurée et la vieillesse devait s'appliquer à tous les ouvriers et ouvrières de l'industrie, de l'agriculture, des transports et du commerce, aux domestiques et employés ayant 16 ans révolus et dont le salaire ne dépassait pas 2 250 fr par an.

L'incapacité de travail résultant de maladies professionnelles était comprise dans l'invalidité prématurée. Cette incapacité de travail devait empêcher l'ouvrier "de gagner le sixième du salaire quotidien moyen des manoeuvres dans la localité où il avait travaillé en dernier lieu, augmenté du sixième de son salaire antérieur": ce qui revient à dire que l'incapacité de travail devait être de 66% puisqu'il pouvait garder une incapacité de gain de un tiers.

Une période préparatoire de 5 ans était prévue pendant laquelle les employeurs n'étaient pas tenus au paiement de la cotisation.

Après cette période expérimentale, les cotisations des employeurs devenaient obligatoires et étaient équivalentes au montant de celles des assurés. Les ressources nécessaires pour assurer l'intervention financière de l'Etat devaient être puisées, pour une moitié, dans les impôts sur le tabac et l'alcool, constituées en monopoles d'achat, de fabrication et de vente, et, pour l'autre moitié, dans l'impôt général et direct sur le revenu, en exonérant les revenus de moins de 2 250 fr de toute participation à ce fonds.

L'organisation de cette assurance était confiée à des groupements professionnels ou corporatifs ou encore à quatre établissements territoriaux qui réunissaient les assurés non compris dans les premiers groupements. Un Office Central, rattaché au Ministère du Travail, devait coordonner les opérations de tous ces établissements.

En 1912, les mutualités chrétiennes s'étant entretemps ralliées au principe de l'obligation d'assurance, le Chevalier de Ghellinck d'Elsegem, député catholique, déposa une autre proposition de loi réglant d'une manière générale les assurances sociales contre la maladie, l'invalidité et la vieillesse.

Dans le développement de cette proposition, l'auteur se défend tout d'abord de faire la critique complète de deux théories extrêmes dont l'une considère toute ingérence de l'Etat ou des employeurs comme une atteinte à la dignité et à la liberté du travailleur, et dont l'autre affirme que l'Etat doit aux masses travailleuses l'assurance gratuite, sans aucune contribution de leur part, contre tous les risques du travail et de la vie.

Mais il poursuit en disant :

"Le système appelé de la dette sociale réunit à lui seul et "au maximum de leurs effets tous les inconvénients reprochés à tous les "systèmes d'intervention; il met les ouvriers atteints à la merci de "l'Etat, il supprime toute initiative, toute liberté d'association dans "le domaine de l'assurance, il exige une lourde administration officielle, "pousse à la surenchère, à la simulation et soulève des problèmes fiscaux "sans issue. Si nous avons esquissé rapidement ces deux théories, ce n'est "que pour constater que notre législation sociale s'est inspirée d'une "thèse qui tient le juste milieu entre elles, tenant compte ainsi de "l'ambiance et de l'état actuel de la civilisation.

"Loin de nous la pensée de croire que tout a été fait en cette "matière et que nous n'avons plus qu'à attendre les résultats d'une "législation à peine ébauchée.

"Nous estimons au contraire que le moment est venu de faire un "pas en avant et de réunir sous une seule proposition toutes les "améliorations que nous désirons voir apporter au régime de nos "assurances sociales.

"Nous n'ignorons pas qu'en cette matière nous aurons à combattre "des idées préconçues, ce qu'on pourrait appeler des idées pétrifiées, "ou des associations d'idées tellement inséparables qu'on ne conçoit "pas l'une sans l'autre.

"C'est ainsi qu'il existe un malentendu sur le sens et la "portée du mot "obligation". Pour beaucoup il s'agit là d'un principe; "pour d'autres d'une modalité, d'un expédient, d'un pis-aller. On "associe souvent ce concept avec l'idée d'une tutelle gouvernementale, "étatiste", bureaucratique et en même temps patronale, sur les "intéressés, et avec l'idée, toute différente, de la contribution "obligée des industriels. Malgré le précédent, assez généralisé dans "les pays civilisés, de l'autonomie administrative des pouvoirs "locaux même lorsque ceux-ci sont subsidiés par les gouvernements,

"l'on voit que très souvent, au contraire, le concept de l'intervention des patrons et de l'Etat, par voie de contributions ou de subsides dans les assurances sociales, paraît inséparable d'une participation directe, allant bien au delà de mesures de garantie ou de contrôle, à l'administration même de ces assurances, au lieu et place de tout ou partie des intéressés. Ceux-ci sont ainsi privés d'une part de leur indépendance, de leur liberté d'association, débarrassés de la responsabilité la plus éducative, mais par contre, placés en conflit perpétuel avec les bienfaiteurs qui veulent faire leurs affaires à leur place ou qu'on prétend y contraindre.

"Ce concept étatiste, bureaucratique, paternaliste de l'obligation est une des principales causes de l'hostilité contre l'obligation elle-même; cette hostilité peut s'atténuer et même disparaître, moyennant certaines précautions et garanties, si on réduit l'obligation à n'être qu'une intervention subsidiaire de l'Etat et des patrons à l'égard des imprévoyants. Bien des gens qui n'admettent pas que l'on mette toute la classe ouvrière d'une nation sous conseil judiciaire sont tout disposés à admettre la mise sous tutelle des incapables et des prodiges, mais de ceux-ci seulement.

"Il s'est produit depuis vingt ans un incontestable courant populaire en faveur des assurances sociales dans la plupart des pays qui nous entourent, et chez nous, nous n'avons pas été les derniers à nous en préoccuper. Mais aux yeux de bien des observateurs pourtant très estimés, ce mouvement a paru se spécialiser vers la recherche des pensions ouvrières, considérées comme la cause essentielle et comme le véritable but des revendications sociales.

"C'est là une double et funeste erreur: erreur théorique d'abord, erreur d'observation ensuite. Il n'est pas vrai, en premier lieu, que les pensions de vieillesse soient l'oeuvre principale à réaliser dans le domaine des assurances sociales, ce n'est surtout pas la première. Il y a en Belgique 450 000 personnes âgées de plus de 65 ans contre 7 000 000 qui n'ont pas atteint cet âge et dont la grande partie ne l'atteindront pas.

"Il est évident, d'ailleurs, que les besoins des vieillards qui ne travaillent plus ou plus guère, sont plus faibles que ceux des hommes dans la force de l'âge; il est évident aussi que les vieillards n'ont généralement pas charge de famille.

"Pour l'ouvrier au contraire, qui a femme et enfants, c'est-à-dire pour la grande majorité, les risques immédiats sont ceux du chômage, de la maladie, des accidents, de l'invalidité, de la mort prématurée qui laisse une veuve et des rejetons sans ressources. Il est certain qu'il faut aller au plus pressé et secourir d'abord ces infortunes bien plus poignantes et plus nombreuses. Enfin, il n'est guère douteux depuis longtemps pour les spécialistes, que, à part le chômage qui ressortit aux unions professionnelles, c'est l'assurance contre la maladie qui doit être la base d'une organisation rationnelle des assurances sociales."

Cette loi d'assurance contre l'incapacité de travail résultant de la maladie, de l'invalidité et de la vieillesse devait s'appliquer aux ouvriers et employés des deux sexes dont la rémunération n'atteignait pas 2 400 Fr par an.

Elle pouvait également s'étendre aux travailleurs indépendants qui faisaient la preuve que leurs revenus ne dépassaient pas ce même taux.

L'organisation de cette assurance était entièrement confiée aux institutions mutualistes: l'assurance maladie était réalisée par les sociétés primaires et l'assurance invalidité était organisée par l'intermédiaire de ces mêmes sociétés, par les caisses fédérales auxquelles elles étaient affiliées ou devaient s'affilier.

L'assurance vieillesse était réalisée par la Caisse Générale de Retraite sous la garantie de l'Etat, également à l'intervention des mutualités ou de leur fédération.

Ce système affirmait essentiellement le principe de l'autonomie et de la responsabilité complète des assurés eux-mêmes et de leurs mutualités dont ils avaient élu les administrateurs.

Il excluait de l'administration de l'assurance toute tutelle patronale ou officielle qui tendait selon les promoteurs de la loi "à la simulation de la part des assurés et à la pression de la part des industriels et des fonctionnaires".

Il reposait aussi sur le principe du libre choix de l'organisme d'assurance. Il prévoyait la constitution de Conseils Régionaux des institutions de prévoyance pour les assurés qui n'étaient pas mutualistes et qui ne désiraient pas faire choix d'une mutualité existante.

Ces Conseils Régionaux institués à raison d'au moins un par province devaient compter 8 membres désignés par les mutualités reconnues, deux membres désignés par les employeurs, deux par le gouvernement, deux par la Députation Permanente du Conseil Provincial.

Les cotisations des assurés pour l'assurance maladie étaient fixées à 6 fr. par an au minimum; mais elles pouvaient être réduites à la demande des intéressés à 3 fr. par an pour les femmes, pour les ouvriers âgés de moins de 20 ans, pour les ouvriers nés avant le premier janvier 1856, pour tous les autres ouvriers dont le salaire n'atteignait pas 15 fr. par semaine.

Pour la cotisation de 6 fr. par an, l'indemnité journalière d'incapacité de travail était de 1 fr.; pour la cotisation de 3 fr. par an elle était réduite à 50 centimes.

Certains travailleurs pouvaient même être dispensés, à leur demande, de toute cotisation: les ouvriers âgés de moins de 15 ans et de plus de 65 ans, les domestiques logés et nourris chez leur patron, les ouvriers au bénéfice d'une pension de mineur, les ouvriers âgés de plus de 20 ans qui ne gagnaient pas un salaire de 12 fr. par semaine.

Mais, dans ce cas, ils n'avaient droit à aucune indemnité en cas d'incapacité de travail pour maladie.

Par contre, les assurés dont le salaire dépassait 2 fr.50 par jour, devaient payer une cotisation de 12 fr. par an et dans ce cas l'indemnité était augmentée.

Dans tous les cas où l'assuré avait droit aux indemnités d'incapacité de travail, on introduisait un délai de carence de 3 jours minimum et de 9 jours maximum. Cette indemnité ne pouvait en principe être accordée pendant plus de 3 mois.

Les cotisations des employeurs pour l'assurance maladie étaient de 3 fr. par an et par ouvriers, y compris ceux qui étaient partiellement ou entièrement dispensés de leur cotisation propre.

La cotisation de l'Etat était, elle aussi, de 3 fr. par an et par assuré, y compris les dispensés.

Dans certains cas, les charges respectives pouvaient donc représenter 66% pour les assurés; 16,6% pour les employeurs et 16,6% pour l'Etat. Dans la plupart des cas, ces charges se répartissaient comme suit: 50% pour les assurés, 25% pour les employeurs et 25% pour l'Etat.

En matière d'assurance maladie, le système réservait une importance primordiale au service médical et pharmaceutique.

Il accordait une indemnité forfaitaire de 30 fr. aux femmes en couches.

L'assuré payait sa cotisation propre à sa mutualité et celle-ci lui remettait au début de chaque trimestre un bon qui devait alors être présenté au patron: celui-ci apposait les timbres attestant ses propres versements.

Ce n'est que dans le cas où l'assuré ne remettait pas au patron ce bon prouvant qu'il avait payé sa cotisation, que l'employeur était autorisé à opérer des retenues sur le salaire: c'était toujours le cas pour les assurés, non mutualistes, inscrits aux conseils régionaux.

En matière d'assurance contre l'invalidité, le système prévoyait l'octroi d'une indemnité d'au moins 1 fr. par jour à partir de la cessation des indemnités de maladie (3 premiers mois) jusqu'à la guérison ou jusqu'à l'âge de 65 ans en cas d'invalidité permanente.

La cotisation de l'assuré pour l'assurance invalidité était de 6 fr. par an; les mêmes réductions et les mêmes dispenses de cotisation que pour l'assurance maladie étaient prévues, dans les mêmes conditions: 3 fr. de cotisation pour une indemnité journalière de 50 centimes; pas de cotisation pour les catégories sociales ayant les salaires les plus bas et, dans ce cas, pas d'indemnité d'invalidité.

La cotisation des employeurs était ici également de 3 fr. par an; toutefois, cette cotisation n'était exigible que lorsque les charges imposées à l'employeur en vue des mesures transitoires pour l'assurance vieillesse permettaient de distraire le montant de la cotisation d'invalidité des versements patronaux temporairement obligatoires en vue des pensions ouvrières.

Dans les développements de cette proposition de loi, le chevalier de Ghellinck d'Elseghem concluait:

" La proposition s'inspire des traditions conservatrices en "ménageant les intérêts présents et futurs de l'Etat et de l'Industrie... "Comme la loi suisse et la loi anglaise, la proposition est libérale "aussi en garantissant également aux membres des mutualités confessionnelles et politiques la liberté de conscience, c'est-à-dire la "liberté de changer d'opinion sans être exposés à perdre aucun avantage "ni à devoir quitter pour cela l'organisme d'assurance auquel ils "s'étaient affiliés en remplissant au début les conditions mises à leur "entrée... Puissions-nous avoir contribué, pour quelque part modeste "à côté du mouvement si remarquable des idées, en cette matière, de "développement fécond des oeuvres, des leçons de l'expérience et des "exemples de l'étranger, à hâter la réalisation d'un système national "d'assurance sociale, accepté et pratiqué par tous les groupements et "toutes les tendances et atténuant les inconvénients de l'obligation "par les garanties essentielles de prudence et de prévoyance, de "décentralisation, de responsabilité et de liberté populaire."

Entretiens, les libéraux s'étaient eux aussi ralliés au principe de l'obligation et devant cette majorité qui s'était constituée pour réclamer cette assurance maladie-invalidité, le gouvernement déposa le 12 novembre 1912, un projet de loi instituant l'assurance obligatoire en vue de la maladie, l'invalidité prématurée et la vieillesse.

Jusqu'à cette époque, c'est le désaccord autour de l'idée même de l'obligation d'assurance qui avait entravé l'avènement de cette législation.

A partir de ce moment, c'étaient les formes mêmes de l'organisation de cette assurance obligatoire qui allaient diviser cette majorité réunie autour du principe de l'obligation.

Le projet de loi du gouvernement reprenait la proposition faite par le député de Ghellinck, mais en précisant ses principes et en étendant ses applications. Il est cependant annoncé comme étant une transaction pratique entre les différentes tendances, en leur faisant à chacune sa part.

Ce projet de loi laisse une entière liberté aux mutualités qui fixent elles-mêmes la cotisation qu'elles doivent réclamer à leurs membres. Seules sont précisées par la loi, les obligations de l'Etat et des employeurs; il est interdit à ces derniers de percevoir par des retenues sur les salaires, les cotisations des mutualistes, ou encore d'exercer sur eux une pression quelconque qui porterait atteinte au libre choix de leur mutualité. Des dispositions sont prévues qui empêchent l'employeur de connaître les mutualités dans lesquelles sont inscrits les membres de son personnel.

Il est institué des Conseils régionaux pour les assurés non membres d'une mutualité.

L'économie générale du projet est la suivante:

	Etat	Employeur	Assuré	
			Non Mut.	Mut.
Assurance Maladie	25% des cotisations avec maximum de 3 fr. par an.	2 fr. par an	12 fr. par an.	cotisation déterminée par chaque mutualité.
Assurance Invalidité	60% des cotisations ouvrières	rien	6 fr. par an.	

Le projet repousse toute centralisation étatique. Il renonce à toute idée de compensation nationale, sauf pour les pensions de vieillesse.

Il applique l'obligation d'assurance à tous ceux qui travaillent moyennant salaire ou tout autre mode de rémunération pour compte d'un agriculteur, d'un industriel ou d'un commerçant pour autant que cette rémunération ne dépasse pas 2 400 fr. par an. Il s'étend aux travailleurs occupés dans les administrations publiques lorsqu'ils ne bénéficient pas d'avantages équivalents à ceux du projet.

L'assurance reste libre pour les travailleurs indépendants.

Les prestations accordées par le projet sont identiques à celles qui sont contenues dans le projet de Ghellinck.

Ce projet est discuté à la Chambre des Représentants et soulève de longues discussions.

Le député libéral Edouard Pécher et le socialiste Camille Huysmans déposent chacun une contre-proposition. Edouard Pécher dans sa proposition, déposée le 21 mai 1913, reproche au projet gouvernemental de n'être pas suffisamment complet; il démontre qu'une réforme urgente devrait réaliser un système d'assurance intégral englobant tous les risques liés à la vie de l'homme et du travailleur; maladie-invalidité, vieillesse, assurance contre les accidents de travail, contre les maladies professionnelles, contre la tuberculose, indemnités en cas de naissance d'un enfant, assistance aux veuves et aux orphelins, assurance contre le chômage involontaire et garantie du travail.

" Il nous paraît incontestable, dit Pécher, que la reconnaissance "du droit du travailleur à la sécurité, conséquence de sa participation "à la productivité générale, comporte pour la société le devoir corrélatif "d'intervenir en sa faveur.

" Ecartant ici toute considération de sentiments, faisant même "abstraction des puissants motifs d'équité qui militent en faveur de cette "intervention, nous pensons qu'en accomplissant ces devoirs, la société "travaille excellemment à la défense de ses propres intérêts.

Et c'est bien là une notion essentielle de sa proposition, c'est le principe de la solidarité nationale qui, en matière d'assurance maladie et invalidité, doit trouver son expression dans une intervention équitable et simultanée du travailleur, de l'employeur et de l'Etat.

Il disposait en outre que d'autres ressources et notamment celles réservées jusqu'alors à la bienfaisance publique soient versées au "Fonds National des Assurances Sociales" de façon à permettre une augmentation de l'indemnité d'incapacité de travail.

Pécher pose comme principe essentiel de la technique des assurances: la répartition et la compensation de tous les risques sur le plus grand nombre de têtes possible.

Il propose de réserver une place prépondérante aux mutualités qui groupent 500 000 travailleurs.

Il propose également d'élargir le champ d'application de l'assurance en l'étendant à tous les travailleurs, salariés ou indépendants dont les ressources ne dépassent pas 2 400 fr par an.

Mais répétons que la notion essentielle de la contre-proposition d'Edouard Pécher consistait dans la participation combinée des mutualités et des offices régionaux à une compensation des risques, en pratiquant ensemble et à concurrence de la moitié de ces risques, la réassurance maladie et la réassurance invalidité: il créait ainsi un fonds commun de réassurance maladie-invalidité. Pour l'auteur, ces principes devaient introduire dans la gestion des mutualités un élément modérateur et une garantie contre l'inconvénient résultant d'un nombre restreint de membres. Il suggérait également la gestion d'un fonds commun d'assurance contre la tuberculose et l'organisation de sanatoriums par les offices régionaux.

L'économie générale du projet était la suivante:

	Etat	Employeur	Travailleur
Maladie	4,20 fr. 30% des cotis.	2 fr. par an	12 fr. par an
Invalidité	6 fr. 60% des cotis.	4 fr. par an	6 fr. par an

Les députés socialistes Camille Huysmans et Emile Vandeveldé contresignent cette proposition de loi.

Dans une autre proposition de loi cependant, Camille Huysmans marque une opposition plus nette encore au projet gouvernemental: il critiquait notamment le fait que les charges laissées aux travailleurs étaient trop fortes. Montrant les difficultés de distinguer les notions de maladies professionnelles, d'accidents du travail et d'invalidité, il proposait de les associer dans un seul système d'assurance.

Il défendait le principe de la centralisation de façon notamment à appliquer la loi des grands nombres. Il s'élevait surtout contre le maintien des organismes à caractère politique à la base de l'organisation de l'assurance.

" Il est dangereux, disait-il, de laisser exploiter des oeuvres de solidarité sociale par des groupements ou des autorités politiques. Nous devons éviter que les mutualités ne servent qu'à l'enrégimentation politique, but poursuivi par le projet gouvernemental.

" Il est temps de mettre fin aux pratiques suivies par le département du Travail et qui n'ont tendu à rien moins qu'à exploiter la législation et l'influence administrative au bénéfice des amis du pouvoir."

Malgré ces divergences de vue profondes sur les modalités d'organisation d'une assurance maladie-invalidité obligatoire, le projet gouvernemental fut cependant voté par la Chambre.

Et nous connaîtrions probablement cette assurance obligatoire en Belgique depuis 1914, si le 4 août de cette année la guerre n'avait empêché le Sénat de voter ce projet.

Entre la première et la deuxième guerre mondiale

Au lendemain de la guerre, d'importants subsides sont accordés par l'Etat pour la reconstitution financière des mutualités et celles-ci continuent à se développer considérablement.

L'Union Nationale des Mutualités Professionnelles est créée en 1920. Les progrès de la mutualité semblent réduire l'urgence d'une législation d'assurance obligatoire dont le premier but devait être la généralisation de cette assurance.

Pourtant le ministre catholique Heyman déposa, en 1927, une nouvelle proposition de loi et, en 1929, au nom du gouvernement, un projet de loi relatif à l'assurance en vue de la maladie et l'invalidité qui s'inspirait dans les grandes lignes de la loi votée en 1914 par la Chambre des Représentants.

La proposition Heyman créait un Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité (F.N.A.M.I.) dont la mission principale était de recevoir la cotisation patronale et la subvention de l'Etat, et de répartir ces recettes entre les différents organismes assureurs.

L'obligation d'assurance s'étendait à tous les travailleurs dont la rémunération ne dépassait pas 12 000 fr. par an en tenant compte d'un revenu supplémentaire de 1 000 fr. par enfant de moins de 16 ans à charge.

La même année, en 1929, Arthur Jauniaux déposait une proposition dans le même sens, mais dont les conceptions d'application étaient de plus en plus divergentes.

Les développements de cette propositions la résumaient ainsi:

" Nous réunissons toutes les mutualités en une seule.

" Il y a donc une seule mutualité régionale, englobant tous
"les assujettis et assurés libres de la région. Elle est chargée
"d'organiser le service primaire: indemnités de maladie pendant six
"mois de service médico-pharmaceutique.

" Les mutualités primaires se fédèrent provincialement pour
"organiser le service maladie de longue durée (3 ans) et, éventuellement
"certains services de médecine et de chirurgie du deuxième degré.

" Les fédérations provinciales se groupent en une Union Nationale,
"chargée d'organiser les services: invalidité, tuberculose, cancer,
"accès, maternité.

" Il y a des élections générales à la base pour désigner le
"Conseil d'Administration de la mutualité primaire régionale.

" Dans tous les Conseils d'Administration les employeurs ont
"une représentation élue par eux: 1/5 des membres.

" Ils est logique qu'ils contrôlent les dépenses puisqu'ils
"paient leur part. Ce sera la meilleure défense de l'assurance contre les
"critiques injustifiées, puisqu'on pourra faire appel à leur témoignage
"pour dire qu'il n'y a pas de dépenses inutiles.

" Dans aucun Conseil d'Administration, il n'y a la moindre
"ingérence gouvernementale. Comme aujourd'hui, le gouvernement recevra
"les comptes annuels pour vérification et en vue de l'autorisation
"à donner au Fonds National de la Mutualité pour l'attribution des
"subventions.

" La grande mutualité primaire régionale a une mission adminis-
"trative, une mission générale de sévère économie, une mission d'orga-
"nisation des rapports avec les médecins, les hôpitaux, les cliniques,
"les institutions, telles que l'Oeuvre Nationale de l'Enfance,
"l'Inspection Médicale Scolaire, l'Inspection Médicale du Travail.

" Mais il faut maintenir le contact permanent avec la masse
"des assurés: pour qu'ils comprennent l'importance des décisions que
"l'on prend; pour faire leur éducation en matière d'hygiène; pour,
"aussi, connaître leurs doléances, leurs vœux et leurs propositions
"intéressantes.

" Il faut assurer la distribution facile des indemnités, comme
"aujourd'hui.

" Il faut maintenir le contrôle par les commissaires-visiteurs
"locaux, comme aujourd'hui.

" Il faut maintenir le haut résultat moral acquis par la
"mutualité: le membre se sent entouré d'amis; il sait à qui avoir
"recours sur place; il peut compter sur l'aide empressée des membres
"de son Comité.

" Eh bien nous maintenons ces vertus mutuellistes, grâce à la
"création des sections locales ou de quartier. Dans une commune à
"petite population, il y aura une section locale. Dans une ville, il y
"aura trois, cinq, dix sections de quartier.

" Pour la désignation du Comité de la section locale, on procède
"comme aujourd'hui: désignation par une assemblée générale des assurés,
"convoqués spécialement dans un local neutre.

" On vante les bienfaits de la concurrence entre mutualités.
"Il y a des choses que l'on a dites naguère, à un moment où elles
"avaient leur raison d'être, et que l'on répète par la suite, sans
"songer à remarquer que la situation a changé. On nous reproche de
"supprimer la bienfaisante concurrence que se font aujourd'hui les
"diverses mutualités locales.

" Belle concurrence que celle qui consiste à inscrire les fils
"dans cette mutualité-ci, alors que les pères, devenus des charges,
"sont inscrits dans cette mutualités-là.

" Cette concurrence, elle rend le contrôle des malades moins
"sévère. On n'ose pas toujours prendre des mesures de sécurité, parce
"que l'on craint que le membre s'en aille ailleurs, avec nombre de
"personnes de sa famille.

" La vertu suprême de cette concurrence réside sans doute dans
"le fait qu'une nouvelle mutualité se fonde dans un village, en
"annonçant des cotisations dérisoires pour des avantages conséquents...
"pour aller à la liquidation quelques années après.

" Demain si c'est le régime de la mutualité dispersée qui triomphe,
"l'administration compliquée de la base au sommet exigera une multitude
"d'employés, car une mutualité de 500 membres ne pourra même plus vivre
"sans appointer quelqu'un.

" Si l'action politique socialiste était nécessaire pour obtenir
"les subventions des pouvoirs publics d'abord, puis amener l'Etat à
"légiférer dans le sens de l'obligation avec participation patronale,
"elle n'a plus sa raison d'être quand on obtient la réalisation des
"voeux formulés.

" Avec notre système, il n'y aura plus la politique comme on
"l'entend aujourd'hui, mais une politique mutualiste nationale sourdra
"de l'oeuvre elle-même, dans le sens de l'économie, de la rationalisation
"de l'assurance de sa perfectibilité."

On constate donc que les deux tendances extrêmes se précisent
et se complètent et deviennent de moins en moins conciliables.

Ces projets sont longuement étudiés et commentés. Ultérieurement,
on confie un projet d'Assurance Maladie-Invalidité au Conseil Supérieur
du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Entretemps, la France avait à son tour, en 1930, instauré
l'Assurance Maladie-Invalidité obligatoire.

Puis la crise économique et politique internationale rendit fort illusoire l'avènement des Assurances Sociales dont les différents projets à l'étude ne furent jamais soumis à la discussion du Parlement.

Pendant la deuxième guerre mondiale

Pendant la seconde guerre mondiale la solidarité manifestée contre un ennemi commun avait permis à des Belges de toutes conditions sociales, politiques et philosophiques, de réaliser en quatre ans de clandestinité une idée qui n'avait pu se concrétiser pendant 50 ans de discussions stériles.

C'est ainsi que naquit l'assurance maladie-invalidité obligatoire en Belgique.

Après la deuxième guerre mondiale

Le régime d'assurance maladie-invalidité obligatoire institué dans son principe par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 relatif à la sécurité sociale des travailleurs comprend l'assurance "maladie-maternité" et "invalidité". L'organisation et le fonctionnement de cette branche de la sécurité sociale ont pris forme par l'arrêté du Régent du 21 mars 1945.

Cet arrêté a été modifié différentes fois; les modifications les plus importantes peuvent être résumées comme il suit:

L'arrêté du Régent du 13 janvier 1949 a remplacé la formule suivant laquelle les ressources étaient réparties entre les organismes assureurs en fonction du montant des rémunérations précomptées des travailleurs assujettis, par une formule en vertu de laquelle la répartition est faite selon les risques encourus par les assurés.

L'arrêté royal du 31 décembre 1952 a créé des prestations pour lesquelles l'intervention de l'assurance était obligatoire et d'autres pour lesquelles l'intervention était facultative; cette disposition a été abrogée par l'arrêté royal du 14/12/1954.

La loi du 14 juillet 1955 modifiant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 susmentionné a institué un établissement public appelé "Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité" qui constitue en fait un sixième organisme assureur.

La même loi a institué au sein du F.N.A.M.I. une Caisse Nationale de l'Invalidité, qui centralise les opérations résultant de l'octroi des indemnités d'invalidité que les organismes assureurs continuent cependant de payer directement aux assurés.

L'arrêté royal du 22 septembre 1955 a créé une série de nouvelles institutions au sein de l'assurance et a abrogé l'arrêté du Régent du 21 mars 1945 qui par la suite fut modifié à plusieurs reprises.

L'arrêté royal du 22 septembre 1955 modifié successivement par les arrêtés royaux du 31/12/1955, 11/4/1956, 14/7/1956, 20/6/1957, 25/6/1957, 29/7/1957, 9/8/1957 et 12/11/1957, constitue désormais l'arrêté organique de l'assurance maladie-invalidité.

Structure

a) Importance de la mutualité

La dispensation des prestations de l'assurance obligatoire maladie-invalidité est assurée par les organismes assureurs qui sont au nombre de six à savoir:

L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, l'Union Nationale des Mutualités Socialistes, l'Union Nationale des Fédérations des Mutualités Professionnelles, l'Union Nationale des Fédérations Mutualistes Neutres, la Ligue Nationale des Fédérations Mutualistes Libérales et la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité qui est un établissement public.

Les organismes assureurs sont responsables de la gestion des fonds qui leur sont attribués. Ils sont tenus d'observer la réglementation

en matière d'assurance obligatoire. Les Unions Nationales restent cependant des institutions privées et disposent de services d'assurance libre à côté de leurs services d'assurance d'assurance obligatoire.

b) Evolution vers la gestion de la Sécurité Sociale par des organismes de droit public ou autre solutions

- 1) Dès le début de l'assurance obligatoire, on a créé des Offices Régionaux, gérés paritairement par des représentants des employeurs et des travailleurs. Ils sont tenus de prendre en charge les travailleurs qui ne désirent pas s'affilier à une Union Nationale. La loi du 14 juillet 1955 (voir plus haut) a groupé les Offices Régionaux en une "Caisse Auxiliaire" qui a reçu en même temps le statut d'établissement public.
- 2) L'arrêté du Régent du 21 mars 1945, organique de l'assurance maladie-invalidité, prévoyait que la Délégation Permanente du Comité National d'Administration pouvait décider sous certaines conditions que l'assuré malade ferait une cure de réadaptation ou de rééducation professionnelle dont les frais seraient prélevés sur un fonds spécial institué à cette fin et géré par la Délégation Permanente (art.70). Par l'arrêté royal du 31 décembre 1952, la rééducation des malades était mise à charge des organismes assureurs, comme prestation à fournir facultativement. L'arrêté royal du 14 décembre 1954 a institué au sein du F.N.A.M.I. un service national de la rééducation professionnelle qui supporte les dépenses des prestations pour la rééducation des malades. Le F.N.A.N.I. prélève les sommes nécessaires à ce service avant la répartition des ressources entre les organismes assureurs.
- 3) L'arrêté royal, organique du 22 septembre 1955, crée une Caisse Nationale de l'Invalidité gérée par le F.N.A.M.I. qui est tenu de lui verser un dixième de ses recettes. La Caisse Nationale de l'Invalidité supporte intégralement la charge des indemnités d'invalidité; celles-ci sont cependant payées aux assurés par l'intermédiaires des organismes assureurs et les frais d'administration que ceux-ci doivent exposer à cet effet sont remboursés par la Caisse Nationale de l'Invalidité.
- 4) L'arrêté royal, organique du 22 septembre 1955, institue au sein du F.N.A.M.I. un Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale chargé de veiller à ce que les médecins-conseil des organismes assureurs exercent leurs fonctions avec probité, dans le respect des règles de l'assurance; ce conseil a également pour mission de veiller au respect des règles de l'assurance par les assurés, quel que soit l'organisme assureur dont ils relèvent.
- 5) L'agrément des auxiliaires de l'assurance est faite par diverses Commissions nationales instituées par divers arrêtés ministériels datés du 22 septembre 1955.
- 6) Les différends entre les assurés et les organismes assureurs de même que les différends entre les organismes assureurs et le F.N.A.M.I. sont tranchés par des instances juridictionnelles instituées par l'arrêté du Régent du 21 mars 1949.

c) Régimes généraux et régimes spéciaux

Les travailleurs, dans les liens d'un contrat de louages de service, sont soumis à un régime général d'assurance obligatoire à l'exception des marins de la marine marchande et les ouvriers et

employés de la Société Nationale des Chemins de Fer Belge qui bénéficient de régimes spéciaux.

d) Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes

1) Sociétés mutualistes

Les Sociétés mutualistes sont reconnues par le gouvernement, à la condition de se conformer aux dispositions de la loi du 23 juin 1894.

Les statuts des sociétés mutualistes doivent mentionner, entre autres:

- Les conditions mises à l'entrée et à la sortie des diverses catégories de membres reconnues par les statuts;
- Le mode de nomination et les pouvoirs des administrateurs;
- Le taux des cotisations ou des versements à effectuer par les membres;
- Les avantages que procurent la société.

Les sociétés mutualistes sont administrées par un ou plusieurs mandataires à temps, membres effectifs ou honoraires. Les administrateurs sont élus en assemblée générale. Sauf disposition contraire dans les statuts ils sont rééligibles.

La composition du conseil d'administration et les nom, prénoms, profession et résidence des administrateurs sont publiés au "Moniteur Belge". Les sociétés mutualistes reconnues peuvent se fédérer dans le but d'admettre réciproquement les membres participants qui ont changé de circonscription et d'organiser en commun leurs services. Les fédérations ainsi constituées peuvent être reconnues par le gouvernement à condition de se conformer aux dispositions de la loi qui régit l'organisation des sociétés mutualistes.

2) Le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité (F.N.A.M.I.)

Le F.N.A.M.I. est administré par un "Comité National" dont la composition et les pouvoirs ont été modifiés à plusieurs reprises et qui, à l'heure actuelle, est composé de:

1. neuf membres effectifs et neuf membres suppléants représentant les organisations des travailleurs;
2. neuf membres effectifs et neuf membres suppléants représentant les organisations des employeurs;
3. neuf membres effectifs et neuf membres suppléants représentant les Unions Nationales agréées;
4. un membre effectif et un membre suppléant choisis parmi les membres du Comité de gestion de la Caisse Auxiliaire;
5. trois membres effectifs et trois membres suppléants représentant le corps médical;
6. trois membres effectifs et trois membres suppléants représentant le corps pharmaceutique;

7. trois commissaires du gouvernement et trois commissaires du gouvernement suppléant;
8. un délégué de chaque Conseil technique (C.T. médical, C.T. dentaire, C.T. pharmaceutique, C.T. des spécialités pharmaceutiques et le C.M.I.)

Par ailleurs, il est institué au sein du F.N.A.M.I. un Comité Permanent dont la composition et les pouvoirs ont également été modifiés à plusieurs reprises et qui à l'heure actuelle est composé de:

1. neuf membres effectifs et neuf membres suppléants représentant les Unions Nationales agréées;
2. deux membres effectifs et deux membres suppléants représentant les organisations des travailleurs;
3. deux membres effectifs et deux membres suppléants représentant les organisations des employeurs;
4. un membre effectif et un membre suppléant choisis parmi les membres du Comité de gestion de la Caisse auxiliaire;
5. deux membres effectifs et deux membres suppléants représentant le corps médical;
6. deux membres effectifs et deux membres suppléants représentant le corps pharmaceutique;
7. trois commissaires du gouvernement, désignés respectivement par les Ministres du Travail et de la Prévoyance sociale, de la Santé Publique et de la Famille et des Finances;
8. un délégué de chaque Conseil technique.

3) La Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité

L'arrêté du Régent du 21 mars 1945, organique de l'assurance maladie-invalidité obligatoire, prévoyait la création d'Offices régionaux, à raison d'au moins un par province, Offices qui devaient fonctionner sous l'autorité supérieure du Comité National d'Administration du F.N.A.M.I. Chaque Office régional était géré par un Comité régional composé de huit membres effectifs (quatre représentants des organisations syndicales de travailleurs et quatre représentants des organisations d'employeurs) et de huit membres suppléants (subdivisés de la même manière), désignés par le Comité National d'Administration parmi les candidats proposés par les organisations les plus représentatives de l'ensemble des travailleurs et des employeurs de la région.

Le Comité régional était autorisé à engager et à licencier le personnel de l'Office régional et à en déterminer les grades, les fonctions et les rémunérations. Un administrateur régional engagé et licencié par le Comité national d'administration sur proposition du Comité régional, devait diriger le personnel de l'Office, accomplir tous les actes de gestion journalière et exécuter les décisions du Comité régional.

Le Comité régional était autorisé à subdiviser la circonscription de l'Office en sections locales qui étaient dirigées par un Comité local de six assurés membres élus par les assurés membres de

la section. Les assurés membres de la section locale devaient se réunir tous les quatre mois en assemblée générale pour prendre connaissance des vœux des assurés.

A partir du 4/4/54, l'administrateur régional était engagé et licencié par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, sur proposition du Comité Permanent du F.N.A.M.I. et après consultation du Comité régional.

A partir du 14/12/54, le personnel des Offices régionaux, composé d'agents du F.N.A.M.I., était placé sous l'autorité de l'Administrateur Général du F.N.A.M.I. et le Ministre devait désigner au sein du personnel de chaque O.R. un administrateur régional. L'administrateur régional devait **représenter** l'Administrateur Général pour tout ce qui concerne les actes de gestion journalière.

La loi du 14 juillet 1955 a institué une "Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité" qui a le statut d'un établissement public et groupe les Offices régionaux. Depuis le 22/9/1955, la Caisse auxiliaire est gérée par un directeur-gérant nommé par le Roi et assisté d'un Comité de gestion.

Ce Comité est composé de:

- a) 10 membres effectifs (5 représentants des Organisations des travailleurs et 5 représentants des Organisations des employeurs);
- b) 10 membres suppléants (subdivisés de la même manière);
- c) deux commissaires effectifs et deux commissaires suppléants du gouvernement;
- d) un président et deux vice-présidents nommés par le Roi.

Le directeur-gérant consulte le Comité de gestion sur tous les actes qui ne relèvent pas de la gestion courante de la Caisse auxiliaire.

Pour chaque office régional, il est créé un Comité régional composé de:

- a) 10 membres effectifs (5 représentant les travailleurs et 5 représentant les employeurs de la région);
- b) 10 membres suppléants (subdivisés de la même façon);
- c) un président et deux vice-présidents nommés par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Le personnel de la Caisse Auxiliaire, dont le Roi fixe le cadre, est recruté, nommé, affecté, promu, licencié et révoqué par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, après avis du Comité de gestion. L'administrateur régional, désigné par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, représente le directeur-gérant pour tout ce qui concerne la gestion journalière.

La composition et le rôle du comité local n'ont pas changé.

e) Centralisation ou décentralisation

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 a créé un établissement public "le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité (F.N.A.M.I.)" qui est

chargé de l'administration générale de l'assurance maladie-invalidité obligatoire.

Le F.N.A.M.I. reçoit:

1. les parts du produit des cotisations des employeurs et des travailleurs qui lui sont attribuées par l'Office National de sécurité sociale et par le Fonds national de retraite des ouvriers-mineurs;
2. les subventions allouées par l'Etat aux organismes assureurs pour leurs services d'assurance obligatoire;
3. toute autre subvention et les dons ou legs faits en sa faveur et acceptés par son comité d'administration (à partir du 1/1/49: le comité national d'administration; après le 1/1/53 le Comité National)
4. toutes les ressources accessoires qui peuvent découler de l'application des règlements.

Le F.N.A.M.I. est chargé:

1. de payer les bons de cotisation qui lui sont présentés par les organismes assureurs;
2. de liquider les subventions allouées par l'Etat aux organismes assureurs pour leurs services d'assurance obligatoire;
3. d'accorder aux organismes assureurs en déficit des subventions compensatoires, lorsqu'il est reconnu, après enquête, que ces organismes ont eu à supporter pour leurs assurés obligatoires des charges réglementaires excédant leurs disponibilités;
4. de répartir le surplus de ses ressources entre les organismes assureurs conformément aux dispositions prises par voie de règlement.

A partir du 1/1/49, les obligations énumérées aux 1, 3, et 4 ont été modifiées comme suit:

1. les sommes qui reviennent aux organismes assureurs doivent être réparties selon les risques;
3. les indemnités d'invalidité dues aux travailleurs anciens mutualistes qui étaient malades à la date du 1er janvier 1945 seront payées par le F.N.A.M.I.
4. les réserves du F.N.A.M.I. doivent être affectées pour l'exercice 1948, à couvrir certains déficits des organismes assureurs.

Un arrêté royal entré en vigueur au 17/12/1954 spécifie d'une façon plus détaillée les ressources qui sont centralisées par le F.N.A.M.I. En ce qui concerne la distribution des sommes reçues, cet arrêté est plus explicite que le précédent.

En effet, il stipule que le F.N.A.M.I. est chargé:

1. de répartir, selon les risques, les sommes qui reviennent aux organismes assureurs;
2. de gérer le service national de l'invalidité et le service national de la rééducation professionnelle;
3. de procéder au contrôle des prestations accordées aux assurés et aux membres de leur ménage, ainsi que du fonctionnement des Unions Nationales et des Offices régionaux;

4. de signaler, mensuellement, au Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale les infractions constatées.

A partir du 22 septembre 1955 on a ajouté un 5. spécifiant que le F.N.A.M.I. est chargé de verser à la Caisse Nationale de l'Invalidité un dixième de ses recettes.

L'application des lois, arrêtés et règlements par les organismes assureurs (y compris la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité), les fédérations de mutualités et les mutualités reconnues (y compris les Offices régionaux) est contrôlée par le F.N.A.M.I. depuis le début de l'assurance obligatoire, tout comme depuis le début le Comité National d'Administration et par la suite le Comité Permanent ont accompli une mission réglementaire.

Précédemment, les plans comptables et statistiques que les organismes assureurs devaient respecter étaient établis soit par le Comité National, soit par le Comité Permanent mais depuis le 22/9/1955 l'organisation comptable et statistique est définie par arrêté ministériel.

Dès le début de l'assurance, les assurés au bénéfice d'indemnités pour incapacité de travail ont été soumis à un contrôle médical, mais c'est seulement à partir du 1/1/1953 qu'a été institué un Conseil Médical de l'Invalidité ayant pour mission d'examiner les dossiers médicaux et de donner son avis aux organismes assureurs quant au degré d'incapacité des assurés dont l'incapacité se prolongeait au-delà de la période d'incapacité primaire.

L'obligation pour le F.N.A.M.I. de procéder au contrôle des prestations accordées aux assurés ainsi qu'aux membres de leur famille a été introduite à la date du 1/1/1949. Ce contrôle s'effectuait par l'intermédiaire de Centres Provinciaux de Contrôle qui avaient été institués par le Comité National d'Administration au début de 1957.

Ces centres étaient chargés du contrôle administratif (non du contrôle médical) des malades indemnisés. Le principe du contrôle médical de tous les assurés a été introduit par l'institution du Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale le 17 décembre 1954, mais ce Conseil n'a commencé à fonctionner que vers la fin de l'année 1956, et ne s'occupe encore que des malades indemnisés.

f) Degré d'indépendance administrative et financière - Contrôle de l'Etat

L'administration de l'assurance obligatoire est confiée, à la base, aux Unions Nationales de fédérations de mutualités reconnues, agréées à cette fin par arrêté royal, ainsi qu'à des Offices régionaux (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité).

Ne sont agréées que les Unions Nationales de Fédérations de mutualités ayant obtenu la reconnaissance légale depuis au moins dix ans au moment de leur demande d'agrément et groupant dans un délai d'un an à partir de cette demande, 50.000 membres assujettis à l'assurance obligatoire.

Les Unions Nationales agréées doivent observer les règles de fonctionnement qui leur sont prescrites par les arrêtés visant l'assurance obligatoire maladie-invalidité, ou par le Comité Permanent, ou par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale.

Le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale, le Ministre de la Santé Publique (et de la Famille) et le Ministre des Finances désignent chacun un représentant, appelé commissaire du gouvernement, auprès du Comité National et du Comité Permanent.

Les commissaires du gouvernement n'ont pas le droit de vote, mais ont le pouvoir de suspendre l'exécution des décisions du Comité National ou du Comité Permanent lorsqu'ils les estiment contraires soit aux dispositions des lois et arrêtés en vigueur, soit à l'intérêt général.

Par ailleurs, depuis le 4/4/1954 le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale désigne auprès du F.N.A.M.I. des réviseurs chargés de contrôler les écritures comptables et d'en certifier l'exactitude; les réviseurs ne peuvent cependant pas s'immiscer dans la gestion proprement dite.

CHAMP D'APPLICATION

Condition Générale

Une condition essentielle pour qu'une personne assujettie à la Sécurité Sociale puisse bénéficier des prestations de l'assurance maladie-invalidité est qu'elle ait fait choix d'un organisme assureur (Union Nationale ou Caisse Auxiliaire)

-Extension parmi les salariés et les employés (à l'exclusion de l'agriculture)

Travailleurs et apprentis

Sont considérés comme assurés dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité les travailleurs se trouvant dans les liens d'un contrat de louage de travail donnant lieu à l'application de l'arrêté-loi du 28/12/1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs ou de l'arrêté-loi du 10/1/1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

Au 1/1/1945, certaines catégories de travailleurs étaient encore exclues de l'application de l'arrêté-loi du 28/12/1944. Au cours des années suivantes, le champ d'application de cet arrêté-loi s'est élargi progressivement, englobant successivement les catégories suivantes:

au 1er trimestre 1945:

a) les travailleurs à domicile de l'industrie de la vannerie;

au 4ème trimestre 1945:

b) les travailleurs rémunérés au pourboire, relevant de l'industrie hôtelière;

c) les travailleurs des entreprises horticoles et forestières;

au 1er trimestre 1946:

d) les travailleurs liés par un contrat d'engagement pour la pêche maritime;

au 2ème trimestre 1946:

e) les autres travailleurs à domicile;

au 1er trimestre 1947:

f) les travailleurs permanents des entreprises agricoles;

g) les travailleurs liés par un contrat d'engagement pour la navigation intérieure;

au 2ème trimestre 1947:

h) les autres travailleurs rémunérés au pourboire;

au 1er mai 1949:

i) les ouvriers saisonniers agricoles;

Par contre, ont été exclus:

au 1er septembre 1952:

a) le personnel enseignant laïc des établissements privés d'enseignement normal;

au 1er janvier 1954:

b) le personnel enseignant des écoles techniques libres agréées qu'il bénéficie ou non d'un subside-traitement à charge de l'Etat et le personnel administratif pour lequel l'Etat alloue un subside-traitement.

Les catégories visées par l'arrêté-loi du 28/12/1944 non encore assujetties, sont les suivantes:

a) le personnel de la Société Nationale des Chemins de Fer Belges de même que les marins navigant sous pavillon belge qui sont cependant soumis à un régime analogue à celui qui est prévu par l'arrêté-loi du 28/12/1944:

b) les travailleurs liés par un contrat de service domestique;

c) les travailleurs liés par un contrat d'apprentissage;

d) les membres d'une entreprise familiale s'il n'y a pas de travailleurs occupés habituellement en exécution d'un contrat de louage de services.

En plus, la loi du 20/5/1949 a soumis aux dispositions de l'arrêté-loi du 28/12/1944, les agents de l'Etat non pourvus d'une nomination à titre définitif ainsi que les agents temporaires des provinces, des établissements subordonnés aux provinces, des communes, des établissements subordonnés aux communes et des associations de communes.

Les employeurs doivent remettre aux travailleurs énumérés ci-dessus, à la dernière paie de chaque mois (depuis le 4/4/1954, à la dernière paie de chaque trimestre) ou, en cas de licenciement ou de départ volontaire du travailleur, au moment du règlement final, un "bon de cotisation".

Ce bon est remis par le travailleur à l'organisme assureur de son choix où il s'est inscrit comme membre.

Pensionnés

Depuis le début, le travailleur bénéficiant d'une pension de vieillesse a droit aux seuls soins de santé soit gratuitement, soit moyennant versement d'une cotisation personnelle.

Depuis le 17/12/1954, le pensionné qui est reconnu bénéficiaire du statut, soit des prisonniers politiques, soit des prisonniers de guerre, soit des déportés pour le travail obligatoire, soit des résistants civils et des réfractaires, a également droit aux soins de santé gratuits s'il était affilié depuis le 1er janvier 1946 à une société mutualiste reconnue, affiliée à une Union Nationale agréée.

Depuis le 22/9/1955, on y a ajouté le pensionné qui a la qualité "soit de membre des forces belges en Grande-Bretagne, soit de résistant par la presse clandestine, soit de résistant armé".

Veuves

Le droit aux soins de santé des veuves est fixé par les art. 14, 15 et 16 de l'arrêté ministériel du 22/9/1955 dont voici le texte:

Art. 14.- Sous réserve des dispositions des art. 15 et 16, les soins de santé sont dus à la veuve visée à l'art. 79 de l'arrêté royal organique susvisé, ainsi qu'aux personnes faisant partie de son ménage, à condition:

1. qu'elle ne bénéficie pas de soins de santé au titre d'assujettie à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

2. qu'elle soit domiciliée ou vive en Belgique;

3. qu'elle ne soit pas fonctionnaire d'une administration publique.

4. qu'elle ne bénéficie pas d'une pension de retraite en qualité d'ancien fonctionnaire d'une administration publique;

5. qu'elle ne bénéficie pas des soins de santé comme personne faisant partie du ménage d'un assuré obligatoire;

6. qu'elle n'exerce pas, en son nom ou par personne interposée, une activité artisanale, commerciale, industrielle ou agricole;

7. qu'elle n'exerce pas une profession libérale;

8. qu'elle ne bénéficie pas de revenus annuels d'un montant supérieur à 36 000 fr., augmentés, le cas échéant, du montant des allocations de toute nature pour enfants à charge;

9. que le mari, au moment du décès, ait remis un même nombre de documents de cotisation que celui qui est réclamé à l'invalidé en application de l'article 75, alinéa 2, de l'arrêté royal organique susvisé.

La condition relative au nombre de bons de cotisation n'est pas requise:

a) pour la veuve dont le mari est décédé avant l'entrée en vigueur de l'arrêté du Régent du 21 mars 1945, concernant l'organisa-

tion de l'assurance obligatoire en cas de maladie ou d'invalidité et qui, au moment du décès, était mutualiste en règle de cotisations et aurait été assujettissable à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs ou à l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés;

b) pour la veuve d'un travailleur décédé après le 1er janvier 1945, alors qu'il avait la qualité d'assuré obligatoire et qui, membre d'une société mutualiste reconnue affiliée à une union nationale agréée, était en règle de cotisations au 1er décembre 1944 et l'était resté d'une façon ininterrompue, soit en qualité d'assuré libre, soit en qualité d'assuré obligatoire, jusqu'au moment du décès;

c) pour la veuve d'un travailleur décédé alors qu'il avait la qualité d'assuré obligatoire, reconnu bénéficiaire d'un des statuts énumérés à l'art. 75, dernier alinéa de l'arrêté royal organique sus-visé, et pour autant que cet assuré était membre au 1er décembre 1947 d'une société mutualiste reconnue affiliée à une union nationale agréée, et l'était resté, sans interruption, en qualité d'assuré obligatoire ou d'assuré libre.

Article 15. - La veuve, qui remplit les conditions fixées à l'art. 14, peut, suivant le cas, bénéficier ou continuer à bénéficier, sans paiement de cotisation, des soins de santé pour elle-même et pour les membres de son ménage:

1. sans limitation de durée, lorsqu'elle se trouve dans une des situations ci-après :

- a) être âgée de 55 ans au moins au moment du décès de son mari;
- b) satisfaire à une des conditions visées à l'art. 14, 9.;
- c) au moment du décès, élever deux enfants de moins de 14 ans ou avoir élevé deux enfants jusqu'à l'âge de 14 ans;

2. pendant une période de deux ans, lorsqu'elle est âgée de moins de 55 ans au moment du décès de son mari;

3. pendant une période de durée variable, lorsque, à l'expiration de la période de deux ans visée au 2. ci-dessus :

- a) elle ne peut se livrer à une occupation rémunératrice en raison de son état de santé.

La veuve demandant le bénéfice de cette disposition est tenue de se faire examiner par le médecin contrôleur du Conseil Supérieur de l'inspection médicale dans le mois suivant la fin de la dite période de deux ans.

Le médecin contrôleur délivre une attestation dont la validité ne peut dépasser six mois. Cette attestation est versée au dossier administratif, visé à l'art. 5 du présent arrêté. Elle peut être renouvelée, à condition que la demande ait été introduite dans les quinze jours qui suivent l'expiration du délai de validité.

Lorsque l'incapacité de travail atteint un an, le conseil médical de l'invalidité délivre éventuellement une nouvelle attestation et en fixe la durée de validité.

Les décisions du médecin contrôleur ou du Conseil médical de l'invalidité sont sujettes à révision sur demande de la veuve, de l'organisme assureur ou du Fonds national d'assurance maladie-invalidité;

b) elle élève un enfant, bénéficiaire d'allocations familiales, ou un enfant impotent, incapable d'exercer une profession quelconque, y compris celle de domestique, en raison de son état physique ou mental, pour autant que cet enfant se trouve principalement à charge de la veuve et que ses ressources, de quelque nature que ce soit, ne dépassent pas un même montant que celui visé à l'art. 14, alinéa 1er, 8., du présent arrêté.

L'état d'incapacité de travail de l'enfant impotent est reconnu par le Conseil médical de l'invalidité.

Le droit aux soins de santé persiste aussi longtemps que l'enfant bénéficie des allocations familiales ou est reconnu impotent.

Le bénéfice des dispositions du présent article est retiré en cas de remariage.

Art. 16.- Peut continuer à bénéficier des soins de santé pour elle et pour les personnes faisant partie de son ménage, moyennant le paiement d'une cotisation;

1. la veuve qui cesse de remplir une des conditions visées à l'art. 15, 2. et 3. du présent arrêté;

2. la veuve qui, au moment du décès de son mari, ne remplit pas les conditions visées à l'art. 14, 9., mais dont le mari était assuré obligatoire, au moment du décès et avait accompli le stage prévu.

La cotisation est fixée à 105 francs par mois et elle est due dès le premier du mois qui suit celui du décès du mari ou de la cessation du droit aux soins de santé sans paiement de la cotisation.

Cette cotisation est réduite proportionnellement à la carrière de salarié du mari après le 1er janvier 1945 ou aux années d'affiliation de celui-ci à une société mutualiste, suivant le barème établi par le Comité permanent et approuvé par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale en application de l'art. 75, avant-dernier alinéa, de l'arrêté royal organique susvisé.

Le bénéfice du présent article est retiré en cas de remariage.

Chômeurs

Les prestations sont dues à l'assuré, ainsi qu'aux membres de son ménage, s'il se trouve au bénéfice d'allocations réglementaires de chômage involontaire, de même qu'aux chômeurs mis au travail par les pouvoirs publics et aux chômeurs qui acceptent de faire du travail domestique.

L'Etat verse une cotisation spéciale au profit de ces assurés.

Miliciens assurés sociaux

Les ayants droit des miliciens assurés sociaux ont droit aux soins de santé pendant le service militaire du titulaire dont ils relèvent et l'Etat verse à cet effet une cotisation spéciale aux O.A.

Extension autour de l'affilié

Les membres de la famille sont définis par le Règlement Général. A partir du 17/12/1954, on a introduit dans l'arrêté royal organique une disposition générale portant que les enfants bénéficiaires d'allocations familiales sont a priori considérés comme enfants à charge.

Les soins de santé sont dus aux membres de la famille de l'assuré qui vivent sous son toit, font partie de son ménage et n'ont pas droit aux soins de santé à un autre titre.

Epouse

Est considérée comme membre de la famille au titre de conjoint l'épouse ou la ménagère non rétribuée qui la remplace depuis au moins 6 mois.

Par ailleurs, l'époux de l'assurée obligatoire, incapable depuis au moins un an d'exercer une profession quelconque en raison de son état physique ou mental, est considéré comme étant à charge de son épouse.

Fin 1947 on a modifié ce texte comme suit:

b) l'époux de l'assurée, lorsqu'il est depuis au moins un an incapable d'exercer une profession quelconque en raison de son état physique ou mental, à condition qu'il ne jouisse pas d'une pension de vieillesse ou d'une pension résultant d'une loi ou d'un règlement public (fait de guerre, accident de travail, maladie professionnelle) ou de ressources de quelque nature que ce soit, dépassant 1 200 fr. par mois (du 1/1/1949 au 30/6/1954: 1 500 fr. depuis le 1/7/1954: 21 000 fr. par an ou 1 750 fr. par mois). A partir du 1/1/1949 le règlement est devenu plus large en stipulant que le montant de la pension d'invalidité dont jouit l'époux n'entre pas en ligne de compte, quand cette pension est immunisée pour ce qui concerne la législation relative à la Sécurité Sociale.

A partir du 1/1/1949 également, on a considéré comme étant membre du ménage: l'épouse non divorcée, ni séparée de corps, mais séparée de fait de son époux, à condition qu'elle ait la garde d'au moins un enfant issu de son mariage avec le titulaire ou à condition que le mari ait été condamné par une décision judiciaire, à payer une pension alimentaire à son épouse (depuis le 22/9/1955, on y a ajouté) ou à condition qu'elle ait été autorisée à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint en application de l'art. 214 b) et suivant du Code Civil.

Enfants

Sont considérés comme membre du ménage au titre de descendant:

Dès le début de l'assurance obligatoire, les enfants ayant moins de 14 ans accomplis et les enfants ayant plus de 14 ans et moins de 18 ans accomplis et qui se trouvaient dans une des catégories suivantes:

- a) les enfants bénéficiaires d'allocations familiales en exécution de la loi du 4 août 1930, c.à.dire les enfants qui, ne se livrant à aucun travail lucratif quelconque, suivent régulièrement les cours d'enseignement général ou professionnel portant en principe sur toute la journée;
- b) les enfants qui, ne se livrant à aucun travail en vertu d'un contrat de louage de service, sont liés par un contrat d'apprentissage dont la conclusion est reconnue et l'exécution contrôlée par le Gouvernement.

A partir du 1/4/1947, la fille âgée de plus de 14 ans qui remplace comme ménagère la mère décédée, à condition qu'au moment du décès elle fit effectivement partie du ménage de l'assuré et habitât sous le même toit depuis au moins 6 mois (cette condition est supprimée depuis le 1/1/1949)

Depuis le 1/9/1947, les enfants ayant plus de 18 ans et moins de 25 ans accomplis qui, bien qu'ils ne puissent plus bénéficier d'allocations familiales en exécution de la loi du 4/8/1930, ne se livrent à aucun travail lucratif quelconque mais suivent régulièrement les cours de l'enseignement moyen supérieur professionnel ou technique.

A partir du 1/1/1949, la fille âgée de plus de 14 ans, n'exerçant aucune profession, si elle remplace, comme ménagère, la mère veuve ou abandonnée, assujettie à la sécurité sociale et exerçant sa profession à temps plein.

A partir du 1/7/1951, la fille jusqu'à l'âge de 21 ans, qui, appartenant à un ménage d'au moins quatre enfants dont trois au moins sont bénéficiaires des allocations familiales, assiste sa mère dans sa tâche ménagère, la mère comme la fille ne pouvant exercer une activité autre que celle de ménagère.

Depuis le 1/9/1953, la fille âgée de plus de 14 ans qui remplace comme ménagère la mère qui se trouve depuis un mois dans l'impossibilité totale de faire son ménage en raison de son état de santé.

Notons que les enfants continuent à bénéficier des soins de santé sans limite d'âge, lorsqu'ils sont incapables d'exercer une profession quelconque en raison de leur état physique ou mental pour autant qu'ils se trouvent principalement à charge de l'assuré.

A l'heure actuelle, le cercle de personnes à charge est défini comme il suit dans les art. 22, 23, 24, 25 et 26 du Règlement Général Provisoire du F.N.A.M.I., articles que nous reproduisons ci-après:

Art. 22.- Par membre du ménage de l'assuré, il faut entendre:

- a) l'épouse;
- b) la ménagère non rétribuée, remplaçant l'épouse, à condition qu'elle soit inscrite depuis au moins six mois comme membre du ménage, conformément aux dispositions de l'art.3 de l'arrêté ministériel du 22/9/1955.

Le délai de six mois n'est pas requis lorsque l'intéressée avait droit aux soins de santé en qualité d'assurée obligatoire ou de bénéficiaire lors de son inscription.

Lorsque l'épouse visée sub a) ou c) du présent article, est inscrite comme bénéficiaire ou lorsque l'épouse, assurée obligatoire, vit sous le toit de l'assuré, l'inscription comme bénéficiaire d'une ménagère non rétribuée doit lui être refusée;

c) l'épouse non divorcée, ni séparée de corps, mais séparée de fait de son époux, à condition qu'elle ait la garde d'au moins un enfant issu de son mariage avec le titulaire ou à condition que le mari ait été condamné, par une décision judiciaire, à payer une pension alimentaire à son épouse, ou à condition qu'elle ait été autorisée à percevoir des sommes dues par des tiers à son conjoint en application de l'art. 214 b) et suivants du Code Civil.

Art. 23.- Peut être également considéré comme faisant partie du ménage de l'assuré, l'époux de l'assurée, lorsqu'il est, depuis au moins un an, incapable d'exercer une profession quelconque en raison de son état physique ou mental, à condition qu'il ne jouisse pas de ressources de quelque nature que ce soit dépassant une moyenne de 1 750 fr. par mois ou 21 000 fr. par an, sauf si ces ressources sont constituées uniquement par les indemnités payées par l'assurance maladie-invalidité. Le montant des ressources dont jouit l'époux incapable d'exercer une profession quelconque n'entre pas en ligne de compte, quand ces ressources sont immunisées pour ce qui concerne la législation relative à la sécurité sociale.

Art. 24.- Les enfants de l'assuré (e) peuvent être considérés comme faisant partie du ménage de l'assuré(e).

Par enfant, il faut entendre:

1. Abrogé

2. Les enfants ayant plus de 21 ans et moins de 25 ans accomplis qui, ne se livrant à aucun travail lucratif quelconque, suivent régulièrement des cours de l'enseignement moyen supérieur, professionnel ou technique (y compris les écoles d'infirmières et d'auxiliaires sociaux), à condition que ces cours soient donnés pendant le jour et pour autant qu'ils ne soient pas limités à une partie de l'année, abstraction faite des vacances, dimanches et jours fériés.

Bénéficient également des dispositions du présent littéra, les prêtres diocésains qui poursuivent leurs études, pour autant qu'ils ne soient pas nommés à une fonction rémunérée quelconque, les prêtres religieux, frères ou religieuses, qui poursuivent leurs études, pour autant qu'ils n'aient pas émis leurs premiers vœux.

Les intéressés ne peuvent prétendre aux soins de santé s'ils interrompent leurs études que si cette interruption est due à une maladie, et pour autant qu'ils soient reconnus par le médecin-conseil porteur d'une affection qui les empêche de poursuivre leurs études.

Toutefois, ils ne peuvent prétendre aux soins de santé que jusqu'à la date de guérison, sans dépasser la limite de 25 ans.

3. L'enfant célibataire de plus de 21 ans qui, comme ménagère remplace l'épouse ou la ménagère décédée, ainsi que l'enfant célibataire de plus de 21 ans, qui, appartenant à un ménage d'au moins quatre enfants dont trois au moins sont bénéficiaires des allocations familiales, assiste l'épouse ou la ménagère dans sa tâche ménagère, celle-ci comme l'enfant célibataire ne pouvant toutefois dans ce cas exercer une activité autre que celle de ménagère;

4. L'enfant célibataire âgé de plus de 14 ans lorsque l'épouse ou la ménagère se trouve depuis un mois au moins dans l'impossibilité totale de faire son ménage en raison de son état de santé.

L'impossibilité pour l'épouse ou la ménagère de faire son ménage en raison de son état de santé est attestée par un certificat médical et doit être reconnue et surveillée par le médecin-conseil.

Lorsque l'enfant célibataire de plus de 14 ans, lui-même assuré obligatoire, abandonne totalement son travail pour remplacer comme ménagère l'épouse ou la ménagère qui se trouve dans l'impossibilité totale de faire son ménage pour raison de santé, il est immédiatement considéré comme bénéficiaire à l'expiration de la période de franchise;

5. L'enfant célibataire âgé de plus de 14 ans, n'exerçant aucune profession s'il remplace, comme ménagère, la mère veuve ou abandonnée, assujettie à la sécurité sociale et exerçant sa profession à temps plein;

6. Sans limite d'âge, les enfants bénéficiaires devenus impotents lorsqu'ils sont devenus incapables d'exercer une profession quelconque, y compris celle de domestique, en raison de leur état physique ou mental et qu'ils ne bénéficient pas d'une allocation familiale parce qu'ils disposent d'une allocation sociale analogue.

Art. 25.- Les ascendants âgés de plus de 55 ans, qui sont à charge de l'assuré (e), peuvent être considérés comme faisant partie de son ménage.

Sont considérés comme étant à charge de l'assuré (e) ou de son conjoint, les ascendants des deux époux, le cas échéant, les beaux-pères et les belles-mères à condition qu'ils ne jouissent pas de ressources de quelque nature que ce soit, dépassant une moyenne de 1 750 fr. par mois ou 21 000 fr. par an et par intéressé, sauf si ces ressources sont constituées uniquement par les indemnités payées par l'assurance maladie-invalidité et à la condition que ces ascendants soient inscrits depuis au moins six mois comme membre du ménage conformément aux dispositions de l'art. 3 de l'Arrêté Ministériel du 22 septembre 1955. Le montant de la pension dont jouit l'ascendant n'entre pas en ligne de compte, quand cette pension est immunisée pour ce qui concerne la législation relative à la sécurité sociale.

Le délai de six mois n'est pas requis lorsque l'intéressé avait droit aux soins de santé en qualité d'assuré obligatoire ou de bénéficiaire lors de son inscription comme ascendant.

L'âge d'un ascendant peut être inférieur à 55 ans, s'il est définitivement incapable d'exercer un travail quelconque en raison de son état physique ou mental, attesté par un certificat médical et reconnu et surveillé par le médecin-conseil.

Les ascendants peuvent redevenir assurés individuels lorsqu'ils n'habitent plus avec l'assuré dont ils étaient bénéficiaires et à condition qu'ils eussent la qualité d'assuré au moment où ils sont devenus bénéficiaires en qualité d'ascendants. Les parents adoptifs peuvent être considérés comme ascendants lorsque l'adoption de l'enfant a été faite dans les formes légales.

Art. 26.- Sont considérés comme enfants de l'assuré, même lorsqu'ils ne sont pas bénéficiaires des allocations familiales:

1. les enfants naturels reconnus, ainsi que ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de la mère se trouve mentionné;
2. les enfants du conjoint (ou de la ménagère non rétribuée qui remplace l'épouse depuis au moins six mois);
3. les frères et soeurs de l'assuré (e) ou de son conjoint lorsque le père, le cas échéant le beau-père, est décédé, a abandonné le foyer, est emprisonné ou est invalide à concurrence de 2 tiers au moins, mais non indemnisé.

Cette disposition est applicable aux enfants naturels reconnus par le même père ou la mère, au même titre qu'aux frères et soeurs par filiation légitime.

4. les enfants dont l'assuré (e) assume la charge exclusive soit parce qu'ils sont orphelins de père et de mère, soit parce que leurs parents les ont abandonnés ou se trouvent, par suite d'invalidité non indemnisée, dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque;

5. les enfants recueillis depuis au moins 6 mois par l'assuré(e) et dont il (elle) assume la charge exclusive pour soulager une mère ayant trois enfants à charge, abandonnée ainsi que ses enfants par son époux, ou dont l'époux est décédé, disparu, emprisonné ou invalide et non indemnisé, lorsque la mère se trouve dans l'impossibilité d'exercer une profession quelconque à cause des soins à donner à ses enfants et à son ménage;

6. les petits-enfants de l'assuré (e) s'ils sont entièrement à sa charge pour autant qu'ils ne bénéficient pas de l'assurance du fait de l'assujettissement de leur père ou de leur mère;

7. les enfants vivant avec leur mère séparée de fait de son époux, lorsque la mère a demandé de rester bénéficiaire du mari;

8. les enfants d'un titulaire veuf, divorcé ou séparé de corps même s'ils ne vivent pas sous son toit ou ne font pas partie de son ménage, à condition qu'ils n'aient pas droit aux soins de santé à un autre titre et qu'ils soient principalement à charge du titulaire;

9. les enfants légitimes, légitimés ou adoptifs (articles 343 à 360 du Code Civil).

PRESTATIONS

Soins médicaux

PRINCIPES

- I.- La dispensation des soins médicaux est fondée sur le libre choix du médecin-traitant et des auxiliaires médicaux;
- II.- Au sein des organismes assureurs, le contrôle des soins est exercé par les médecins-conseil;
- III.- La manière dont les médecins-conseil exercent leur mission fait à son tour l'objet du contrôle du Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale et de ses médecins-contrôleurs;
- IV.- L'institution du tiers payant a été tentée sur la base de certaines dispositions de l'arrêté royal du 22 septembre 1955, organique de l'assurance maladie-invalidité.

Par suite de l'opposition des représentants du Corps médical, les dispositions visant le tiers payant sont demeurées sans application; elles ont été abrogées en vertu de l'arrêté royal du 14 juillet 1956, modifiant l'arrêté royal organique.

Le système appliqué en Belgique demeure donc celui du paiement direct par l'assuré au praticien, et du remboursement par l'organisme assureur à l'assuré sur la base d'un barème des soins de santé.

DEVELOPPEMENT

I.- Le libre choix et ses conséquences

Principe

Le libre choix est absolu.

De même, le montant des honoraires est laissé à l'appréciation du praticien et des auxiliaires médicaux.

Application

Le montant des honoraires pourra toutefois être obligatoirement fixé à l'égard du médecin partie à une convention médico-mutualiste prévue par l'arrêté organique, et en voie d'élaboration entre les organisations professionnelles médicales et les organismes assureurs, au sein d'une commission nationale médico-mutualiste.

Cette convention vise les rapports entre l'assuré et le médecin, ainsi que les auxiliaires agissant sous leur direction. Ces rapports concernant notamment les soins médicaux et leur surveillance, les tarifs d'honoraires et les modalités de leur perception.

Les dispositions de la convention ne lieront toutefois que les praticiens qui auront manifesté leur volonté d'y adhérer.

Conséquences du libre choix

Il s'ensuit notamment qu'il n'existe aucune limite légale aux honoraires des praticiens qui n'adhèrent pas formellement à la convention.

La convention nationale médico-mutualiste étant toujours en voie d'élaboration, le tarif des soins de santé demeure fixé par arrêté ministériel. Ce tarif, quoiqu'il ne soit pas obligatoire pour le praticien, peut avoir une valeur éducative à l'égard de l'assuré. Essentiellement, il a pour objet de fixer le taux de remboursement des soins de santé.

Le caractère absolu du libre choix a également pour conséquence l'intensification du contrôle médical exercé tant par les organismes assureurs que par le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale institué auprès du F.N.A.M.I.

II.- Les médecins-conseil

Concernant les soins de santé, les médecins-conseil exercent le contrôle indispensable au bon fonctionnement de l'assurance. Les médecins-conseil sont engagés et rémunérés par les organismes assureurs. Ils doivent être agréés par le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale qui fixe leur statut.

Un principe fondamental a été dégagé par l'arrêté organique et précisé dans le statut du médecin-conseil: les médecins-conseil ne peuvent en aucun cas se substituer aux médecins traitants ni appliquer eux-mêmes ou imposer un traitement qu'ils préconisent. Ils s'efforcent de résoudre à l'amiable toute difficulté en ce domaine. Le Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins est intervenu afin que la rédaction des dispositions du statut du médecin-conseil n'ouvre la possibilité d'aucun malentendu à ce sujet.

Le contrôle des soins de santé peut être préalable. Les médecins-conseil doivent veiller à ce que ces soins soient à la fois efficaces et économiques.

Ils exercent leur mission en liaison avec les médecins traitants. Ils aident les assurés et les médecins-traitants à obtenir en faveur des premiers toute intervention des organismes médicaux ou sociaux qu'ils estiment justifiée.

III.- Le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale et les médecins-contrôleurs

Le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale est un Collège institué auprès du F.N.A.M.I. mais indépendant de celui-ci, qui a pour mission essentielle de veiller à ce que les médecins-conseil des organismes assureurs exercent leurs fonctions avec probité dans le respect des règles de l'assurance.

A cette fin, le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale exerce à l'égard des médecins-conseil l'autorité disciplinaire dans les conditions fixées par leur statut.

Le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale est présidé par un magistrat, et composé de médecins présentés par les unions nationales et les organisations professionnelles de médecins, de professeurs aux quatre facultés de médecine du royaume, et de médecins nommés par le Ministre de la Prévoyance Sociale d'une part, et par le Ministre de la Santé Publique et de la Famille d'autre part. Le médecin directeur-général, responsable du service des médecins-contrôleurs du Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale, l'Administrateur Général du F.N.A.M.I., et un représentant du Ministre de la Prévoyance Sociale, assistent aux séances du Conseil Supérieur avec voix consultative.

Pour accomplir sa mission, le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale dispose du pouvoir d'enquête le plus étendu.

Il est en droit de se faire communiquer habituellement ou occasionnellement tous les renseignements qu'il estime utiles par quiconque est en mesure de les lui fournir.

Les services du Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale procèdent aux enquêtes ordinaires relatives aux soins de santé comme à l'octroi des prestations en espèces. Le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale procède en outre à des enquêtes extraordinaires relatives à toutes espèces de prestations.

Les médecins-contrôleurs du Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale sont nommés par le Roi sur présentation des organismes assureurs, chaque organisme assureur présentant un nombre de médecins-contrôleurs proportionné au nombre de ses affiliés.

Les médecins-contrôleurs sont appointés par le F.N.A.M.I. mais sont entièrement indépendants de l'administration du F.N.A.M.I. L'accord entre le Gouvernement et le Comité de coordination du Corps médical belge, signé le 21 février 1956, précise que "institué auprès du F.N.A.M.I., ce contrôle est indépendant et n'est pas soumis à l'administration du F.N.A.M.I."

A ce titre, les médecins-contrôleurs jouissent d'un statut spécial. Le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale exerce sur eux le pouvoir disciplinaire.

Le Conseil Supérieur a, conformément à une des missions qui lui sont dévolues, établi un règlement fixant les droits et devoirs des médecins-contrôleurs dans l'exercice de leurs fonctions.

La mission essentielle des médecins-contrôleurs est de surveiller la façon dont les médecins-conseil assurent leur fonction. Ils disposent à cet égard d'un droit d'investigation très étendu. Les médecins-conseil leur adressent au moins une fois par mois un rapport détaillé de leurs activités.

Le règlement fixant les droits et devoirs du médecin-contrôleur dispose que celui-ci doit s'abstenir strictement, en dehors de sa fonction, de la pratique médicale en faveur d'une clientèle quelle qu'elle soit, et qu'il ne peut exercer aucune activité qui, par sa nature, implique une possibilité de litige avec l'assurance.

Le médecin-contrôleur doit aviser le médecin-conseil de tout fait susceptible d'intéresser celui-ci, et de toute anomalie qu'il a relevée dans l'exercice de sa fonction.

Le médecin-contrôleur peut convoquer les bénéficiaires de l'assurance. Ceux-ci peuvent se faire assister d'un médecin de leur choix.

Le médecin-contrôleur peut également prendre toutes dispositions pour soumettre les bénéficiaires à tel examen qu'il juge nécessaire à l'accomplissement de sa mission.

Litiges au sujet des soins de santé

1. lorsque le médecin traitant d'un bénéficiaire estime que la mesure décidée par le médecin-conseil ou un médecin-contrôleur est de nature à causer préjudice à l'état du malade, il en avise le médecin-contrôleur principal.

Le litige est soumis à un comité médical provincial. La décision de ce collège peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale.

Les comités médicaux provinciaux institués par l'arrêté royal du 14 juillet 1956 n'étant pas encore constitués, cette procédure n'a toutefois pas encore pu être utilisée jusqu'à ce jour.

2. lorsque la décision d'un médecin-conseil est réformée par un médecin contrôleur, le médecin-conseil peut saisir le médecin-contrôleur principal de son opposition à la décision d'un médecin-contrôleur.

Le médecin-contrôleur principal soumet sans délai le litige au Conseil Supérieur de l'Inspection Médicale.

IV.- Remboursement par l'organisme assureur

L'institution du système du tiers-payant ayant échoué, a été réintroduit le système du remboursement par l'organisme assureur à l'assuré.

Base de remboursement:

Un arrêté ministériel a établi, après avis du Comité Permanent du F.N.A.M.I., la nomenclature des soins de santé en y mentionnant leur valeur idéale, ainsi que le montant du remboursement par l'assurance.

Le bénéficiaire supporte une part des honoraires-types ainsi fixés. Cette participation du bénéficiaire est de 25 p.c. pour les soins médicaux usuels, les soins dentaires conservateurs et les prestations fournies par le personnel auxiliaire, notamment les infirmières.

Formalités en vue du remboursement

Le médecin ou toute autre personne habilitée à donner des soins remet au bénéficiaire un document nominatif, signé et identifiable, mentionnant la nature de la prestation et éventuellement le chiffre du code qui la représente dans la nomenclature des soins de santé.

Ce document est présenté à l'organisme assureur. Celui-ci, sur la base de ce document, calcule le montant du remboursement.

L'assuré qui ne remet pas ce document à l'organisme assureur n'a pas droit au remboursement.

Après vérification par l'organisme assureur, le remboursement est effectué.

Abus

Les personnes ou institutions habilitées à dispenser des soins indemnisables qui se rendent coupables de fraude ou d'abus à l'égard de l'assurance peuvent être exclus de tout remboursement pour une période déterminée allant de 2 mois à 5 ans.

L'exclusion définitive peut être prononcée en cas de récidive. Ces sanctions sont prononcées par le Collège médico-mutualiste provincial, et peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil Supérieur de l'Inspection médicale.

Cette procédure est demeurée sans effet pratique puisque les collèges médico-mutualistes provinciaux ne sont pas encore constitués.

Il convient de préciser que la notion d'abus à l'égard de l'assurance ne vise pas les abus en matière d'honoraires, ceux-ci étant fixés librement par les médecins traitants. Elle vise les prestations abusives en matière de soins de santé, ainsi que les attestations et certificats attestant inexactement que des soins ont été prestés, et autres fraudes commises au préjudice de l'assurance.

Le plus souvent, ces fraudes sont décelées soit par les organismes assureurs, soit par les services de contrôle du F.N.A.M.I.

REMBOURSEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE
MALADIE EN BELGIQUE

En fonction de l'article 61 de l'Arrêté Royal Organique du 22 septembre 1955, les fournitures pharmaceutiques sont comprises dans les prestations en nature donnant lieu à intervention de la part de l'assurance maladie.

Bien que le médecin prescrive librement, il est tenu de rechercher l'efficacité maximum avec le minimum de dépenses, en vertu de l'article 71 de l'Arrêté Royal précité.

Les produits pouvant être utilisés à des fins alimentaires, ménagères ou de toilette, sont de toute façon exclus de toute participation de l'assurance.

Les ordonnances doivent être établies par des personnes qui y sont légalement autorisées et rédigées sur des formulaires d'un modèle prescrit par le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité.

La durée de validité des prescriptions médicales a été fixée à trois mois.

L'assuré choisit librement le pharmacien qui exécutera ses ordonnances.

Les pharmaciens appliquant en général le système du tiers-payant, le malade ne paie, au moment de la délivrance des médicaments, que la différence entre le coût total des médicaments prescrits et l'intervention de l'assurance.

Les fournitures pharmaceutiques peuvent être divisées en trois groupes:

- les préparations magistrales et préfabriquées
- les spécialités pharmaceutiques
- le lait maternel, le sang et le plasma sanguin.

I.- PREPARATIONS MAGISTRALES ET MEDICAMENTS PREFABRIQUES

1) Définition de la préparation magistrale en Belgique

La préparation magistrale est réalisée à l'officine par le pharmacien ou sous sa surveillance directe et effective et exceptionnellement dans les dépôts de médicaments par un médecin légalement autorisé à tenir un dépôt de médicaments à l'usage de ses malades.

Elle peut être effectuée par ces praticiens extemporanément (préparation magistrale extemporanée) ou à l'avance en quantité dépassant celle qui est normalement prescrite en une fois (préparation magistrale préparée).

2) Coût des préparations magistrales et modalités de l'intervention de l'assurance

Le coût des préparations magistrales est calculé d'après les règles et les prix figurant au Tarif Pharmaceutique Officiel établi par le Ministre de la Prévoyance Sociale.

Ces règles sont admises sur avis du Conseil Technique Pharmaceutique du F.N.A.M.I. et de la Sous-Commission du Tarif Pharmaceutique Officiel fonctionnant dans le cadre du Département de la Prévoyance Sociale. Celle-ci fut instituée par l'Arrêté Royal du 18 juillet 1922.

Cette dernière Commission a également dans ses attributions, l'établissement des prix de tous les produits et substances entrant dans la composition des préparations magistrales.

Le prix d'une préparation magistrale est égal au prix de tous les ingrédients, augmenté des honoraires pharmaceutiques.

Le barème des honoraires pharmaceutiques est fixé par le Ministre de la Prévoyance Sociale sur avis de la Commission Pharmaceutico-Mutualiste. Il est reproduit au Tarif Pharmaceutique Officiel.

Ces honoraires peuvent être divisés comme suit:

Honoraires de préparation

- Honoraires simples ne pouvant pas être cumulés entre eux. Par exemple: cachets, pommades, gelules.
- Honoraires composés pouvant être cumulés entre eux et avec les honoraires simples. Par exemple: décoction, suspension, collyres, stérilisation, enrobages.

Honoraires forfaitaires de responsabilité: indépendants des honoraires de préparation.

Honoraires spéciaux pour médicaments délivrés au cours de la nuit.

Sauf quelques exceptions prévues au Tarif Pharmaceutique Officiel, l'assurance intervient dans le coût de toutes les préparations magistrales pour les quantités prescrites par les personnes qui y sont légalement autorisées.

Les restrictions qui sont d'ordre qualitatif aussi bien que quantitatif ont été instituées afin d'éviter des abus ou du gaspillage.

Même les substances simples ne figurant pas audit tarif peuvent être portées en compte lorsqu'elles sont incorporées dans des préparations magistrales réalisées à l'officine du pharmacien, d'après une règle spéciale prévue à cet effet.

Le Tarif Pharmaceutique Officiel n'est donc pas strictement limitatif.

La participation de l'assuré dans le coût des préparations magistrales est fixée uniformément à 25 % du coût moyen de celles-ci au cours du pénultième exercice.

Depuis le 1/1/1958, cette participation est fixée à 10 fr.

La différence entre le coût des préparations magistrales et la participation de l'assuré tombe à charge de l'assurance.

L'assurance n'intervient pas séparément dans le coût des préparations magistrales administrées à des assurés sociaux hospitalisés. Leur prix est compris dans l'intervention forfaitaire fixée par journée d'hospitalisation.

Chaque récipé magistral peut être renouvelé deux fois si le médecin l'indique sur son ordonnance. A partir du troisième renouvellement, une autorisation spéciale doit être accordée par l'organisme assureur.

3) Préparations préfabriquées

Définition: Est considéré comme médicament préfabriqué tout médicament composé préparé industriellement à l'avance par une des personnes autorisées légalement à fabriquer, préparer, importer ou faire le commerce en gros des médicaments.

Les préparations préfabriquées sont présentées et vendues au pharmacien sous un conditionnement banal et sans dénomination particulière. Elles ne portent pas d'autres indications que la formule.

Ces préparations préfabriquées ne donnent lieu à intervention de la part de l'assurance qu'à condition d'être inscrites nominativement au Tarif Pharmaceutique Officiel, à la Pharmacopée Belge ou au Formulaire National édité par l'Association Pharmaceutique Belge.

Les modalités d'intervention se rapportant aux préparations magistrales leur sont applicables.

II.- SPECIALITES PHARMACEUTIQUES

Définition de la spécialité pharmaceutique en Belgique

Est considérée comme spécialité, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, tout médicament préparé à l'avance, présenté au public sous un conditionnement original et une dénomination particulière, destiné à la médecine humaine.

La spécialité porte obligatoirement la formule de sa composition, le prix imposé et contient généralement un texte avec au moins certaines indications sur le mode d'emploi.

La liste des spécialités pharmaceutiques dans le coût desquelles l'assurance est autorisée à intervenir et le prix de référence en fonction duquel le montant de cette intervention est calculé, sont arrêtés par le Ministre de la Prévoyance Sociale sur avis du Conseil des Spécialités Pharmaceutiques et du Comité Permanent du F.N.A.M.I.

Les autres spécialités sont exclues de toute intervention.

Pour pouvoir être inscrites à la liste des spécialités admises, le fabricant ou son dépositaire en Belgique doit introduire une demande d'agrégation auprès du Service Médical du F.N.A.M.I.

Ces demandes sont présentées pour avis au Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques en même temps qu'un spécimen de la spécialité et un document prouvant que la spécialité répond à toutes les exigences légales en la matière.

Pour faciliter la sélection des spécialités à admettre au remboursement, une série de critères d'admission a été établie par le Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques. Ces critères constituent un guide lors de l'admission des spécialités.

Les demandes d'admission pour les spécialités pharmaceutiques ne répondant pas strictement à l'un des critères d'admission doivent être appuyées d'un dossier scientifique, clinique et pharmacodynamique.

Lors de l'introduction de sa demande d'admission, chaque demandeur s'engage à :

1. assurer la continuité de la composition et de la production de sa spécialité sous toutes les formes et sous les conditionnements tels qu'ils sont définis dans sa demande;
2. introduire une nouvelle demande d'admission dans le cas où la spécialité définie dans la demande subirait une modification au point de vue de la composition, du dosage, de la forme, du conditionnement ou autre;
3. munir ses spécialités admises des vignettes distinctives à partir de la date d'admission qui lui sera notifiée par les soins du F.N.A.M.I.;
4. n'affecter lesdites vignettes à aucune autre spécialité qui n'aurait pas obtenu l'admission du F.N.A.M.I.;
5. s'abstenir de tout acte publicitaire qui serait de nature à induire en erreur, les médecins, les pharmaciens ou les agents de l'assurance maladie-invalidité, quant au classement de la spécialité;
6. ne pas faire de publicité s'adressant directement au public, pour les spécialités admises et à soumettre préalablement à l'approbation du Service Médical, Section Pharmaceutique du F.N.A.M.I., tout texte publicitaire dans lequel il est fait état du remboursement d'une spécialité par l'assurance maladie-invalidité.

Les spécialités pharmaceutiques délivrées à l'officine du pharmacien ne peuvent être portées en compte qu'à concurrence d'un seul conditionnement par ordonnance. Exception est cependant faite pour les insulines, les sérums et vaccins, les solutions et liquides physiologiques, les pénicillines injectables, les streptomycines injectables et les spécialités contenant une association injectable de pénicilline et de streptomycine.

Les bons de renouvellement pour les spécialités pharmaceutiques admises ne font l'objet d'aucune intervention de la part des Organismes Assureurs.

Pour faciliter le travail du pharmacien d'officine, les spécialités admises au remboursement sont affectées d'un signe conventionnel "A", "Ac" ou "B" qui les différencie des spécialités non remboursables.

Les spécialités admises peuvent se subdiviser en cinq groupes:

- les spécialités de la Catégorie A qui sont, en principe, considérées comme irremplaçables par des préparations magistrales.
- les spécialités de la Catégorie Ac: Catégorie ne comportant que des spécialités irremplaçables mais pour lesquelles un mode d'intervention particulier est établi.
- les spécialités de la Catégorie B: spécialités dont la préparation à l'officine offre certaines difficultés techniques ou qui présentent plus de garanties quant à leur conservation lorsqu'elles sont préparées industriellement.
- les sérums et vaccins.
- spécialités qui sont assimilées aux préparations magistrales en ce qui concerne les parts d'intervention de l'assurance: insulines, solutions et liquides physiologiques.

Nombre de spécialités admises au remboursement au 1/11/1958:

	Nombre de spécialités -----	Nombre de conditionnements -----
Catégorie A	543	1 021
Catégorie Ac	302	804
Catégorie B	1 057	1 855
	-----	-----
TOTAL:	1 902 =====	3 680 =====

Modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques

Les montants d'intervention dans le coût des spécialités pharmaceutiques admises sont établis en fonction d'un prix de référence fixé par le Ministre de la Prévoyance Sociale sur avis du Conseil des Spécialités Pharmaceutiques et du Comité Permanent.

Les règles détaillées ci-après sont généralement suivies lors de l'établissement de ces prix de référence:

Est considéré comme prix de référence d'une spécialité pharmaceutique, le coût d'une préparation magistrale correspondante, calculé d'après les règles du Tarif Pharmaceutique Officiel.

Pour les médicaments spécialisés qui ne sont pas réalisables en officine, le prix de référence est égal au prix public de la spécialité la moins chère offrant toutes garanties au point de vue qualité. Ce même prix de référence est appliqué à toutes les spécialités répondant à cette formule.

Ne peuvent, en aucun cas, être inscrites à la liste des spécialités remboursables, des spécialités dont le prix de vente au public dépasse de plus de 50 % le prix de référence.

- Les spécialités des Catégories A et B ainsi que les sérums et vaccins sont remboursés à concurrence de 75 % de leur prix de référence, le reste étant à charge de l'assuré.
- La Catégorie Ac comporte essentiellement des antibiotiques, des antihistaminiques et des hormones. Dans tous les cas, l'assurance accorde une intervention égale à 50 % du prix de référence.

Après avis du médecin-conseil de l'Organisme Assureur, les mutuelles sont autorisées à accorder une intervention supplémentaire s'élevant à 25 % du prix de référence.

En émettant un avis, les médecins-conseil des Organismes Assureurs s'inspirent des règles d'ordre médical établies par le F.N.A.M.I.

- Les insulines et solutions physiologiques: Par tranche de 400 U. d'insuline ou de 500 cc. de liquide physiologique, l'assuré paie une participation égale à celle prévue pour les préparations magistrales.

Intervention dans le coût des spécialités administrées à des assurés hospitalisés:

1. Les spécialités de la Catégorie A, les sérums et vaccins, les insulines et les solutions physiologiques sont remboursés par unité clinique en supplément du taux de la journée d'entretien lorsqu'ils sont administrés à des assurés hospitalisés dans un établissement hospitalier disposant d'un service pharmaceutique reconnu.

Lorsqu'ils sont destinés au traitement des assurés sociaux hospitalisés dans un établissement ne disposant pas d'un service pharmaceutique reconnu, ces médicaments sont délivrés par un pharmacien tenant officine ouverte et sont remboursés au taux prévu pour les malades non hospitalisés.

2. Spécialités de la Catégorie B: Les mêmes modalités que celles de la Catégorie A sont d'application pour les spécialités de la Catégorie B si celles-ci sont délivrées à des malades soignés dans des établissements hospitaliers ayant conclu une convention dans le cadre de l'Arrêté Royal Organique du 22 septembre 1955.

Si les malades sont soignés dans des établissements hospitaliers n'ayant pas conclu une convention, les spécialités de la Catégorie B ne peuvent pas être portées en compte à l'assurance.

III.- PRODUITS AUTRES QUE LES SPECIALITES PHARMACEUTIQUES, ADMINISTRES EN MILIEU HOSPITALIER OU AUX ASSURES NON HOSPITALISES:

Ces produits comprenant le lait maternel, le sang et le plasma sanguin pour transfusion, peuvent être portés en compte même lorsqu'ils sont délivrés par des établissements hospitaliers ne disposant pas d'un service pharmaceutique propre.

RAPPORTS ENTRE LES ORGANISMES ASSUREURS ET LES HOPITAUX

Jusqu'au 1er janvier 1958, l'assurance maladie-invalidité intervenait dans les frais d'hospitalisation, en fonction d'un barème établi par arrêté ministériel et fixant un taux de remboursement identique pour chaque hôpital ou clinique: on exigeait cependant que ces établissements hospitaliers fussent agréés comme tels par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille.

Ce taux de remboursement uniforme comprenait essentiellement les frais d'entretien: l'intervention de l'assurance était complétée par le remboursement des honoraires médicaux.

La fixation d'un taux uniforme de remboursement pour la journée d'entretien dans les hôpitaux et les cliniques offrait l'inconvénient de mettre sur le même pied des établissements et des services de qualités très différentes; les services exigeant un personnel plus nombreux et plus qualifié en raison de la nature même des affections qui y sont traitées, recevaient le même taux d'intervention que des établissements d'un standing sensiblement moins élevé et disposant d'un personnel moins nombreux, moins qualifié et d'un équipement moins coûteux.

Comme d'autre part, le taux de l'intervention de l'assurance était nettement inférieur au coût moyen de la journée d'entretien, il en résultait que l'assuré devait dans la majorité des cas, ajouter à cette intervention uniforme de l'assurance, une participation personnelle d'autant plus lourde qu'il s'agissait d'un établissement hautement spécialisé.

A de rares exceptions près, seuls quelques services hospitaliers organisés par les mutualités elles-mêmes, pouvaient, grâce à une assurance complémentaire, mettre gratuitement l'hospitalisation à la disposition des assurés.

L'arrêté du 22 septembre 1955 créa le principe de conventions particulières entre les établissements hospitaliers et l'assurance.

Après de longues négociations, de telles conventions purent être mises en application à partir du 1er janvier 1958: elles concernent plus de 90 % d'établissements agréés par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille.

Ces conventions, jusqu'à présent, n'ont pas visé à obtenir nécessairement la gratuité de l'hospitalisation: elles ont essentiellement cherché à établir les engagements réciproques de l'établissement hospitalier d'une part et de l'assurance de l'autre.

L'établissement est tenu d'annoncer le prix qu'il réclamera aux assurés sociaux et ce prix doit être justifié par les éléments de calcul du prix de revient.

L'assurance indique à son tour le taux de son intervention: on a admis au départ un relèvement moyen de plus de 40 % du taux de remboursement mais on a renoncé à la fixation d'un taux uniforme d'intervention.

Des études préalables menées avec la collaboration des représentants des groupements hospitaliers avaient en effet établi que le prix de la journée d'entretien - même ramené aux seuls éléments de l'hôtellerie - variait assez sensiblement suivant qu'il s'agissait de services pour malades chroniques, pour observation médicale, pour traitement chirurgical, pour maladies infantiles, pour accouchement et pour prématurés.

Des tarifs furent fixés en tenant compte de ces coûts différents et c'est ainsi que le barème suivant fut établi:

140 fr. pour l'hospitalisation simple (malades chroniques)
155 fr. pour les services de médecine interne (observation
et traitement médical)
170 fr. pour la pédiatrie
175 fr. pour les services chirurgicaux
190 fr. pour la maternité
250 fr. pour les prématurés.

Il faut faire remarquer que l'agrégation des établissements hospitaliers par le Ministère de la Santé Publique et de la Famille se fait en fonction de cette même classification de services d'hospitalisation.

Pour les établissements ne comptant qu'un des services énumérés ci-dessus, le taux d'intervention fixé par la convention était automatiquement celui du tarif correspondant.

Pour les établissements comptant plusieurs de ces services (et c'est le cas le plus fréquent), la convention a fixé un taux uniforme résultant de l'importance relative de l'occupation des lits des différents services: cette importance relative a été établie pour le dernier exercice connu.

La publication de ces conventions a permis aux assurés de connaître à l'avance les prix qui leur seraient réclamés par l'établissement et les taux qui leur seraient remboursés par l'assurance: dans le régime antérieur, le malade ne pouvait jamais connaître à l'avance la charge personnelle que l'hospitalisation allait entraîner et dans ces conditions l'exercice de son libre choix devenait très difficile et très empirique.

Les conventions contiennent de plus des dispositions qui interdisent à l'établissement de réclamer des frais d'hospitalisation dans les cas où il n'a pas, dans un délai déterminé, averti l'organisme assureur de ce que tel assuré était hospitalisé et devait prolonger son hospitalisation: cette disposition a augmenté sensiblement les possibilités de contrôle pour les organismes assureurs, de la durée de l'hospitalisation.

Enfin, ces conventions prévoient les conditions dans lesquelles les honoraires médicaux sont réclamés: l'établissement indique si oui ou non il applique les tarifs de l'assurance et là aussi, l'assuré peut de cette façon connaître à l'avance quelles seront ses charges personnelles éventuelles.

Jusqu'à présent, ce système appliqué depuis 1 an, semble avoir donné satisfaction, bien que l'assuré devra encore dans certains cas payer des suppléments assez importants, il faut constater qu'il en a au moins été averti au préalable et que de toute façon l'augmentation sensible de l'intervention de l'assurance a diminué le montant de la participation personnelle de l'assuré et l'a même supprimé dans de nombreux cas.

Catégories d'assurés sociaux bénéficiant des prestations en nature - Début et durée du service de ces prestations

Ont droit aux soins de santé :

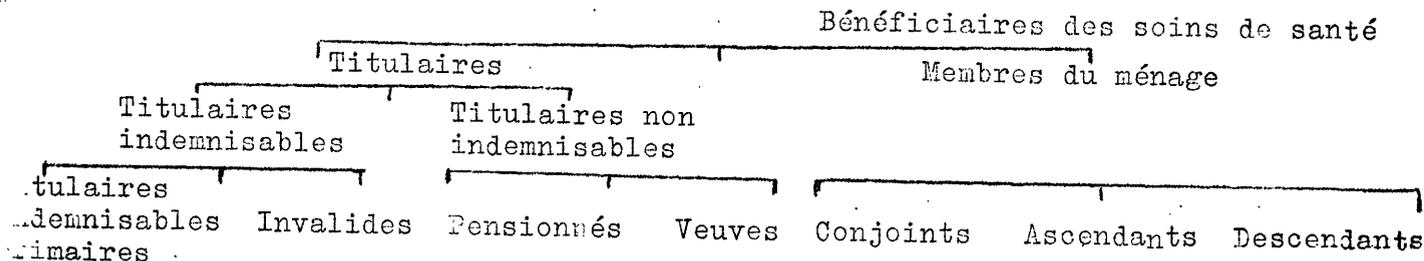
1. Les titulaires indemnissables, c'est-à-dire les assurés qui peuvent prétendre à la fois les soins de santé et les indemnités primaires, les indemnités de repos d'accouchement et les indemnités d'invalidité. Les titulaires au bénéfice d'indemnités d'invalidité peuvent bénéficier des soins de santé soit gratuitement, soit moyennant versement d'une cotisation personnelle dont le montant maximum est de 50 fr. par mois, montant qui est dégressif et est fixé en fonction du nombre d'années d'assurance.

2. Les membres de la famille qui sont à charge du titulaire indemnissable, tels qu'ils sont définis plus haut.

3. Les pensionnés de vieillesse ainsi que les personnes faisant partie de leur ménage, soit gratuitement, soit moyennant versement d'une cotisation personnelle dont le montant maximum est de 105 fr. par mois, montant qui est dégressif et est fixé en fonction du nombre d'années d'assurance.

4. Les veuves ainsi que les personnes faisant partie de leur ménage pour autant que les conditions fixées par l'Arrêté ministériel du 22/9/1955 (voir ci-dessus) soient remplies et cela moyennant versement d'une cotisation personnelle d'un montant maximum de 105 fr. par mois, montant qui est dégressif et est fixé en fonction du nombre d'années d'assurance du mari défunt.

Voici un schéma des bénéficiaires des soins de santé:



Les soins de santé sont dus dès que l'assuré a accompli le stage requis par l'Arrêté Royal Organique. Ce stage est de 3 mois pour les assurés qui, lorsqu'ils entrent dans l'assurance, sont âgés de moins de 25 ans. Il est de 6 mois lorsqu'ils entrent dans l'assurance passé l'âge de 25 ans. Les assurés doivent, au surplus, fournir la preuve que pendant la période de stage ils totalisent au moins 60 ou 120 journées

de travail effectif ou assimilées selon qu'ils entrent dans l'assurance avant ou après l'âge de 25 ans. Par ailleurs, ils sont tenus de remettre pendant la période de stage des documents de cotisation d'une valeur minimum fixée par le Règlement Général et qui, à l'heure actuelle, est de 210 fr. par mois pour les assurés âgés de plus de 21 ans.

PRESTATION EN ESPECES

Délai de carence

Pour chaque période d'incapacité de travail, il est appliqué une carence initiale de trois jours ouvrables lorsqu'il s'agit d'un travailleur soumis au régime des six jours de travail par semaine et de 2 1/2 jours ouvrables lorsqu'il s'agit d'un travailleur soumis au régime des cinq jours de travail par semaine.

La carence n'est pas appliquée:

- 1) si une nouvelle période de maladie survient dans les 25 premiers jours ouvrables de la reprise du travail;
- 2) pour une période d'incapacité de travail qui se produit après une période d'au moins 12 jours ouvrables de chômage involontaire ininterrompu;
- 3) pour les chômeurs mis au travail par les pouvoirs publics;
- 4) lorsque l'incapacité de travail est due à une affection résultant de la grossesse ou de l'accouchement;
- 5) lorsqu'il s'agit d'un assuré qui, tout en étant au travail, se trouve au titre de chômeur partiel, depuis plus de deux semaines, au bénéfice d'allocations de chômage à concurrence de la valeur d'au moins trois allocations journalières par semaine.

Montants des indemnités et durée

La rémunération journalière perdue est définie sur base des échelles suivantes:

Rémunération journalière réelle	Rémunération prise en compte pour le calcul de l'indemnité				
	1/1/1945 au 30/11/1945	1/12/1945 au 31/3/1947	1/4/1947 au 30/4/1951	1/5/1951 au 31/3/1957	à partir du 1/4/1957
30 fr.	25 fr.	25 fr.	25 fr.	25 fr.	25 fr.
30 à 40 fr.	35 fr.	35 fr.	35 fr.	35 fr.	35 fr.
40 à 50 fr.	45 fr.	45 fr.	45 fr.	45 fr.	45 fr.
50 à 60 fr.	55 fr.	55 fr.	55 fr.	55 fr.	55 fr.
60 à 80 fr.	70 fr.	70 fr.	70 fr.	70 fr.	70 fr.
80 à 100 fr.	90 fr.	90 fr.	90 fr.	90 fr.	90 fr.
plus de 100 fr.	(110 fr.(1) (100 fr.(2))				
100 à 120 fr.		110 fr.	110 fr.	110 fr.	110 fr.
plus de 120 fr.		(130 fr.(1) (120 fr.(2))	120 fr.(2)		

120 à 140 fr.	130 fr.(1)	130 fr.	130 fr.
plus de 140 fr.	150 fr.		
140 à 160 fr.		150 fr.	150 fr.
160 à 180 fr.		(170 fr.(1)	(170 fr.(1)
		(160 fr.(2)	(170 fr.(2)
plus de 180 fr.		(190 fr.(1)	
180 à 200 fr.		(160 fr.(2)	
200 à 220 fr.			190 fr.(1)
plus de 220 fr.			170 fr.(2)
			210 fr.(1)
			170 fr.(2)
			230 fr.(1)
			170 fr.(2)

A partir du 17/12/1954, on a prévu une échelle complémentaire pour les assurés occupés dans une entreprise dans laquelle le travail hebdomadaire est réparti, normalement et habituellement, sur cinq jours et pour lesquels, en cas d'incapacité de travail, aucune indemnité ne peut être accordée pour le jour qui ne donne généralement pas lieu au paiement d'un salaire.

Rémunération prise en compte pour le calcul de l'indemnité

Rémunération journalière réelle	17/12/1954 au 31/3/1957	A partir du 1/4/1957
plus de 190 fr.	190 fr.(2)	
200 à 220 fr.	210 fr.(1)	
plus de 220 fr.	230 fr.(1)	
190 fr.		190 fr.(2)
240 à 260 fr.		250 fr.(1)
260 fr.		270 fr.(1)

Ce n'est qu'à partir du 1/1/1949 qu'on a défini l'incapacité de travail. C'est l'incapacité qui entraîne une réduction de la capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail dans le groupe des professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'assuré au moment où il est devenu malade.

(1) pour toutes les indemnités sauf pour l'indemnité d'invalidité; depuis le 1/1/1949: pour toutes les indemnités sauf l'indemnité d'invalidité 2ème période;

(2) pour l'indemnité d'invalidité; à partir du 1/1/1949: pour l'indemnité d'invalidité 2ème période.

Pendant l'incapacité primaire (300 jours ouvrables jusqu'au 31/12/1948; 150 jours ouvrables du 1/1/1949 au 26/9/1955 six mois depuis le 27/9/1955), l'organisme assureur paie pour chaque jour ouvrable une indemnité égale à 60 % de la "rémunération qui doit être prise en compte pour le calcul de l'indemnité", correspondant à la tranche de rémunération journalière réelle dans les limites de laquelle se situe la rémunération journalière moyenne de l'assuré malade.

Pendant la 1ère période d'invalidité qui suit la période d'incapacité primaire (150 jours ouvrables du 1/1/1949 au 31/3/1957; six mois à partir du 1/4/1957), l'indemnité est fixée à 60 % de la rémunération prise en compte pour le calcul de l'indemnité. Jusqu'au 31/12/1948, la période d'invalidité commençait au 301ème jour d'incapacité de travail et se terminait soit par la reprise du travail, soit à l'âge légal de la mise à la pension de vieillesse. Pendant la période d'invalidité l'organisme assureur payait une indemnité égale à:

- 1) 50 % de la rémunération prise en compte pour le calcul de l'indemnité lorsqu'il s'agissait d'un assuré ayant charge de famille;
- 2) 33 % lorsqu'il s'agissait d'un assuré sans charge de famille. Ces pourcentages sont restés d'application après le 1/1/1949, date à laquelle fut introduite la formule de la deuxième période d'invalidité et cela jusqu'au 30/4/1951. A partir du 1/5/1951 ces pourcentages furent fixés respectivement à 60 et 40 %.

L'indemnité d'incapacité primaire et d'invalidité est ramenée à 20 % si l'assuré sans charge de famille qui est hospitalisé bénéficie en matière d'hospitalisation d'une intervention de l'assurance.

L'arrêté royal du 22/9/1955 stipule que l'indemnité d'invalidité ne peut être inférieure à 94 fr. pour les travailleurs réguliers.

Ce minimum est ramené à 64 fr. par jour pour l'invalidé n'ayant personne à sa charge. A partir de cette même date, les indemnités sont liées à l'indice des prix de détail.

Depuis le 1/4/1957, l'indemnité d'invalidité deuxième période est fixée à 100 fr. par jour pour le travailleur régulier; lorsqu'il s'agit d'un assuré sans charge de famille, ce montant est ramené à 68 fr. Ces deux taux constituent des maxima pour les travailleurs irréguliers se trouvant dans les mêmes conditions.

L'organisme assureur paie à la femme titulaire qui interrompt son travail pendant une période comprise entre six semaines avant et six semaines après ses couches, une indemnité, pour chaque jour ouvrable, égale à 60 % de la rémunération qui doit être prise en compte pour le calcul de l'indemnité.

Jusqu'au 31/12/1945, l'organisme assureur payait à l'ayant droit de l'assuré n'ayant pas atteint l'âge légal normal de la mise à la pension et décédé avant le moment où il cesse d'être cotisant à la Sécurité Sociale par suite de l'entrée en jouissance de sa pension de vieillesse, une indemnité égale à 25 fois la rémunération journalière qui doit être prise en compte pour le calcul de l'indemnité. Depuis le 1/1/1946 l'organisme assureur paie dans ce cas 30 fois la rémunération journalière.

Lorsque l'assuré décède après avoir atteint l'âge légal normal de la mise à la pension, l'organisme assureur paie à l'ayant droit une indemnité de 1 000 fr.

A noter que les indemnités primaires et d'invalidité peuvent, dans les conditions et les limites fixées par la loi, être cumulées avec un salaire ou autre revenu et que les invalides sont, dans certains cas, autorisés à effectuer des petits travaux compatibles avec leur état de santé et moyennant autorisation préalable de leur médecin-conseil.

VOICI LE SCHEMA DES AVANTAGES EN ESPECES QUI SONT PREVUS A L'HEURE ACTUELLE PAR LA LEGISLATION A.M.I.

Nature	Indemnité funéraire	Indemnité d'invalidité lère période	Indemnité d'invalidité 2ème période	Indemnité de repos d'accouchement	Indemnité funéraire
<p>Pourcentage de la rémunération journalière moyenne</p> <p>a) pour les assurés ayant charge de famille</p> <p>b) pour les assurés sans charge de famille</p> <p>c) pour les assurés sans charge de famille hospitalisés</p>	<p>a) 60 %</p> <p>b) 60 %</p> <p>c) 20 %</p>	<p>a) 60 %</p> <p>b) 60 %</p> <p>c) 20 %</p>	<p>a) 60 %</p> <p>b) 40 %</p> <p>c) 20 %</p>	<p>a) b) et c) 60 %</p>	<p>30 fois la rémunération journalière moyenne dans le cas où l'assuré décède avant l'âge de la mise à la pension. 25 fois la rémunération journalière moyenne lorsqu'il est soumis au régime des 5 jours. 1 000 frs dans le cas où l'assuré décède après cet âge.</p>
<p>Montants maximums par jour lorsque le travailleur est soumis au régime des 6 jours de travail par semaine.</p>	<p>a) 138 frs</p> <p>b) 138 frs</p> <p>c) 46 frs</p>	<p>a) 138 frs</p> <p>b) 138 frs</p> <p>c) 46 frs</p>	<p>a) 100 frs</p> <p>b) 68 frs</p> <p>c) 34 frs</p> <p>(minimums et maximums pour les travailleurs réguliers et maximums pour les travailleurs irréguliers).</p>	<p>a) b) et c) 138 f</p>	<p>6 900 frs. ou</p> <p>1 000 frs</p>

Montants maximums par jour lorsque le travailleur est soumis au régime des 5 jours de travail par semaine (dans ce cas l'assuré ne bénéficie que de 5 indemnités journalières par semaine)	a) 162 frs b) 162 frs c) 54 frs	a) 162 frs b) 162 frs c) 54 frs	a) 100 frs b) 68 frs c) 34 frs (lorsqu'il s'agit d'un travailleur régulier 6 indemnités journalière par semaine étant entendu que lorsque l'invalidé sans charge de famille est hospitalisé, il ne touche que 34 frs par jour).	a) b) et c) 162 frs	6 750 frs ou 1 000
Durée	6 mois	6 mois	jusqu'à la reprise du travail ou jusqu'à la mise à la pension	6 semaines avant et 6 semaines après la date de l'accouchement	

	Ouvriers	Employeurs	Globale
Du 1er trim. 1945 au 2ème trim. 1955	3,50 %	2,50 %	6,00 %
Depuis le 3ème trim. 1955	3,50 %	3,50 %	7,00 %
	Employés	Employeurs	Globale
Du 1er trim. 1945 au 2ème trim. 1955	2,75 %	2,25 %	5,00 %
Depuis le 3ème trim. 1955	2,75 %	3,25 %	6,00 %
	Mineurs	Employeurs	Globale
Depuis le 1/1/1945	2,50 %	1,50 %	4,00 %

Compensation

Jusqu'au 1er janvier 1949, les ressources de l'A.M.I. étaient réparties entre les organismes assureurs en fonction de la valeur des bons de cotisation introduits par les travailleurs, moins 10 % que le F.N.A.M.I. gardait par devers lui pour couvrir ses propres charges de même que les cotisations des assurés au bénéfice d'indemnités d'incapacité de travail.

En effet, le F.N.A.M.I. payait à l'organisme assureur un montant égal à 5,4 % de la rémunération (plafonnée) mentionnée sur le bon de cotisation d'un ouvrier, autre qu'un mineur, 4,5 % de la rémunération (plafonnée) figurant sur le bon d'un employé et 3,6 % lorsqu'il s'agissait d'un mineur.

A partir du 1.1.1949, les ressources de l'assurance sont réparties par le F.N.A.M.I. entre les organismes assureurs selon les risques encourus par les assurés: pour faire cette répartition, on tient compte de la rémunération, de l'âge, du sexe, de l'état civil, de la composition du ménage de l'assuré, de l'âge des ayants droit, du secteur professionnel, de la résidence; ne sont pas réparties de cette manière: les subventions de l'Etat et les cotisations personnelles et complémentaires.

Depuis la création de la Caisse Nationale de l'Invalidité, le F.N.A.M.I. verse un dixième des recettes à cette caisse avant de faire la répartition. Les fonds nécessaires au financement du Service National de rééducation professionnelle sont également retenus avant répartition des ressources de l'assurance entre les organismes assureurs.

Contribution de l'Etat.

Pour parer au défaut de cotisations des chômeurs involontaires, chaque organisme assureur reçoit trimestriellement de l'Etat par le

truchement du F.N.A.M.I., une subvention dont le montant est déterminé en multipliant le nombre de journées de chômage par les subsides suivants :

Périodes	Subventions par jour pour un		
	Ouvrier	Employé	Mineur
du 1/1/1945 au 31/12/1948	3,85 fr.	3,20 fr.	2,55 fr.
du 1/1/1949 au 30/6/1949	5,75 fr.	4,80 fr.	3,75 fr.
depuis le 1/7/1949	6,10 fr.	5,40 fr.	9,45 fr.

Depuis fin septembre 1955 l'Etat paie une subvention:

- 1) de 6,10 fr. par journée de travail pour chaque chômeur qui a accepté d'effectuer, à l'intervention de l'Office national du placement et du chômage, un travail domestique;
- 2) de 4,25 fr. par jour ouvrable pour chaque travailleur salarié ayant charge de ménage, pendant la période au cours de laquelle il remplit ses obligations militaires dans l'armée belge.

Ces subventions ne sont pas réparties selon les risques mais elles sont versées à l'organisme assureur du chômeur ou de l'assuré faisant son service militaire.

Pour parer au défaut de cotisations des chômeurs mis au travail par les provinces, les communes et les établissements publics qui en dépendent, l'Office National du Placement et du Chômage alloue trimestriellement, à partir du 1er avril 1956, aux organismes assureurs par l'intermédiaire du F.N.A.M.I., une subvention spéciale, déterminée en multipliant le nombre de jours de travail effectués dans les conditions précitées par 7,70 s'il s'agit d'un ouvrier et par 6,50 fr. s'il s'agit d'un employé.

Depuis 1948, l'Etat alloue aux organismes assureurs une subvention annuelle s'élevant à:

- 1) 16 % des cotisations globales des ouvriers et des employés
- 2) 66 % des cotisations globales des mineurs (16 % avant cette date).

En dehors de ces subventions régulières, l'Etat a accordé des subsides extraordinaires au F.N.A.M.I.

EVOLUTION DES EFFECTIFS DE L'A.M.I.

	31/12/45	31/12/46	31/12/47	31/12/48	31/12/49	31/12/50	31/12/51	30/6/52	30/6/53	30/6/54	30/6/55	30/6/56	30/6/57
Titulaires indemnités primaires	1 602 271	1 836 517	2 020 417	2 042 088	1 980 723	1 992 253	2 016 755	2 032 911	2 016 459	2 000 717	2 006 456	2 023 048	2 039 672
Invalides	7 625	13 620	22 209	27 663	36 966	38 414	41 350	43 068	46 243	45 848	48 006	50 689	51 075
Titulaires indemni- sables	1 609 896	1 850 137	2 042 626	2 069 751	2 017 689	2 030 667	2 058 105	2 075 979	2 062 702	2 046 565	2 054 462	2 073 737	2 090 747
Pensionnés	88 541	100 439	105 729	116 188	121 686	130 003	136 410	142 194	148 980	156 159	165 525	174 611	184 024
Veuves	963	39 057	52 241	53 146	62 160	67 032	69 844	72 264	76 010	80 615	87 238	92 675	98 316
Titulaires	1 699 400	1 989 633	2 200 596	2 239 085	2 201 535	2 227 702	2 264 359	2 290 437	2 287 692	2 283 339	2 307 225	2 341 023	2 373 087
Conjoints	-	913 225	985 621	1 026 022	1 027 168	1 048 100	1 046 231	1 079 139	1 083 123	1 091 896	1 106 498	1 115 958	1 141 827
Ascendants	-	74 102	85 096	84 373	81 557	89 220	98 413	100 013	101 052	104 903	105 940	115 258	111 799
Descendants	-	979 523	1 049 304	1 090 561	1 056 640	1 092 145	1 142 834	1 164 783	1 186 032	1 203 712	1 227 469	1 257 762	1 287 053
Membres de la famille	1 988 798	1 966 850	2 120 021	2 200 956	2 165 365	2 229 465	2 305 478	2 343 935	2 370 207	2 400 511	2 439 907	2 488 978	2 540 679
Bénéficiaires	3 688 198	3 956 483	4 320 617	4 440 041	4 366 900	4 457 167	4 569 837	4 634 372	4 657 899	4 683 850	4 747 132	4 830 001	4 913 766

EVOLUTION DES DEPENSES DES ORGANISMES ASSUREURS (en millions de F.B.) PAR CATEGORIE DE PRESTATIONS

	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
S O I N S D E S A N T E													
Honoraires	161,7	336,8	475,3	715,7	653,4	694,2	747,-	756,-	740,7	765,1	799,-	868,4	1 160,7
Médicaments	159,5	333,3	530,7	643,2	658,9	677,1	809,4	770,6	754,4	810,4	935,8	975,8	1 061,-
Soins spéciaux	79,8	227,6	356,8	807,3	514,3	597,-	594,3	627,6	621,4	685,8	737,9	820,9	855,5
Chirurgie	60,-	116,5	153,8	274,3	284,2	311,3	333,3	367,1	361,4	390,4	407,2	422,6	408,1
Hospitalisation	59,6	123,3	168,5	252,9	253,5	276,9	344,7	417,1	382,3	417,5	432,5	463,8	437,1
Soins d'accouchement	35,2	78,-	91,7	128,7	131,4	137,6	156,4	183,4	181,-	195,7	192,1	196,1	194,3
Cancer	3,9	9,3	14,4	26,6	32,4	38,5	43,7	61,2	57,8	69,7	72,2	78,4	71,8
Tuberculose	23,9	67,3	127,5	205,8	230,4	249,2	292,-	333,-	320,8	329,2	322,9	307,5	274,6
Poliomyélite	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	3,7	4,1	10,7	9,2
Maladies mentales	-	-	-	-	-	-	-	-	4,1	4,8	7,1	9,-	9,6
Rééducation des maladies	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,5	0,1	-	-
Infermières-visiteuses	11,3	19,8	29,3	35,5	42,2	58,4	59,7	61,7	63,4	64,3	71,9)	164,9	188,9
Médecin-conseil	1,5	9,8	20,7	37,2	50,7	64,8	68,2	70,4	71,1	77,3	81,2)		
Visiteurs des malades	-	6,1	11,3	14,3	15,5	15,8	16,6	17,6	17,1	16,-	15,3	13,-	-(1)
Divers	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	0,4
Total	599,6	1 327,8	1 980,-	3 141,5	2 866,9	3 120,8	3 465,3	3 665,7	3 578,1	3 830,4	4 079,4	4 331,4	4 671,2
I N D E M N I T E S													
Incapacité primaire	395,8	989,9	1 390,-	1 507,6	1 034,3	940,3	1 151,1	1 323,3	1 271,1	1 262,5	1 427,5	1 434,-	1 479,8
Incapacité 1ère période	-	-	-	-	193,7	160,8	163,0	214,5	213,-	205,6	226,9	254,9)	1 372,9
Incapacité 2ème période	49,5	115,7	231,-	329,7	393,-	423,3	570,5	713,5	774,5	808,5	851,4	1 022,7)	
Repos d'accouchement	3,3	23,9	46,7	57,4	57,6	62,-	70,2	86,4	83,3	85,9	87,2	86,8	91,5
Décès	9,7	27,2	34,8	39,3	40,-	40,4	46,1	49,-	50,1	52,-	55,-	57,2	58,3
Total	458,3	1 156,7	1 702,5	1 934,-	1 718,6	1 626,8	2 000,9	2 386,7	2 392,-	2 414,5	2 648,-	2 855,6	3 002,5
TOTAL DES PRESTATIONS	1 057,9	2 484,5	3 682,5	5 075,5	4 585,5	4 747,6	5 466,2	6 052,4	5 970,1	6 244,9	6 727,4	7 187,-	7 673,7
Frais d'administration	125,1	211,9	298,7	339,1	354,4	377,4	436,2	488,9	467,7	510,4	542,3	586,3	625,5
TOTAL DES DEPENSES	1 183,-	2 696,4	3 981,2	5 414,6	4 939,9	5 125,-	5 902,4	6 541,3	6 437,8	6 755,3	7 269,7	7 773,3	8 299,2

(1) inclus dans les frais d'administration

EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE EN MILLIONS DE F.R.

	1 9 4 5	1 9 4 6	1 9 4 7	1 9 4 8	1 9 4 9	1 9 5 0	1 9 5 1	1 9 5 2	1 9 5 3	1 9 5 4	1 9 5 5	1 9 5 6
RECETTES												
Cotisations	1 630,4	2 475,7	3 070,5	3 351,5	3 655,9	3 770,7	4 177,3	4 567,6	4 707,-	4 697,6	5 371,1	5 989,3
Subventions Etat	391,5	557,8	555,4	1 021,3	1 116,2	1 159,1	1 315,3	1 414,4	1 391,8	1 384,9	1 385,2	1 481,1
Recettes diverses	70,7	116,-	151,2	229,4	49,3	60,1	46,1	62,2	68,3	68,-	76,-	57,9
Ressources extraordinaires	52,0	160,8	210,0	440,4							10,5	540,1
Subventions extraordinaires				372,-						300,-		
TOTAL	2 144,6	3 210,3	3 987,1	5 414,6	4 821,4	4 989,9	5 721,2	6 044,2	6 167,1	6 450,5	6 842,8	8 068,4
DEPENSES												
Soins de santé	599,6	1 327,8	1 980,-	3 141,5	2 866,9	3 120,8	3 465,3	3 665,7	3 578,1	3 830,4	4 079,4	4 331,4
Indemnités	458,3	1 156,7	1 702,5	1 934,0	1 718,6	1 626,8	2 000,9	2 386,7	2 392,0	2 414,5	2 648,-	2 855,6
Frais d'administration	125,1	211,9	298,7	339,1	354,4	377,4	436,2	488,9	467,7	510,4	542,3	586,3
F.N.A.M.I.					100,6	78,-	64,0	80,1	73,3	62,1	79,4	132,-
TOTAL	1 183,0	2 696,4	3 981,2	5 414,6	5 040,5	5 203,-	5 966,4	6 621,4	6 511,1	6 817,4	7 349,1	7 905,3
S o l d e	+ 961,6	+ 513,9	+ 5,9		- 219,1	- 213,1	- 245,2	- 577,2	- 344,0	- 366,9	- 506,3	+ 163,1

EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE PAR TITULAIRE ET EN F.R.

	1 9 4 5	1 9 4 6	1 9 4 7	1 9 4 8	1 9 4 9	1 9 5 0	1 9 5 1	1 9 5 2	1 9 5 3	1 9 5 4	1 9 5 5	1 9 5 6
RECETTES												
Cotisations	1 022,-	1 340,35	1 466,16	1 507,05	1 648,27	1 704,39	1 940,65	2 002,14	2 056,65	2 050,39	2 322,85	2 555,31
Subventions Etat	245,41	247,87	265,17	459,24	503,25	523,94	585,49	619,99	608,13	604,46	599,07	631,91
Recettes diverses	44,30	62,82	72,20	103,18	22,21	27,14	20,54	27,26	29,86	29,67	32,89	24,71
Ressources extraordinaires	32,62	87,04	100,29	198,05	-	-	-	-	-	-	-	-
Subventions extraordinaires	-	-	-	167,28	-	-	-	-	-	130,94	4,54	230,42
TOTAL	1 344,33	1 738,08	1 903,82	2 434,80	2 173,73	2 255,47	2 546,68	2 649,39	2 694,64	2 815,46	2 959,35	3 442,35
DEPENSES												
Soins de santé	375,88	718,88	945,44	1 412,64	1 292,57	1 410,62	1 540,48	1 606,79	1 563,43	1 671,87	1 764,23	1 847,96
Indemnités	287,25	626,24	812,93	869,66	774,81	735,35	890,67	1 046,18	1 045,16	1 053,86	1 145,18	1 218,33
Frais d'administration	78,43	114,71	142,65	152,50	159,79	170,59	194,16	214,32	204,33	222,79	234,53	250,15
F.N.A.M.I.	-	-	-	-	45,34	35,24	28,50	35,12	32,03	27,10	34,36	56,32
TOTAL	741,56	1 459,83	1 901,02	2 434,80	2 272,51	2 351,80	2 655,81	2 902,41	2 844,95	2 975,62	3 178,30	3 372,76
Solde	+ 602,77	+ 278,25	+ 2,80		- 98,78	- 96,33	- 109,13	- 253,02	- 150,31	- 160,16	- 218,95	+ 69,59
Titulaires	1 595 314	1 847 066	2 094 243	2 223 858	2 218 027	2 212 334	2 246 542	2 281 352	2 288 651	2 291 082	2 312 273	2 343 877

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance Vieillesse-Survivants

Belgique

Genève 1959

Assurance Vieillesse-Survivants

Table des matières

	<u>Pages</u>
APERCU HISTORIQUE - GRANDES ETAPES	66
CHAPITRE I - CHAMP D'APPLICATION	74
CHAPITRE II - PRESTATIONS DE LA LOI DU 21 MAI 1955	77
CHAPITRE III - FINANCEMENT DU REGIME DES OUVRIERS	86
CHAPITRE IV - STATISTIQUES	92

APERCU HISTORIQUE - GRANDES ETAPES

1ère étape

La loi du 8 mai 1850 crée la Caisse Générale de retraite destinée à recevoir les versements, quelle qu'en soit l'importance, des personnes qui voulaient se constituer une rente de vieillesse.

La Caisse Générale de Retraite n'est pas un organisme d'Etat ni un organisme financier privé, c'est un établissement dont la bonne fin des opérations est garantie par l'Etat.

L'Etat ne subsidiait en aucune façon les versements effectués à la Caisse de Retraite.

A l'âge fixé par l'affilié pour l'entrée en jouissance, celui-ci recevait uniquement la rente constituée par ses seuls versements.

A noter qu'entretiens une loi du 16 mars 1865 avait modifié et précisé certaines dispositions relatives aux versements et à la constitution des rentes.

2ème étape

En 1891, le gouvernement comprenant qu'il était indispensable d'encourager l'affiliation à la Caisse de Retraite, demande aux Chambres législatives de mettre à sa disposition un crédit destiné à être réparti entre les personnes qui effectueraient des versements à cette institution. Ce crédit était limitatif et fixe, et ainsi il se présentait cette situation paradoxale que plus grand était le nombre des affiliés et plus important était le montant total des versements effectués à la Caisse de Retraite, moins important devenait le subside dont pouvait bénéficier personnellement l'assuré.

De plus, ce système était tout à fait aléatoire, aucune loi n'obligeant le gouvernement à proposer la dépense au Parlement; le Parlement lui-même n'étant pas tenu de voter ce crédit.

3ème étape

La loi du 10 mai 1900 établit un régime nouveau : celui de l'assurance libre obligatoirement subsidiée par l'Etat.

Différentes propositions de loi dues à l'initiative parlementaire avaient déjà été déposées en vue de résoudre la question des pensions de vieillesse. En 1895, le gouvernement institue une Commission qui, dans son rapport du 30 janvier 1900, conclut à l'adoption du système de la liberté subsidiée sur lequel fut basée la loi du 10 mai 1900.

PRINCIPE

L'Etat accorde annuellement des subsides dénommés dans la loi "primes d'encouragement" aux personnes qui effectuent des versements à la Caisse de Retraite en vue de se constituer une rente de vieillesse à prendre cours à un âge compris entre 55 et 65 ans.

Les versements effectués à la Caisse Générale de Retraite peuvent être opérés à capital abandonné ou à capital réservé.

Age d'entrée en jouissance des rentes de vieillesse

Fixé librement par l'affilié, mais il est à remarquer que les subsides de l'Etat ne sont pas accordés si l'affilié a fixé l'âge d'entrée en jouissance de sa rente à un âge inférieur à 55 ans.

MONTANT DES PRIMES

Le montant des primes est fixé à 60 centimes par franc versé annuellement au compte de l'assuré, à concurrence de 15 francs versés.

Limite de l'intervention de l'Etat

Les subsides de l'Etat ne sont pas accordés indéfiniment. Ils cessent d'être alloués lorsque l'affilié est titulaire d'une rente de 360 francs, tous ses versements étant considérés hypothétiquement comme ayant été effectués à capital abandonné et l'âge d'entrée en jouissance fixé à 65 ans.

L'Etat intervient dans les dépenses nécessitées pour l'établissement et le fonctionnement des sociétés mutualistes reconnues. Lors de la création et de la reconnaissance d'un organisme de l'espèce, il lui est alloué un subside dont le montant varie d'après l'importance de la société, et chaque année, il lui est accordé une subvention dont le montant est fixé à 2 francs pour chaque livret, sur lequel il a été versé au cours de l'année une somme de 3 francs au moins.

ALLOCATION DE 65 FRANCS

La loi du 10 mai 1900 disposait qu'à titre transitoire, il serait accordé à tout Belge ayant atteint l'âge de 65 ans accomplis, résidant en Belgique, et se trouvant dans le besoin, une allocation annuelle de 65 francs.

4ème étape

A côté du régime de l'assurance libre, obligatoirement subsidiée par l'Etat, vient se placer temporairement le régime de la pension gratuite. La loi du 20 août 1920 supprime l'allocation de 65 francs et la remplace par une pension d'un taux plus élevé qui est accordée aux vieillards âgés de 65 ans qui sont dans le besoin. Le montant de la pension est proportionnel à l'état de besoin du requérant.

5ème étape

Le régime de l'assurance libre n'avait pas donné tous les résultats qu'en attendait le législateur. Aussi, déjà en 1914, le Parlement avait été saisi de différents projets de loi rendant l'assurance obligatoire, non seulement pour le risque-vieillesse mais également pour les risques maladie et invalidité. Le projet déposé par le Gouvernement fut voté à la Chambre des Représentants en juillet 1914. La guerre ayant été déclarée, le Sénat ne put se prononcer sur ce projet.

En 1919, la situation économique du pays et les charges financières de l'Etat s'étant profondément modifiées à la suite de la guerre, une Commission fut instituée en 1919 en vue d'étudier à nouveau le problème. En 1920, elle avait élaboré et adopté un premier avant-projet de loi relatif non seulement à l'assurance vieillesse mais également à l'assurance veuve et orphelins.

Ce projet servit de directive au Gouvernement qui déposa en novembre 1922 un projet de loi établissant l'assurance obligatoire de tous les travailleurs manuels, non seulement en vue de la constitution d'une rente de vieillesse, mais en outre, en vue de la formation d'une rente de veuve et de l'attribution d'une allocation d'orphelins. Ce projet fut voté par les Chambres et promulgué de 10 décembre 1924.

PRINCIPES DE LA LOI DU 10 DECEMBRE 1924

- 1°) Assujettissement de tous les travailleurs manuels dont le salaire est inférieur à 12 000 francs par an;
- 2°) Triple intervention de l'assuré, de l'employeur, de l'Etat;
- 3°) assurance libre pour les non-salariés;
- 4°) perception des versements suivant le système du précompte et utilisation de timbres-retraite et de cartes de versement pour la constatation des versements;
- 5°) monopole de l'assurance confié à la Caisse Générale d'Epargne et de Retraite;
- 6°) constitution de rentes suivant le système de la capitalisation individuelle;
- 7°) pendant la période transitoire, octroi d'une majoration de rente ou d'une allocation gratuite, subordonné à une enquête sur les ressources.

La modification rapide des conditions économiques et l'accroissement incessant du coût de la vie amenèrent le Parlement en 1927, 1928 et 1929 à modifier la législation et à octroyer des "compléments" de pension qui doublèrent les taux de pension prévus par la loi du 10 décembre 1924.

Ces modifications successives rendaient nécessaires une codification mais aussi une réforme de l'assurance.

6ème étape

La loi du 14 juillet 1930 réalisa cette réforme.

Elle étendit le champ d'application :

- 1°) à tous les salariés sans limitation de salaire;
- 2°) aux travailleurs indépendants, c'est-à-dire à toute personne exerçant une profession de nature manuelle ou intellectuelle autres que celles qui étaient liées par un contrat de louage de services avec un employeur et dont les revenus professionnels étaient inférieurs à 18 000 francs par an.

Il convient cependant de souligner que les dispositions relatives à l'assurance obligatoire des travailleurs indépendants ne furent jamais mises en application.

Pendant la période transitoire, cette législation instituait un système de majorations dégressives suivant l'année de naissance.

Ces majorations devaient être accordées "de droit" aux assurés qui auraient accompli un stage suffisant dans l'assurance et par contre n'étaient accordées qu'après enquête sur les ressources aux autres assurés.

Cette législation assez généreuse par rapport à celles qui la précédèrent connut cependant de sévères restrictions au moment de la crise économique des années 1932 et suivantes. Une importante aggravation des conditions d'octroi fut introduite par une loi du 23 juillet 1932 et par les arrêtés royaux des 31 mai et 14 juillet 1933.

La loi du 14 juillet 1930 fut révisée par celle du 15 décembre 1937, dont le but fut, en ordre principal, d'aménager les conditions d'octroi des majorations.

7ème étape

Pendant l'occupation, le taux des majorations fut augmenté de 10 % et c'est ainsi qu'au lendemain de la libération les pensions étaient fixées au maximum à :

3 520 francs pour un ménage,
2 310 francs pour une personne isolée,
600 francs pour une veuve,
et 840 francs pour un orphelin.

Dès la libération, le Gouvernement avait tenu à traduire en textes législatifs le pacte de sécurité sociale élaboré pendant la clandestinité, mais en attendant que cette législation soit mise au point, un arrêté-loi du 27 octobre 1944 avait doublé les majorations de rente de vieillesse, les majorations de rente de veuve et les allocations d'orphelins.

L'arrête-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs avait prévu l'octroi, aux anciens ouvriers ou employés, des compléments de pension de vieillesse qui venaient s'ajouter à la majoration de rente de vieillesse ramenée cependant au taux de 3 200 ou 2 100 francs et aux veuves d'ouvriers ou d'employés, un complément de pension de survie venant s'ajouter à la majoration de rente de veuve également ramenée au taux de 100 %.

Au départ, soit au 1^{er} janvier 1945, les taux des compléments étaient fixés à :

6 800 francs pour un ménage,
4 500 francs pour une personne isolée,
600 francs pour une veuve,
et 840 francs pour un orphelin.

Dès la libération, le Gouvernement avait tenu à traduire en textes législatifs le pacte de sécurité sociale élaboré pendant la clandestinité, mais en attendant que cette législation soit mise au point, un arrêté-loi du 27 octobre 1944 avait doublé les majorations de rente de vieillesse, les majorations de rente de veuve et les allocations d'orphelins.

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs avait prévu l'octroi, aux anciens ouvriers ou employés, des compléments de pension de vieillesse qui venaient s'ajouter à la majoration de rente de vieillesse ramenée cependant au taux de 3.200 ou 2.100 francs et aux veuves d'ouvriers ou d'employés, un complément de pension de survie venant s'ajouter à la majoration de rente de veuve également ramenée au taux de 100 %.

Au départ, soit au 1^{er} janvier 1945, les taux des compléments étaient fixés à :

6.800 francs pour un ménage,
4.500 francs pour une personne seule,
et 4.200 francs pour une veuve.

A partir du 1^{er} janvier 1945, compte tenu des majorations à charge de l'Etat, la pension totale des salariés s'élevait donc à :

10.000 francs pour un ménage,
6.600 francs pour un isolé,
4.740 francs pour une veuve.

Le taux des compléments de pension évolua très rapidement.

Entretiens, un élargissement important des conditions d'octroi des majorations de rente de vieillesse fut réalisé par l'arrêté-loi du 9 juin 1945 et par la loi du 28 août 1946, tandis qu'à partir du 1^{er} janvier 1951, les majorations de rente étaient doublées pour les bénéficiaires d'un complément de pension et triplées pour les autres bénéficiaires.

Les tableaux ci-après résument cette évolution.

Assurés obligatoires

Date de prise de cours	Ménages	Isolés	Veuves	
			Veuves de 56 à 60 ans	Veuves de plus de 60 ans
1/ 1/1945	10 000	6 600	4 740	
1/12/1945	12 000	8 000	5 740	
1/ 6/1946	14 400	9 600	6 940	
1/ 5/1947	16 500	10 880	6 940	
1/ 1/1948	18 000	12 000	6 940	9 240
1/ 1/1949	20 400	13 600	8 140	10 440
1/ 1/1951	23 600	15 700	8 680	10 980
1/ 5/1951	24 460	16 275	9 060	11 475
1/10/1951	25 000	16 600	9 280	11 780
1/ 1/1953	26 000	17 300	9 630	12 280
1/ 7/1954	28 000	18 700	11 500	14 000

Assurés libres

Date de prise de cours	Majoration de rente de vieillesse		Majoration de rente de veuve
	Ménages	isolés	
1/11/1944	6 400	4 200	1 080
1/ 1/1949	8 800	5 400	1 080
1/ 1/1951	12 000	7 500	1 620
1/10/1951	12 600	7 900	1 920
1/ 1/1954	18 000	12 000	1 920

8ème et dernière étape

La situation actuelle en matière de pension est caractérisée par la création des régimes de pension nettement différenciés pour les ouvriers, les employés et les travailleurs indépendants régis précédemment par les lois coordonnées relatives à l'assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré et par la réglementation relative aux compléments de pension prise en ce qui concerne les ouvriers et les employés en exécution de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. Seuls les assurés libres restent soumis aux dispositions des lois coordonnées modifiées par la loi du 11 mars 1954.

REGIME DES OUVRIERS

La loi du 29 décembre 1953 relative à la pension des ouvriers a inauguré en Belgique la liaison de la pension à la carrière professionnelle et à la moyenne générale des rémunérations proméritées par le travailleur pendant cette carrière.

Le montant annuel de la pension de retraite était fixé à 60 % de la moyenne annuelle des rémunérations pour le travailleur dont l'épouse n'exerçait aucune activité professionnelle autre qu'un travail occasionnel, ne bénéficiait pas de certaines indemnités ou allocations sociales, d'une pension ou tout autre avantage tenant lieu de pension.

45 % pour les autres travailleurs.

Le montant annuel minimum de la pension de vieillesse était de 26 000 francs (taux ménage) et 17 300 francs (taux isolé).

La pension de vieillesse prenait cours à partir de 65 ans pour l'homme et de 60 ans pour la femme. La pension anticipée pouvait être obtenue dans la période de 5 années précédant les âges susvisés avec réduction de 7 % par année d'anticipation.

Le montant annuel de la pension de survie était égal à 30 % de la moyenne annuelle des rémunérations du mari défunt, le montant annuel minimum étant de 13 000 francs.

La pension de veuve prenait cours à l'âge de 60 ans. La femme devenue veuve avant cet âge pouvait anticiper sa demande de pension dans la période des 5 années précédant l'âge susvisé avec réduction de 7 % par année d'anticipation.

A la veuve qui, âgée de moins de 60 ans, ne pouvait prétendre au bénéfice de la pension de survie, il était accordé, sous réserve de la réalisation de certaines conditions (être âgée de 45 ans au moins ou être atteinte d'une incapacité permanente de 66 % au moins ou avoir la charge d'un enfant), une allocation de veuve dont le montant annuel était égal à 25 % de la moyenne annuelle des rémunérations proméritées par le mari défunt.

La veuve qui, au décès de son mari, ne pouvait bénéficier de la pension ou de l'allocation de veuve, recevait une indemnité d'adaptation égale à une annuité de l'allocation de veuve.

Il était attribué à la veuve qui se remariait, alors qu'elle bénéficiait de la pension ou de l'allocation de veuve, une somme égale à deux annuités de la pension ou de l'allocation de veuve, selon les cas.

La loi du 28 juin 1954 portant la pension des ouvriers mariés à 28 000 francs et modifiant la législation en vue d'en accélérer l'application, a été mise en vigueur le 1er juillet 1954. A ce moment, la loi du 29 décembre 1953 n'avait pas encore été appliquée en ce qui concerne l'octroi des avantages nouveaux qu'elle prévoyait. Le but de la loi du 28 juin 1954 fut donc de régler temporairement et rapidement le régime de pension de retraite et de survie des ouvriers en attendant la mise en vigueur effective du nouveau régime.

La loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers, entrée en vigueur le 1er janvier 1955, abroge les lois des 29 décembre 1953, relative au même objet, et 28 juin 1954 portant la pension des ouvriers mariés à 28 000 francs.

Le taux minimum de la pension de retraite - 28 000 ou 18 700 francs - et de la pension de survie - 14 700 francs - a été adapté à l'indice des prix de détail et augmenté de 5 % à partir du 1er février 1957.

Le taux minimum de la pension de retraite est donc passé à cette date à 29 400 ou 19 635 francs et celui de la pension de survie à 14 700 francs.

En exécution de la loi du 12 mars 1957 portant certaines dispositions en matière financière économique et sociale (prélèvement conjoncturel), un complément de pension de 2 000 francs par an pour les mariés, de 1 335 francs pour les isolés et de 1 000 francs pour les veuves, a été accordé à partir du 1er juillet 1957 (arrêté royal du 23 septembre 1957).

Les taux sont donc passés, à partir de cette date, respectivement à 31 400, 20 970 et 15 700 francs.

Enfin, la loi du 9 août 1958, tout en augmentant les pensions de 2,5 % en raison de l'évolution de l'indice des prix de détail a fixé leur minimum à :

36 000 francs pour les mariés,
24 000 francs pour les isolés,
et 18 000 francs pour les veuves.

REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Une loi du 30 juin 1956 a créé un régime de pension pour les anciens travailleurs indépendants et pour leurs veuves.

Les taux qui étaient fixés au 1er janvier 1956, date d'entrée en vigueur de cette loi, à 18 000, 12 000 et 12 000 francs (veuves) ont été augmentés de 5 % au 1er février 1957 et un arrêté royal du 7 octobre 1958 accorde un complément fixé respectivement à 1 100, 700 ou 550 francs.

REGIME DES EMPLOYES

La loi du 12 juillet 1957 a créé un régime de pension de retraite et de survie au profit des employés. Les principes de cette législation sont parallèles à ceux de la loi du 21 mai 1955 relative aux ouvriers.

REGIME DES ASSURES LIBRES

Les taux de 18 000, 12 000 et 1 920 francs dont il est question dans le tableau ci-dessus ont été augmentés de 5 % à partir du 1er février 1957, en vertu de l'arrêté royal du 16 mars 1957, et l'arrêté royal du 8 octobre 1958 augmente ces taux respectivement de 1 100, 700 et 550 francs, ce qui les porte à 20 000, 13 300 et 2 566 francs.

ANALYSE DE LA LOI DU 21 MAI 1955
RELATIVE A LA PENSION DE RETRAITE ET DE SURVIE DES OUVRIERS

CHAPITRE I - CHAMP D'APPLICATION

A. Principe général

Sont assujettis à la loi du 21 mai 1955, les travailleurs occupés en Belgique en exécution de tous les contrats de louage de travail, c'est-à-dire :

- 1°) les travailleurs assujettis au régime de sécurité sociale instauré par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944;
- 2°) les travailleurs non encore assujettis au régime de sécurité sociale mais liés par un contrat de louage de travail et auxquels le Roi étend le bénéfice de la loi du 21 mai 1955.

Ce sont :

- a) les travailleurs domestiques internes ;
- b) les travailleurs domestiques externes occupés au service soit d'un seul, soit de plusieurs employeurs, pour autant que la durée de leurs prestations atteigne au moins quatre heures par jour chez le même employeur et au total au moins vingt-quatre heures par semaine.

N.B.- Les travailleurs liés par un contrat de louage de service domestique des cantons d'Eupen, Malmédy et Saint-Vith, demeurent régis par les dispositions de l'arrêté du Régent du 2 avril 1947, relatif à l'application de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944.

- c) les travailleurs des entreprises familiales c'est-à-dire de celles où ne sont occupés habituellement que des membres de la famille, sous l'autorité soit du père ou de la mère, soit du tuteur, sans la collaboration ou avec la collaboration occasionnelle d'un personnel étranger à la famille.

Les membres de la famille sont, en ce cas, considérés comme travailleurs au sens de l'article 1er de la loi, s'ils déclarent des revenus professionnels de ce chef à moins qu'en leur qualité d'aidant au sens de la loi du 30 juin 1956 relative à la pension de vieillesse des travailleurs indépendants, ils n'aient choisi d'être assujettis à cette dernière loi.

B. Exceptions :

- 1° - les travailleurs soumis au régime de pension des employés ;
- 2° - les ouvriers mineurs ;
- 3° - les marins naviguant sous pavillon belge ;

- 4° - les travailleurs soumis à un régime de pension établi par ou en vertu d'une loi tels que les agents définitifs de l'Etat, des communes, des intercommunales, des commissions d'assistance publique, etc....
- 5° - les travailleurs soumis à un régime de pension établi par un règlement provincial tels que les agents définitifs des provinces;
- 6° - les travailleurs soumis au régime de pension établi par la Société nationale des chemins de fer belges, c'est-à-dire le personnel statutaire de cette société.

C. Extention du champ d'application

1° - au regard de l'existence d'un contrat de louage de travail

Sont assujettis à la loi, même s'ils ne sont pas engagés dans les liens d'un contrat de louage de travail, les travailleurs manuels au service de l'Etat, des provinces, des communes, des établissements publics et d'utilité publique, lorsqu'ils ne bénéficient pas d'un régime de pension établi par ou en vertu d'une loi ou par un règlement provincial.

2° - au regard de la condition d'occupation en Belgique

L'occupation en Belgique n'est pas requise

- a) des travailleurs dispensés de cette condition par application d'une convention internationale;
- b) des travailleurs frontaliers de nationalité belge, c'est-à-dire de ceux ayant été occupés habituellement dans un pays limitrophe de la Belgique, à la condition qu'ils soient demeurés domiciliés en Belgique et y soient revenus, en principe, chaque jour;
- c) des travailleurs saisonniers de nationalité belge ayant été occupés dans un pays étranger pour des périodes d'une durée inférieure à un an chacune pour le compte d'un employeur de ce pays, pour y effectuer un travail salarié ou assimilé, de caractère saisonnier, s'ils ont conservé leur résidence habituelle en Belgique et si leur famille a continué d'y résider.

N.B. - Les travailleurs frontaliers et saisonniers ne bénéficient des dispositions de la loi que s'ils versent à la Caisse nationale des pensions de retraite et de survie la cotisation prévue à l'article 3, alinéa 3, du présent arrêté, au plus tard le 31 décembre de l'année suivante. Ils en sont, néanmoins, dispensés si leur employeur ou eux-mêmes ont, pour la période considérée, versé les cotisations exigées par la législation sur l'assurance vieillesse du pays où ils ont été occupés.

- d) des travailleurs ayant été occupés à l'étranger pour le compte d'un employeur établi en Belgique ou qui sont restés attachés à un siège d'exploitation établi en Belgique et sont demeurés assujettis, en raison de cette occupation, à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs;

- e) des travailleurs de nationalité belge occupés à l'étranger pour le compte d'un employeur belge et qui sont attachés à un siège d'exploitation établi en Belgique et ne sont pas assujettis, en raison de cette occupation, à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, concernant la sécurité sociale des travailleurs. Ces travailleurs doivent avoir obtenu l'autorisation du Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale.

CHAPITRE II - PRESTATIONS DE LA LOI DU 21 MAI 1955

I. Nature des prestations

Remarque préliminaire

La loi du 21 mai 1955 relative à la pension de retraite et de survie des ouvriers poursuit trois objectifs principaux :

- 1° fixer les prestations en fonction de la carrière et des rémunérations du travailleur;
- 2° adapter automatiquement les prestations aux fluctuations du coût de la vie;
- 3° permettre le règlement des carrières dites "mixtes".

La loi du 21 mai 1955 organise un régime :

- a) de pension de retraite au profit des travailleurs visés aux articles 1er de la loi, 1°, 2° et 3° de l'arrêté royal du 17 juin 1955 portant règlement général du régime de retraite et de survie des ouvriers;
- b) de prestations en cas de décès au profit des veuves des travailleurs dont il est question au a) ci-dessus.

A. Pension de retraite

§ 1er Régime définitif

Le régime instauré par la loi du 21 mai 1955 ne donnera ses pleins effets qu'au regard des travailleurs nés à partir de 1935 et après 45 années d'application pour les hommes et 40 années pour les femmes (régime définitif).

Dans ce régime, la pension de retraite sera calculée en fonction du nombre d'années civiles au cours desquelles une rémunération réelle, fictive ou forfaitaire aura été attribuée et qui constituera la carrière du travailleur.

Le droit à la pension sera acquis à raison de 1/45 pour les hommes et de 1/40 pour les femmes, chaque année.

§ 2 Régime transitoire

Pour les travailleurs nés avant 1935 (régime transitoire), il peut être attribué :

- a) une pension de retraite complète calculée sur base d'une rémunération réelle, fictive ou forfaitaire attribuée en fonction d'une carrière présumée de 45 ou 40 années, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme - accomplie dans le cadre des dispositions de l'article premier de la loi ou de ses arrêtés d'exécution;

- b) une pension de retraite représentant un prorata de la pension complète, au travailleur qui, pour toute la période commençant au plus tôt le 1^{er} janvier 1926 et comprenant, au plus, les 45 ou 40 années consécutives précédant immédiatement son 65^{ème} ou son 60^{ème} anniversaire de naissance ou encore la date d'entrée en jouissance anticipée de sa pension, justifie avoir été soumis successivement ou alternativement au régime de pension organisé par la loi ou aux régimes visés au litt. B ci-dessus (champ d'application) ou encore au régime de pension des employés coloniaux;

Si le travailleur ne justifie que des deux tiers au moins de cette période, le prorata de pension est diminué proportionnellement à la partie pour laquelle une justification est fournie;

- c) une pension de retraite partielle calculée en fonction du nombre d'années civiles au cours desquelles une rémunération réelle, fictive ou forfaitaire est attribuée.

A noter que tant en régime définitif que transitoire :

- 1^o l'épouse séparée de fait ou de corps d'un travailleur assujetti à la loi du 21 mai 1955 peut, à condition de résider en Belgique, obtenir une quotité de la pension de retraite de son mari;
- 2^o l'épouse divorcée d'un travailleur assujetti à la loi du 21 mai 1955 peut, sous réserve de certaines conditions, jouir du bénéfice du régime établi par cette loi.

B. Prestations en cas de décès

La veuve d'un travailleur assujetti à la loi du 21 mai 1955 peut prétendre :

- soit à une pension de survie;
- soit à une indemnité d'adaptation si, au décès de son mari, elle ne peut bénéficier de la pension de survie.

Une indemnité d'adaptation est également accordée à la veuve qui se remarie, alors qu'elle bénéficie de la pension de survie.

II. Montant des prestations

A) Pension de retraite

La pension de retraite est calculée tant en fonction de la carrière professionnelle du travailleur que des rémunérations brutes qu'il a proméritées au cours de celle-ci. Toutefois, la rémunération afférente à l'année au cours de laquelle la pension prend cours n'est pas prise en considération.

Pour chaque année, la rémunération afférente à celle-ci est prise en considération à raison de :

- a) 60 % au maximum pour tous les travailleurs mariés ou non ;
- b) 75 % pour le travailleur dont l'épouse a cessé toute activité professionnelle autre qu'un travail occasionnel; ne bénéficie pas d'une pension de retraite ou de survie ou de tout autre avantage en tenant lieu ou de certaines allocations et indemnités sociales.

Pour le calcul de la pension de retraite, la rémunération d'un travailleur correspondant à des années antérieures à l'entrée en vigueur de la loi (1er janvier 1955) est fixée à :

37 333 francs s'il s'agit d'un homme marié;

31 166 francs s'il s'agit d'un autre bénéficiaire.

Ainsi, pour chaque année antérieure à l'entrée en vigueur de la loi, la part annuelle de pension sera de 1/45, s'il s'agit d'un homme, 1/40 s'il s'agit d'une femme, de $\frac{37\,333 \times 75}{100}$ ou $\frac{31\,166 \times 60}{100}$, tandis que pour chaque année postérieure à l'entrée en vigueur de la loi, elle sera de 1/45 ou de 1/40 des 75 % ou des 60 % de la rémunération de l'année.

Le taux ainsi fixé doit :

- 1°) subir les adaptations successives à l'indice du coût de la vie (voir ci-dessous);
- 2°) être éventuellement porté au minimum garanti par la loi du 9 août 1958 portant la pension de retraite des ouvriers mariés à 36 000 francs et celle des isolés à 24 000 francs.

L'épouse séparée de fait ou de corps qui réside en Belgique peut obtenir la moitié de la pension de retraite de son mari.

La pension de retraite de l'épouse divorcée représente 60 % d'une rémunération fictive moyenne calculée de la manière prévue par la loi. Elle est acquise à raison de 1/40 par année de vie commune et par années au cours desquelles l'intéressée a payé les cotisations prévues par la loi.

B) Prestations en cas de décès du travailleur

I) Pension de survie

La pension de survie est calculée en fonction de la rémunération annuelle, brute, réelle, fictive ou forfaitaire la plus élevée du travail et à raison de 30 % de cette rémunération.

Pour le calcul de la pension de survie, la rémunération du mari défunt correspondant à des années antérieures à l'entrée en vigueur de la loi (1er janvier 1955) est fixée à 46 666 francs. La rémunération au cours de laquelle cette prestation prend cours n'est pas prise en considération.

Toutefois, le montant de la pension de survie de la veuve ne peut être supérieur à la pension de retraite qui aurait été accordée à son époux s'il avait été veuf et s'il justifiait d'une carrière complète.

Le taux ainsi fixé doit :

- 1°) subir les adaptations successives à l'indice du coût de la vie (voir ci-dessous);
- 2°) être éventuellement porté au minimum garanti par la loi du 9 août 1958 portant la pension de la veuve à 18 000 francs au moins.

Si le travailleur ne justifie pas d'un certain temps d'occupation habituelle et à titre principal dans le cadre des dispositions de l'article premier de la loi ou de ses arrêtés d'exécution, le montant de la pension de survie est réduit de 25 % ou de 50 % selon les cas.

Lorsqu'il n'est pas établi que le mari défunt a été occupé au travail dans le cadre des dispositions de l'article premier de la loi ou de ses arrêtés d'exécution pendant les douze derniers mois précédant son décès, il est attribué à la veuve une pension de survie partielle.

2) Indemnités d'adaptation

La veuve qui, au décès de son mari, ne peut bénéficier de la pension de survie reçoit une indemnité d'adaptation qui n'est due qu'une seule fois et dont le montant est égal à une annuité de la pension de survie.

La veuve qui se remarie alors qu'elle bénéficie de la pension de survie reçoit une indemnité d'adaptation dont le montant est égal à deux annuités de ladite pension.

Il en est de même de la veuve qui n'a plus droit à la pension de survie parce que vient à cesser, avant l'âge de 45 ans, une des conditions (charge d'enfant ou invalidité) qui lui avait permis d'obtenir avant cet âge le bénéfice de la pension de survie.

x

x x

ADAPTATION DES PRESTATIONS AU COUT DE LA VIE

Réévaluation du montant des rémunérations en fonction du coût de la vie

Un arrêté royal fixera, chaque année à partir de 1955, le coefficient par lequel les rémunérations afférentes à cette année devront être multipliées avant d'être prises en considération pour le calcul de la pension.

Ce coefficient exprimera le rapport entre la somme des indices des prix de détail de l'année précédente et celle des indices de l'année envisagée.

Ces dispositions s'appliquent également aux rémunérations forfaitaires relatives aux années antérieures à l'entrée en vigueur de la loi.

Adaptation automatique du taux des pensions aux fluctuations du coût de la vie

La loi assure l'adaptation automatique des prestations aux fluctuations du coût de la vie : les majorations et diminutions sont appliquées le premier jour du deuxième mois suivant celui au cours duquel l'indice atteint le chiffre qui les justifie.

Le montant des pensions est majoré de 5 % lorsque l'indice des prix de détail atteint 105 points. Une nouvelle majoration de 2,5 % est appliquée lorsque l'indice des prix de détail atteint 107,62 points.

Pour des variations au-delà de ces limites, les taux de référence qui seront d'application à l'époque seront augmentés ou diminués de 2,5 % par variation de 2,5 % de l'indice des prix de détail.

Si l'indice retombe à un chiffre inférieur à celui qui a justifié une majoration ou retombe à un chiffre supérieur à celui qui a justifié une diminution, les taux de pension sont rétablis au montant correspondant initialement à ces indices.

III. Catégorie de bénéficiaires

A) Pension de retraite

La pension de retraite est accordée au travailleur à l'âge de 65 ans pour les hommes, 60 ans pour les femmes.

Toutefois, au choix et à la demande de l'intéressé, elle peut prendre cours dans la période de cinq années qui précède les âges susvisés; dans ce cas, elle est réduite de 5 % par année d'anticipation.

Notons :

- 1^o que les commissions paritaires peuvent déterminer les règles spéciales suivant lesquelles est fixé l'âge de la pension pour les travailleurs occupés dans les métiers particulièrement insalubres;
- 2^o que le Roi peut également, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, déterminer pour chaque catégorie de bénéficiaires d'un statut de reconnaissance nationale, les conditions dans lesquelles ceux-ci sont admis à demander la retraite anticipée.

L'épouse séparée de fait ou de corps peut, quel que soit son âge, obtenir une quotité de la pension de retraite de son mari.

L'épouse divorcée qui a usé de la faculté prévue à l'article 66 de l'arrêté royal du 17 juin 1955, a droit, lorsqu'elle atteint l'âge de 60 ans, à une part de la pension de retraite de son ex-conjoint.

B) Prestations en cas de décès du travailleur

La pension de survie prend cours le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel le mari est décédé et au plus tôt, le premier du mois qui suit celui au cours duquel la veuve atteint l'âge de 45 ans.

La pension de survie est accordée également avant l'âge de 45 ans :

- a) à la veuve qui justifie être atteinte d'une incapacité permanente de 66 %;
- b) à la veuve qui élève un enfant pour lequel elle est en droit de toucher des allocations familiales.

IV. Les conditions d'ouverture du droit

A) Pension de retraite

§ 1er Régime définitif

(voir ci-dessus I A - § 1er)

§ 2 Régime transitoire

1° Pension de retraite complète

Il y a présomption de carrière complète de 45 ou 40 années, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, pour le travailleur qui prouve son occupation habituelle et en ordre principal comme ouvrier de la manière établie par la loi, pendant toute la période allant de l'entrée en vigueur de la loi jusqu'à la date de la demande de pension. Au minimum, quinze années doivent être prouvées, mais aussi longtemps que la loi n'est pas entrée en vigueur depuis quinze années au moins, il y a lieu d'ajouter les années antérieures à la date d'entrée en vigueur de la présente loi nécessaires pour obtenir quinze années consécutives.

A titre transitoire, les travailleurs qui atteignent l'âge de la pension ou qui obtiennent le paiement anticipé avant le 31 décembre 1959, doivent faire la preuve de leur occupation pendant douze au moins des quinze années précédant la prise de cours de la pension.

2° Pension de retraite mixte

Il y a présomption de carrière complète de 45 ou de 40 ans, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, pour le travailleur qui justifie, de la manière prévue par la loi, avoir exercé alternativement ou successivement pour toute la période commençant au plus tôt le

ler janvier 1926 et comprenant au plus les 45 ou 40 années consécutives précédant immédiatement son 65ème ou 60ème anniversaire ou encore la date à laquelle il obtient le paiement anticipé de sa pension, une occupation en vertu de laquelle il a été assujetti, soit au régime de pensions des ouvriers, soit à l'un des régimes de pension visés à l'article premier, al. 2 de la loi, soit au régime de pension des employés coloniaux, soit au régime de pension des travailleurs indépendants.

Toutefois, le travailleur qui ne justifie pas des conditions visées au paragraphe précédent mais qui en justifie pour les deux tiers au moins de cette période, est censé justifier d'une carrière partielle correspondant à une part de la carrière complète, proportionnelle à la partie pour laquelle une justification est fournie.

3° Pension de retraite partielle

Le droit à cette pension est acquis à raison de 1/45 ou de 1/40, selon qu'il s'agit d'un homme ou d'une femme, pour chaque année pour laquelle le travailleur prouve, de la manière établie par la loi, son occupation habituelle et à titre principal comme ouvrier.

x

x x

Pour pouvoir prétendre à la quotité de la pension de retraite de son mari que la loi lui attribue, l'épouse séparée de fait ou de corps doit :

- 1) ne pas avoir été déchu de la puissance paternelle;
- 2) ne pas avoir été condamnée pour avoir attenté à la vie de son époux.

L'épouse divorcée d'un travailleur assujetti à la loi du 21 mai 1955 peut bénéficier de la pension de retraite à condition :

- qu'elle ne soit point déchu de la puissance paternelle;
- qu'elle n'ait pas été condamnée pour avoir attenté à la vie de son époux;
- qu'elle ne soit pas assujettie, à un autre titre, à la loi du 21 mai 1955 ou à tout autre régime de pension en vertu d'une législation belge, métropolitaine ou coloniale ou étrangère;
- que le divorce ait été prononcé après le 1er janvier 1954;
- qu'elle ne soit pas remariée avec une personne assujettie ou non à un régime de pension en vertu d'une législation belge, métropolitaine ou coloniale ou étrangère.

B) Prestations en cas de décès du travailleur

1) Pension de survie

L'ouverture du droit à la pension de survie est subordonnée aux conditions qui suivent :

- la veuve doit avoir été l'épouse du travailleur décédé depuis un an au moins au moment du décès;

- le travailleur doit avoir exercé habituellement et en ordre principal une occupation dans le cadre de l'article premier, al. premier de la loi du 21 mai 1955 ou de ses arrêtés d'exécution pendant la période de douze mois précédant le jour du décès ou durant la même période avoir été admis au bénéfice d'une pension de retraite sur base de ladite loi;
- le travailleur doit en outre avoir été occupé habituellement et en ordre principal pendant la moitié au moins de la période comprise entre le 1er janvier 1926 ou son vingtième anniversaire, si celui-ci est postérieur au 1er janvier 1926 et la date de son décès.

La veuve bénéficiera d'un montant réduit de 25 % si le mari défunt n'a pas été occupé pendant la moitié au moins de cette période et de 50 % s'il ne l'a pas été pendant le quart au moins de celle-ci.

Lorsqu'il n'est pas établi que le mari défunt a été occupé pendant les douze derniers mois précédant son décès, il est accordé à la veuve une quotité de la pension de survie proportionnelle au nombre d'années civiles au cours desquelles son mari défunt a été occupé entre l'année 1926 ou celle au cours de laquelle il a atteint son 20ème anniversaire, si celle-ci est postérieure à 1926 et celle au cours de laquelle il est décédé, exclusivement.

2) Indemnités d'adaptation

L'indemnité d'adaptation égale à une annuité de la pension de survie est accordée à la veuve qui, au décès de son mari, ne peut bénéficier de la pension de survie :

- soit qu'elle n'ait pas atteint l'âge de 45 ans;
- soit qu'elle n'élève pas d'enfant pour lequel elle est en droit de toucher des allocations familiales;
- soit qu'elle ne soit pas atteinte d'une incapacité permanente de 66 % au moins;
- soit qu'elle n'ait pas un an de mariage.

L'indemnité d'adaptation égale à deux annuités de la pension de survie est accordée à la veuve qui, bénéficiant de la pension de survie, se remarie à condition qu'elle ait préalablement averti de son remariage la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie.

Elle est également accordée à la veuve qui cesse d'avoir droit à la pension de survie parce que vient à cesser avant l'âge de 45 ans, une des conditions - charge d'enfant ou invalidité - qui lui avait permis d'obtenir avant cet âge le bénéfice de la pension de survie.

C) Conditions d'octroi communes à toutes les prestations

Cessation d'activité professionnelle

- a) Les prestations de la loi du 21 mai 1955, hormis l'indemnité d'adaptation, ne prennent cours que si le bénéficiaire a cessé toute activité professionnelle autre qu'un travail occasionnel et s'il ne jouit pas d'une indemnité pour cause de maladie, d'invalidité ou de chômage involontaire par application d'une

législation de sécurité sociale belge, métropolitaine ou coloniale ou étrangère, y compris celle relative aux estropiés et mutilés.

- b) Le travailleur qui ne satisfait pas à cette condition peut obtenir inconditionnellement, à sa demande, la liquidation d'une pension correspondant à une rente théorique de vieillesse calculée suivant un barème, sur base d'une partie des cotisations correspondant à la part personnelle effectivement versée en application de la loi du 21 mai 1955. Dans les mêmes conditions, la veuve d'un tel travailleur peut obtenir, inconditionnellement, à sa demande, la liquidation d'une rente-pension égale à 40 % de la rente théorique dont il est question ci-dessus.

Condition de résidence

Les prestations ne sont fournies qu'aux bénéficiaires résidant effectivement en Belgique, au Congo Belge ou dans les territoires du Ruanda-Urundi. Certaines dérogations sont admises, pour motif impérieux, par l'article 5 de l'arrêté royal du 17 juin 1955.

Précisons que ces dispositions ne portent pas préjudice à celles des conventions internationales de sécurité sociale en vigueur en Belgique.

Condition de nationalité

A noter que les prestations prévues par la loi du 21 mai 1955 sont réduites de 20 % lorsque le bénéficiaire est ressortissant d'un pays avec lequel la Belgique n'a pas conclu de convention de sécurité sociale.

CHAPITRE III - FINANCEMENT DU REGIME DES OUVRIERS

A. Mode de financement - Abandon de la "capitalisation individuelle"

Le système d'assurance à la base de la loi du 14 juillet 1930 et de celle du 15 décembre 1937 dont il a été question dans la première partie de la présente note, était basé sur le système de la capitalisation individuelle.

Ce régime visait à constituer au profit des assurés, au moyen de la triple intervention des intéressés, de leurs employeurs et de l'Etat, des réserves mathématiques individuelles destinées à leur assurer une rente de vieillesse et en cas de décès une rente de veuve pour l'épouse survivante.

En outre, l'Etat assumait la charge constituée par les majorations de rente de vieillesse, les majorations de rente de veuve et les allocations d'orphelins, octroyées pendant la période transitoire aux assurés et à leurs veuves au profit desquels une rente complète n'avait pu être constituée.

Cette charge de l'Etat était inscrite à concurrence d'un tiers au budget annuel de l'Etat au même titre que la contribution de l'Etat dans la constitution de rentes formées par la capitalisation individuelle.

Les deux autres tiers devaient être amortis au moyen d'une annuité constante à verser au Fonds de dotation, lequel devait contracter des emprunts pour combler les malis et ensuite rembourser ces emprunts au moyen des bonis.

L'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, en octroyant des compléments de pension de vieillesse et de veuve, mit à charge des employeurs et des travailleurs, à l'exclusion de l'Etat, le financement de charges nouvelles. Cependant, devant l'aggravation constante de la situation financière de la Caisse Nationale des Majorations, la loi du 30 décembre 1950 prévoyait un nouveau plan de financement en mettant à charge de l'Etat une annuité constante de 1 200 millions pendant une période de 33 ans. Le Fonds de dotation restait chargé du financement des majorations de rentes et allocations d'orphelins.

En raison de l'impossibilité du système initial de revaloriser les rentes et en raison de la charge en constante aggravation des pensions payées, une révision de la législation fut jugée indispensable.

Elle fut réalisée d'abord par la loi du 29 décembre 1953 et confirmée par la loi du 21 mai 1955 dont les principes essentiels ont été exposés ci-dessus.

L'ensemble des charges tant pour le régime définitif que pour la période transitoire est financé par un même organisme: la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie.

La loi ne devant sortir ses pleins effets qu'après une période de 45 années, les charges annuelles s'accroissent pour atteindre un maximum à l'expiration de la période transitoire. Pour ne pas charger exagérément les générations futures, il a été procédé à la constitution d'un fonds de réserve et c'est dans ce but que le système de répartition dit de la prime moyenne uniforme a été préféré à celui de la répartition pure. Les revenus des fonds accumulés, ajoutés aux recettes annuelles, assurent l'équilibre financier.

B. Ressources en cotisations

I. Cotisations de sécurité sociale

La partie des cotisations de sécurité sociale des travailleurs et des employeurs affectée au secteur "pension" s'élève à 8,50 % sur un salaire non plafonné (quote-part patronale 4,25 % et quote-part ouvrière 4,25 %). Ces cotisations sont perçues par l'Office National de Sécurité Sociale.

2. a) Cotisations des travailleurs domestiques et gens de maison. Ces cotisations sont également fixées à 8,50 % du salaire non plafonné. L'Office National de Sécurité Sociale est chargé de procéder pour compte de la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie aux opérations de perception et de recouvrement de ces cotisations. Celles-ci étaient dues pour la première fois le 30 septembre 1955 pour le 3ème trimestre de l'année 1955, sous déduction du montant des cotisations payées pour le même trimestre en application de la législation antérieure.
- b) Les travailleurs domestiques des cantons d'Eupen, Malmédy et St. Vith demeurent régis par les dispositions de l'arrêté du Régent du 2 avril 1947 qui les soumettent au régime général de la sécurité sociale prévu par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944. La perception des cotisations est assurée par l'Office Régional de Liège du Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité.
3. Les dispositions reprises au 2. a) sont d'application en ce qui concerne les entreprises familiales. Néanmoins, jusqu'à présent, aucune perception n'a été pratiquement effectuée pour cette catégorie. La perception de ces cotisations sera effectuée à l'Office National de Sécurité Sociale.
4. Cotisations relatives aux travailleurs occupés par les administrations publiques

En cas de nomination à titre définitif d'un agent temporaire soumis à l'arrêté-loi du 28 décembre 1944, les institutions visées par les lois relatives à l'assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré des travailleurs sont tenues de verser à la Caisse de Répartition des Pensions Communales ou à l'Administration dont l'intéressé dépend, la quote-part de la cotisation patronale et ouvrière versée en vertu de l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 qui excède les cotisations imposées par les

lois relatives à l'assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré.

Il en est de même, en cas de démission, de licenciement, de révocation, de décès d'un agent, sans que des titres à la pension puissent lui être reconnus dans le cadre de la loi du 20 mai 1949.

5. Si le travailleur ayant accompli une carrière "mixte" n'a pas droit à la pension de retraite prévue par l'un des régimes de pension autres que celui de la loi du 21 mai 1955, auquel il a été soumis, ce régime est tenu de verser à la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie, une somme égale au montant total des cotisations personnelles et patronales qui auraient dû être versées s'il avait été soumis au régime de pension des ouvriers.

De même, si la veuve d'un tel travailleur n'a pas droit à une pension de survie de la part d'un des régimes visés à l'alinéa précédent, celui-ci est tenu de verser à la Caisse Nationale une somme égale à la moitié des cotisations qui auraient dû être versées dans le régime des ouvriers.

6. Les cotisations volontaires des travailleurs occupés à l'étranger et qui ne sont pas assujettis à la sécurité sociale, de même que celles des travailleurs frontaliers et saisonniers doivent être versées à la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie à moins que pour ces deux dernières catégories, leur employeur ou eux-mêmes aient, pendant leur occupation à l'étranger, versé les cotisations exigées par la législation sur l'assurance vieillesse du pays où ils ont été occupés.

Autres cotisations

- Versements effectués par l'épouse divorcée d'un travailleur soumis à la loi du 21 mai 1955 pour se constituer une pension dans le cadre de cette loi.
- Montant des rentes versées par la Caisse Générale d'Epargne et de Retraite.

Cette disposition de la loi règle la situation qui se présentera aussi longtemps que des pensionnés continueront à jouir des rentes constituées ou en cours de constitution au 1er janvier 1954 suivant l'ancien système de la capitalisation individuelle dont l'abandon est maintenant devenu définitif.

Ce système imaginé par le législateur consiste à incorporer le montant de la rente ainsi constituée dans la pension qui est accordée. Cette incorporation de la rente dans le montant de la pension constitue une avance et comporte, en faveur de la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie, une subrogation aux droits du titulaire vis-à-vis de la Caisse Générale d'Epargne et de Retraite. La rente est subrogée jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 1 300 francs pour la rente de vieillesse et de 300 francs pour la rente de veuve. Seule, la rente constituée par des versements d'assuré obligatoire est prise en considération pour l'application de la disposition susvisée.

C. Revenus financiers

Ceux-ci comprennent les intérêts des fonds placés par la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie.

D. Subventions de l'Etat

- 1) La subvention annuelle que l'Etat verse à la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie était fixée à 1 240 millions de francs pour 1955. Ce montant est augmenté de 40 millions chaque année, jusqu'à ce qu'il ait atteint deux milliards. Cette subvention est adaptée aux fluctuations du coût de la vie dans la même mesure que les prestations.
- 2) Il est payé par l'Etat à la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie, pour compenser les charges résultant, pour le régime établi par la loi du 21 mai 1955, de la prise en considération des périodes d'occupation antérieures à 1926, une allocation correspondant auxdites charges, telles qu'elles aurent été établies sur des bases actuarielles à l'expiration de la période prenant cours à l'entrée en vigueur de ladite loi et se terminant le 31 décembre 1970.

Cette allocation sera payée sous forme d'annuité constante et pour la première fois au cours de l'année civile 1971.

REGIME "OUVRIERS"

Evolution du taux des cotisations versées à la Sécurité Sociale
par le secteur "Pensions"

Date de l'effet	Quote-part ouvrière	Quote-part patronale	Cotisations globales (1)	Sur salaires mensuels limités à : (2)
1/1/1945	3,5 %	3,5 %	7 %	3.000
1/7/1945	3,5 %	3,5 %	7 %	4.000
1/5/1951	3,5 %	3,5 %	7 %	5.000
1/1/1953	3,75 %	3,75%	7,5%	non limités
1/1/1954	4 %	4 %	8 %	id.
1/1/1955	4,25 %	4,25%	8,5%	id.

(1) Pour la période du 1/1/1945 au 31/12/1953, les cotisations globales comprennent le montant des timbres-retraite apposés sur la carte de versements à la Caisse Générale d'Epargne et de Retraite pour une valeur de 25 francs par mois (12,50 francs à charge de chacune des parties), montant allant à la capitalisation individuelle. Cette cotisation est supprimée à partir du 1er janvier 1954.

(2) Les cotisations se rapportant à des prestations ne couvrant pas un mois civil sont calculées sur des rémunérations journalières limitées respectivement à :

- pour la période du 1er janvier 1945 au 31 décembre 1952 : 120, 160 et 200 francs, pour les travailleurs dont le travail hebdomadaire au cours d'un trimestre est réparti de manière constante sur plus de cinq jours;
- pour la période du 1er juillet 1945 au 31 décembre 1952 : 192 et 240 francs, pour les travailleurs dont le travail hebdomadaire au cours d'un trimestre est réparti de manière constante sur cinq jours.

COMPTES DU SECTEUR "OUVRIERS" POUR 1958

Recettes

<u>I. Cotisations</u>		en millions de francs	
<u>Cotisations de sécurité sociale</u>			
Cotisations ouvriers salariés	6 349,3		
Cotisations personnel domestique	118,8		
Cotisations travailleurs à l'Etranger (A.R. 17/6/55 - Art. 2, 3, 24 et 66)	<u>0,3</u>		6 468,4
<u>Autres cotisations</u>			
Versements F.N.A.M.I. Off. rég. Eupen Malmédy (A. Régent 2/4/1947)	0,2		
Versements Administrations Publiques (loi 20/5/1949)	<u>0,9</u>		1,1
<u>II. Revenus financiers</u>			
Intérêts des fonds placés	<u>128,4</u>		128,4
<u>III. Subvention Etat</u>			
Budget des pensions art. 105/1	1 439,9 (a)		
All. taxe except. de conjoncture	<u>229,-</u>		1 668,9
<u>IV. Subrogation des Rentes</u>			
	<u>161,6</u>		161,6
<u>V. A recevoir :</u>			
All. taxe except. de conjoncture	242,2		
Subvention de l'Etat payable à partir de 1971 (Art. 25 de la loi)	<u>134,5</u>		<u>376,7</u>
	<u>Total des Recettes</u>		8 805,1

Dépenses

<u>I. Prestations</u>			
Montant des pensions	7 317,8		
Montant des compléments	<u>471,2</u>		<u>7 789,-</u>
Montants secteur "Mineurs"	<u>27,1</u>		7 816,1
<u>II. Frais</u>			
Frais de paiement	33,-		
Frais d'administration	<u>20,2</u>		53,2
Charges d'emprunts	<u>59,9</u>		59,9
Versements Administrations Publiques (loi 20/5/1949)	<u>20,8</u>		20,8
Frais payés à la C.G.E.R. (subrog. rentes)	2,3		
Divers	<u>0,5</u>		<u>2,8</u>
	<u>Total des Dépenses</u>		7 952,8

CHAPITRE IV - STATISTIQUES

Assurance Obligatoire "Vieillesse"

Anciens ouvriers. Répartition des bénéficiaires d'une pension de retraite dont le décès a été enregistré en 1957, par année de naissance et l'état-civil.

Années de naissance	Bénéficiaires d'une pension :					Epouses décédées :		
	de ménage		d'isolé			Totaux	séparées de fait de leur conjoint	Autres
	Hommes séparés de fait de leur conjoint	Autres	Célibataires	Hommes mariés	Femmes			
Avant 1860	-	-	5	-	4	9	-	-
1860	-	-	7	-	3	10	-	-
61	-	1	17	-	4	22	-	2
62	-	1	18	-	-	19	-	1
63	-	3	23	-	11	37	-	2
64	-	2	37	-	9	48	-	2
1865	4	4	57	1	7	73	2	2
66	4	26	88	-	19	137	1	6
67	6	15	128	-	32	181	-	9
68	5	28	135	1	29	198	-	17
69	13	27	183	-	45	268	3	27
1870	5	48	203	-	44	300	-	27
71	8	54	218	-	43	323	1	34
72	9	92	263	2	55	421	19	57
73	14	122	295	1	70	502	12	56
74	24	149	316	1	72	562	17	80
1875	15	171	340	1	90	617	18	116
76	36	208	334	-	90	668	9	118
77	33	213	352	-	85	683	21	171
78	24	243	321	2	88	678	17	152
79	43	267	324	1	69	704	23	176
1880	58	271	310	1	96	736	29	168
81	38	284	260	5	72	659	19	173
82	43	302	231	4	74	654	29	192
83	36	327	249	3	55	670	22	164
84	37	281	171	4	45	538	12	162
1885	38	324	203	3	58	626	22	166
86	50	267	173	6	57	553	24	164
87	46	322	137	3	50	558	9	185
88	37	290	130	12	39	508	21	157
89	29	297	137	5	31	499	19	161
1890	43	266	105	8	32	454	12	139
91	12	243	72	19	39	385	17	106
92	4	107	29	12	27	179	3	55
93	-	2	2	-	30	34	-	3
94	-	2	-	-	25	27	-	-
1895	-	2	1	1	27	31	-	-
96	-	3	-	-	24	27	-	2
97	-	2	-	-	15	17	-	-
98	-	-	-	-	-	-	-	-
99	-	-	-	-	1	1	-	1
	714	5 266	5 874	96	1 666	13 616	387	3 053

Assurance obligatoire "Survie"

Veuves d'ouvriers. (Loi du 21 mai 1955). Répartition des veuves bénéficiaires d'une pension de survie au 31 décembre 1957, par année de naissance.

Années de naissance	Ancienne législation Complément 8 550 Fr	Art. 11 du Règlement général			Art. 13 Règlement général	Total	Totaux généraux	
		100 %	75 %	50 %			Chiffres absolus	°/ oo
Avant 1860		42				42	42	0,32
1860	1	25				25	26	0,20
61	2	44				44	46	0,35
62	2	53				53	55	0,40
63	1	123				123	124	0,93
64	1	172				172	173	1,29
1865	5	254		1		255	260	1,94
66	6	396				396	402	2,99
67	16	495				495	511	3,79
68	11	658		1	1	660	671	4,99
69	16	954			1	955	971	7,21
1870	26	1 160	1		1	1 162	1 188	8,83
71	40	1 376	1		2	1 379	1 419	10,55
72	82	1 903	1		7	1 911	1 993	14,82
73	95	2 286	2		7	2 295	2 390	17,77
74	129	2 521	4	1	3	2 534	2 663	19,80
1875	151	2 879	5	2	10	2 896	3 047	22,65
76	172	3 244	7		16	3 257	3 439	25,57
77	208	3 633	13	5	19	3 670	3 878	28,83
78	216	3 632	6	3	18	3 659	3 875	28,81
79	239	3 867	20	8	31	3 926	4 165	30,97
1880	315	4 036	22	6	31	4 095	4 410	32,79
81	300	4 369	20	9	41	4 439	4 739	35,23
82	314	4 360	27	14	40	4 441	4 755	35,36
83	304	4 338	35	13	51	4 438	4 742	35,26
84	288	4 358	47	19	58	4 483	4 770	35,46
1885	282	4 282	52	14	69	4 417	4 699	34,94
86	279	4 080	48	13	69	4 210	4 489	33,37
87	314	3 972	45	22	96	4 135	4 449	33,08
88	292	3 788	56	17	71	3 932	4 224	31,40
89	314	3 460	65	26	96	3 647	3 961	29,45
1890	261	3 315	78	20	107	3 520	3 781	28,11
91	310	3 310	59	29	189	3 587	3 897	28,98
92	318	2 984	100	55	268	3 407	3 725	27,69
93	329	3 203	67	58	255	3 583	3 912	29,09
94	270	2 931	68	58	298	3 355	3 625	26,95
1895	306	2 756	88	53	280	3 177	3 483	25,90
96	311	2 687	73	48	279	3 037	3 398	25,26
97	427	2 595	87	51	289	3 022	3 449	25,64
98	593	2 597	88	58	284	3 027	3 620	26,91
99	237	2 529	70	53	294	2 946	3 183	23,66
1900		2 317	105	47	295	2 764	2 764	20,55
01		1 981	105	38	284	2 408	2 408	17,90
02		1 782	111	41	275	2 209	2 209	16,42
03		1 514	63	39	265	1 881	1 881	13,98
04		1 345	76	38	235	1 694	1 694	12,59
1905		1 236	73	29	213	1 551	1 551	11,53
06		1 071	75	21	198	1 347	1 347	10,02
07		937	65	35	184	1 221	1 221	9,08
08		860	47	28	179	1 114	1 114	8,28
09		725	55	18	151	949	949	7,05
1910		654	46	24	144	868	868	6,46
11		523	37	22	115	697	697	5,18
12		368	27	10	52	457	457	3,40
13		236	13	7	52	308	308	2,29
14		240	11	6	45	302	302	2,25
1915		190	17	9	37	253	253	1,88
16		140	9	3	24	176	176	1,31
17		112	4	1	23	140	140	1,04
18		116	4	3	28	151	151	1,12
19		157	6	11	24	198	198	1,47
1920		148	10	6	19	183	183	1,36
21		118	10	8	32	168	168	1,25
22		120	9	5	21	155	155	1,15
23		94	6	6	19	125	125	0,93
24		82	5	4	18	109	109	0,81
1925		76	4	2	10	92	92	0,68
26		60	4	-	10	74	74	0,55
27		62	1	-	5	68	68	0,51
28		40	1	-	5	46	46	0,34
29		26	4	-	5	35	35	0,26
1930		26	-	1	2	29	29	0,21
31		27	-	-	1	28	28	0,21
32		16	2	-	2	20	20	0,15
33		15	3	1	1	20	20	0,15
34		8	1	-	-	9	9	0,07
1935		5	-	-	-	5	5	0,04
	7 783	117 094	2 247	1 120	6 259	126 720	134 503	1 000,00

Assurance obligatoire "Vieillesse"

Anciens ouvriers. (Loi du 21 mai 1955). Répartition des bénéficiaires d'une pension de retraite au 31 décembre 1957 par année de naissance et suivant l'état civil.

Années de naissance	Taux "Ménage"			Taux "Isolés"				Totaux	
	Hommes mariés	Hommes séparés de fait de leur conjoint	Totaux	Hommes mariés	Hommes veufs, célibataires ou divorcés	Femmes	Totaux	Valeurs absolues	‰
Avant 1865	22	-	22		208	79	287	309	1,74
1865	23	2	25		129	44	173	198	1,11
66	36	3	39		212	73	285	324	1,82
67	54	4	58		299	147	446	504	2,82
68	100	7	107	1	423	148	572	679	3,81
69	169	7	176		596	189	785	961	5,40
1870	221	8	229	1	736	227	964	1 193	6,70
71	330	13	343	7	931	278	1 216	1 559	8,72
72	508	23	531	6	1.284	410	1 700	2 231	12,48
73	707	24	731	8	1 459	495	1 962	2 693	15,08
74	891	27	918	5	1.764	558	2 327	3 245	18,16
1875	1 192	40	1 232	11	2 065	669	2 745	3 977	22,27
76	1 577	60	1 637	14	2 209	766	2 989	4 626	25,90
77	1 886	79	1 965	21	2 481	888	3 390	5 355	29,99
78	2 314	108	2 422	17	2 614	996	3 627	6 049	33,87
79	2 663	110	2 773	22	2.833	981	3 836	6 609	37,01
1880	3.207	131	3 338	27	2 777	1 144	3 948	7 286	40,80
81	3.712	141	3 853	51	2.826	1 115	3 992	7.845	43,93
82	4 251	158	4 409	47	2 995	1 223	4.265	8.674	48,57
83	4.663	151	4 814	87	2 853	1 195	4 135	8 949	50,11
84	4.972	191	5 163	73	2 664	1 223	3 960	9 123	51,09
1885	5 496	237	5 733	99	2 805	1 307	4 211	9 944	55,68
86	5 897	198	6 095	109	2 571	1 414	4 094	10 189	57,05
87	6 579	214	6 793	152	2 679	1 541	4 372	11.165	62,53
88	6 810	253	7 063	175	2 476	1 518	4 169	11 232	62,89
89	7 183	257	7 440	295	2 467	1 590	4 352	11 792	66,04
1890	7 257	246	7 503	390	2 016	1.440	3 846	11 349	63,55
91	7 599	224	7 823	480	2 011	1 604	4 095	11 918	66,74
92	6 068	104	6 172	399	1 460	1 517	3 376	9 548	53,47
93	155	1	156	11	50	1 593	1 654	1 810	10,13
94	156	-	156	12	36	1 677	1 725	1 881	10,53
1895	124	1	125	4	36	1 638	1 678	1 803	10,10
96	124	1	125	12	22	1 694	1 728	1 853	10,38
97	58	-	58	5	9	1 244	1 258	1 316	7,38
98	-	-	-	-	-	65	65	65	0,37
99	1	-	1	1	-	82	83	84	0,47
1900	-	-	-	-	-	85	85	85	0,48
01	-	-	-	-	-	92	92	92	0,51
02	-	-	-	-	-	58	58	58	0,32
03	-	-	-	-	-	-	-	-	-
04	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1905	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	87 005 48,72	3 023 1,69	90 028 50,41	2 542 1,42	52 996 29,68	33 007 18,49	88 545 49,59	178 573 100,00	1 000,00

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

- Accidents du travail et maladies professionnelles

Belgique

Genève 1959

Accidents du travail

Table des matières

	<u>Pages</u>
CHAPITRE I - HISTORIQUE	98
CHAPITRE II - EVOLUTION	98
CHAPITRE III - STRUCTURE DE L'ASSURANCE	99
CHAPITRE IV - CHAMP D'APPLICATION	99
CHAPITRE V - RISQUES COUVERTS	100
CHAPITRE VI - ETENDUE DE L'INDEMNISATION	100
CHAPITRE VII - FINANCEMENT	105

LEGISLATION EN MATIERE DE REPARATION DES DOMMAGES RESULTANT DES
ACCIDENTS DU TRAVAIL

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La loi sur la réparation des dommages résultant des accidents du travail a été sanctionnée le 24 décembre 1903 et mise en vigueur le 1er juillet 1905.

Le régime, applicable antérieurement, reposait exclusivement sur le droit commun - plus spécialement les articles 1382 et suivants du Code Civil - qui obligeait la victime à apporter un ensemble de preuves dont la plus délicate consistait en l'existence d'une faute dans le chef de l'employeur.

Comme la grande majorité des accidents trouvait son origine, non pas dans la faute patronale, mais bien dans le risque professionnel de l'entreprise, le législateur eut le souci d'établir une loi d'exception. Il substitua la notion du risque professionnel à la notion de faute et mit le fardeau de la réparation à charge des deux facteurs de la production : le capital et le travail. La victime ou ses ayants-droit étaient ainsi assurés d'obtenir la réparation d'une quotité du dommage, fixée à forfait, abstraction faite de toute faute, sauf intentionnelle, tant dans le chef du patron que dans le chef du travailleur.

Le principe fondamental de la loi spéciale de 1903 visait la réparation obligatoire et forfaitaire des dommages causés par les accidents du travail.

CHAPITRE II

EVOLUTION

A l'origine, la loi n'était applicable qu'aux ouvriers et aux employés, soumis aux mêmes risques professionnels et pour autant que l'entreprise fût énumérée dans la loi et occupât un certain nombre de travailleurs.

A partir de 1930, toutes les entreprises furent assujetties à la loi, dès l'instant où elles occupaient habituellement un travailleur pendant au moins deux mois par an. En outre, le champ d'application de la loi fut étendu à tous les employés, engagés dans les liens d'un contrat d'emploi régi par la loi du 7 août 1922, ainsi qu'aux apprentis, même non salariés.

Par l'arrêté-loi du 6 juin 1945, la notion de contrat d'emploi fit place à celle, plus large, de contrat de louage de services en

considérant comme bénéficiaires des dispositions légales tous les employés quel que soit le montant de leur rémunération.

A cette même époque, le bénéfice de la loi fut étendu aux gens de maison et le législateur consacra le principe de la réparation des dommages résultant des accidents survenus sur le chemin du travail.

En ce qui concerne les montants des différentes indemnités dues aux victimes ou à leurs ayants-droit, ceux-ci ont subi des adaptations substantielles parallèlement au développement du progrès social en Belgique.

CHAPITRE III

Structure de l'assurance

Quoique la réparation des dommages résultant des accidents du travail soit obligatoire, l'assurance contre de tels risques reste facultative (sauf en ce qui concerne les gens de maison). Si l'employeur veut subroger un assureur dans ses obligations légales et se libérer du privilège spécial qui frappe ses biens mobiliers, il peut souscrire valablement une police auprès d'un organisme agréé par le Gouvernement soit une compagnie d'assurances à primes fixes, soit une caisse commune d'assurance contre les accidents du travail, constituée par les chefs d'entreprises.

Indépendamment des conditions strictes d'agrément, les institutions privées d'assurance sont soumises à un contrôle spécial du Ministère de la Prévoyance Sociale.

Afin de pouvoir jouer, le cas échéant, le rôle d'institut régulateur du marché des assurances, la Caisse Générale d'Epargne et de Retraite est autorisée à traiter les opérations d'assurances contre les risques d'accidents du travail.

CHAPITRE IV

Champ d'application

1) Entreprises assujetties :

Entreprises, privées ou publiques, qui occupent habituellement pendant au moins deux mois par an, du personnel engagé dans les liens d'un contrat de louage de services.

Toutefois n'est pas assujettie l'entreprise agricole, qui fait de la culture aux fins de la subsistance de la famille et non dans le but principal d'en vendre des produits.

2) Travailleurs bénéficiaires :

Les ouvriers même non salariés, les employés quel que soit le montant de leur rémunération et les gens de maison.

Seuls les travailleurs à domicile sont exclus.

Le bénéfice de la réparation est réservé aussi bien aux travailleurs étrangers que belges.

N.B. : Une législation spéciale régit les accidents du travail survenus aux gens de mer (marins et pêcheurs).

CHAPITRE V

Risques couverts

La réparation s'étend à tout dommage physique résultant soit d'un accident survenu au cours et par le fait de l'exécution d'un contrat de travail, d'emploi ou de louage de service, soit d'un accident survenu sur le chemin du travail.

Il se dégage de la jurisprudence que l'accident doit être défini comme "un événement soudain et anormal, produit par l'action subite d'une force extérieure".

En ce qui concerne l'accident survenu sur le chemin du travail, il faut que celui-ci soit dû à un risque inhérent au trajet normal que le travailleur doit parcourir pour se rendre du lieu de sa résidence ou du lieu où il prend ses repas, au lieu de l'exécution de son travail et inversement. Le trajet normal comprend également le parcours à effectuer par le travailleur pour se rendre au lieu de paiement des salaires et pour en revenir.

CHAPITRE VI

Etendue de l'indemnisation

A.- Prestations dues à la victime

I.- Prestations en espèces

- 1) en cas d'incapacité temporaire totale, l'indemnité accordée à la victime;
 - a) pour la journée au cours de laquelle l'accident s'est produit, est égale à la différence entre le salaire journalier normal et le salaire gagné;
 - b) pour les 28 premiers jours qui suivent le début de l'incapacité, représente 80 % du salaire quotidien moyen;
 - c) à partir du 29ème jour, est égale à 90 % du salaire quotidien moyen.

Le salaire quotidien moyen s'obtient en divisant le salaire annuel par 365. Les indemnités sont payées pour les jours "civils" (jours ouvrables, fériés, ainsi que les dimanches).

§ 2) En cas d'incapacité temporaire partielle, l'indemnité est équivalente à la différence entre le salaire de la victime antérieurement à l'accident et celui qu'elle peut gagner avant d'être complètement rétablie.

§ 3) En cas d'incapacité permanente, une allocation annuelle déterminée en fonction de l'intégralité du salaire et d'après le degré d'invalidité est payée à dater du jour où l'incapacité présente le caractère de la permanence (date de consolidation des lésions).

En ce qui concerne les grands blessés, dont l'état nécessite absolument et normalement l'assistance d'une autre personne, l'allocation annuelle peut être portée à un taux supérieur à 100 % mais qui n'excédera pas 150 %.

A l'expiration d'un délai de 3 ans, au cours duquel la révision du taux d'invalidité est toujours possible, l'allocation est remplacée par une rente viagère définitive. A ce moment, si le taux de la dépréciation permanente ne dépasse pas 5 %, la valeur de la rente est payée intégralement en capital. Dans les autres cas, la victime peut demander que le tiers au plus de la valeur de la rente lui soit payé en capital.

II.- Prestations en nature

Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers causés par l'accident sont dus jusqu'à l'expiration du délai de révision, fixé à 3 ans à compter de l'accord intervenu entre parties ou du jugement définitif.

En cas de libre choix du médecin et du pharmacien, ces frais sont remboursés sur la base des tarifs légaux, fixés par arrêtés royaux.

Le coût des appareils de prothèse et d'orthopédie, dont l'usage est reconnu nécessaire, n'est supporté que jusqu'à la date de l'accord du jugement définitif. Une indemnité supplémentaire représentant le coût probable du renouvellement et de l'entretien de ces appareils est alors attribuée à la victime et la partie non dépensée au cours du délai de révision lui est payée à l'expiration dudit délai.

Le bénéficiaire a la faculté de confier cette indemnité au Service National de Prothèse qui le prend sous tutelle.

B.- Prestations dues aux ayants-droit d'une victime d'un accident mortel

I.- Frais funéraires

Une somme égale à 30 fois le salaire quotidien moyen, sans être inférieure à 4 000 francs, est payée à la personne qui a déboursé effectivement les frais funéraires.

II.- Rentes

- a) Au conjoint non divorcé ni séparé de corps, à la condition que le mariage soit antérieur à l'accident, une rente viagère dont le montant est égal à 30 % du salaire de la victime.
- b) Aux enfants légitimes nés ou conçus avant l'accident et aux enfants naturels reconnus avant l'accident, une rente viagère temporaire jusque 18 ans, égale à 15 % du salaire annuel pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % dudit salaire.

Aux enfants répondant aux mêmes conditions, orphelins de père et de mère et aux enfants naturels non reconnus par la mère victime d'un accident du travail, la rente viagère temporaire est portée à 20 % du salaire annuel pour chaque enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 60 % dudit salaire.

Aux enfants adoptés avant l'accident, une rente viagère temporaire de 20 % ou de 15 % du salaire annuel pour chaque enfant, selon qu'ils ont été adoptés par une ou deux personnes, dont l'une d'entre elles survit à l'autre.

Si le nombre des enfants ayants-droit est supérieur à trois, les taux minima de 45 et de 60 % du salaire sont toujours applicables à l'ensemble des ayants-droit jusqu'au jour où ceux-ci ne sont plus qu'au nombre de deux. Dès ce jour, les deux derniers bénéficiaires ont droit chacun à la rente calculée sur les taux de 15 et 20 % selon le cas.

- c) Aux ascendants :

1^o) père et mère de la victime, enfant légitime ou reconnu avant l'accident, et pour autant que celle-ci ne laisse ni conjoint, ni enfants bénéficiaires, une rente égale à 20 % du salaire pour chacun des bénéficiaires.

Sous les mêmes conditions, la mère de l'enfant naturel non reconnu, mais non abandonné par elle, a droit à une rente viagère calculée sur la base de 20 % du salaire.

Dans le cas où la victime laisse un conjoint sans enfants, les rentes sont réduites à 15 % du salaire pour chaque bénéficiaire.

2^o) En cas de prédécès du père ou de la mère de la victime, il est attribué aux ascendants du prédécédé une rente calculée sur un taux de 10 ou de 15 % selon qu'il y a présence ou non de conjoint sans enfants.

- d) Aux petits-enfants orphelins de père et pour autant que la victime ne laisse ni conjoint, ni enfants bénéficiaires, une rente viagère temporaire jusque 18 ans égale à 15 % du salaire pour chaque petit-enfant, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 %.

Toutefois, si, à défaut de conjoint, il existe des enfants bénéficiaires, les petits-enfants orphelins de père viennent en concours, par groupe familial, avec les enfants et la rente attribuable à chaque groupe de petits-enfants est fixée à 15 % et partagée par tête.

Les dispositions relatives à la réversibilité des rentes viagères temporaires sont applicables aux petits-enfants ayants-droit ainsi qu'en cas de concours entre enfants ayants-droit et groupes familiaux de petits-enfants ayants-droit, chaque groupe familial étant considéré comme une unité.

- e) Aux frères et soeurs de la victime, pour autant que celle-ci ne laisse ni conjoint, ni enfants, ni père, ni mère, ni petits-enfants ayants droit, une rente viagère temporaire jusque 18 ans égale à 15 %, sans que l'ensemble puisse dépasser 45 % du salaire.

Les ascendants, frères, soeurs et petits-enfants n'ont droit aux indemnités que s'ils profitaient directement du salaire de la victime. Sont présumés tels ceux qui vivaient sous le même toit.

Le conjoint et les ascendants peuvent demander que le tiers au plus de la valeur de la rente leur soit payé directement en capital.

C.- Salaire de base

En principe, le salaire servant de base à la fixation des indemnités s'entend de la rémunération (en espèces et en nature) effectivement allouée au travailleur en vertu du contrat, pendant l'année qui a précédé l'accident, dans l'entreprise où celui-ci est arrivé.

Certaines dispositions particulières fixent les modalités de calcul du salaire de base lorsque le travailleur n'a pu effectuer des prestations normales pendant toute l'année, tant dans le chef de l'entreprise que dans son propre chef.

Si le salaire annuel dépasse 120 000 francs, il n'est pris en considération, pour la fixation des indemnités, qu'à concurrence de cette somme.

D.- Incessibilité et insaisissabilité des indemnités

Les indemnités dues aux victimes ou à leurs ayants-droit ne sont cessibles ou saisissables que pour cause d'obligation alimentaire légale.

Toutefois, ces indemnités sont cessibles, à concurrence de deux cinquièmes au plus, et saisissables, à concurrence d'un cinquième au plus, au profit d'organismes d'assurance contre la maladie et l'invalidité habilités aux fins de l'exécution de la législation sur la sécurité sociale pour les sommes payées à un assuré, victime d'un accident du travail.

E.- Retenues de Sécurité Sociale

La victime, bénéficiaire d'une indemnité, allocation ou rente, reste tenue au paiement des cotisations établies en matière de sécurité sociale.

Cette cotisation n'est pas due sur la rente payée en cas de décès aux ayants-droit de la victime.

F.- Date de paiement des indemnités

Les indemnités temporaires sont payables aux mêmes époques que les salaires; les allocations annuelles et les arrérages des rentes sont payables trimestriellement par quart, à terme échu; les frais funéraires sont payables dans le mois du décès.

G.- Majoration des rentes

Depuis la mise en application de la loi, les salaires ont subi de grandes fluctuations, de même que le standing de vie des ouvriers et employés.

Deux guerres suivies de plusieurs dévaluations monétaires ont bouleversé le pouvoir d'achat des rentes qu'il fallut adapter aux circonstances économiques.

Afin d'assurer des rentes qui, au total, péréquation comprise, seraient à peu près équivalentes à celles octroyées sous l'empire de la législation actuellement en vigueur, une majoration est accordée de manière telle que rentes initiales et majorations atteignent dans l'ensemble :

- 300 Ff par % d'incapacité permanente lorsque celle-ci est inférieure à 50 %.
- 320 Ff par % d'incapacité permanente lorsque celle-ci est de 50 à 65 %.
- 360 Ff par % d'incapacité permanente lorsque celle-ci est de 66 à 79 %.
- 400 Ff par % d'incapacité permanente lorsque celle-ci est de 80 % ou plus.

Il est, en outre, ajouté à l'allocation supplémentaire ainsi déterminée, une somme annuelle de 12 000 francs lorsque l'assistance d'une autre personne a été reconnue nécessaire.

Les veuves non remariées, les orphelins, les ascendants, les petits-enfants, les frères et sœurs bénéficient de majorations établies selon le même principe.

En exécution de l'arrêté royal du 25 juin 1957, les taux prévus ci-dessus sont liés aux fluctuations de l'indice des prix de détail du royaume.

CHAPITRE VII

Financement

Les primes perçues en vertu des contrats souscrits auprès des sociétés d'assurances agréées et les cotisations payées aux caisses communes d'assurance patronales sont à la charge exclusive des employeurs et constituent les seules ressources nécessaires au financement de la réparation des accidents du travail, axé sur le système de la capitalisation.

Ces primes et cotisations sont calculées en fonction du volume des rémunérations, d'une part, et de la hauteur du risque professionnel, d'autre part.

Ci-joint, un tableau récapitulatif donnant séparément pour les caisses communes charbonnières, les autres caisses communes et les sociétés à primes fixes, l'évolution de l'assurance "accidents du travail depuis le 1er juillet 1905 au 31 décembre 1956.

RELEVÉ DES CONTRATS EN COURS AU 31 DÉCEMBRE
(Charbonnages, Industries Diverses et Commerce)

Années	Auprès des compagnies	Auprès des caisses communes	Nombre total
1906	36 096	8 790	44 886
1907	37 874	9 632	47 506
1908	39 006	10 421	49 427
1909	39 370	10 560	49 930
1910	41 189	11 749	52 938
1911	42 813	12 881	55 694
1912	44 715	12 210	56 925
1913	45 643	12 798	58 441
1920	45 997	13 324	59 521
1921	47 014	14 375	61 389
1922	53 939	15 362	69 301
1923	57 653	16 325	73 978
1924	62 662	16 510	79 172
1925	66 772	17 033	83 805
1926	71 301	17 652	88 953
1927	77 684	13 020	90 704
1928	81 511	13 557	95 088
1929	86 420	14 253	100 673
1930	89 519	14 707	104 226
1931	94 521	14 932	109 453
1932	100 557	17 468	118 025
1933	112 118	19 195	131 313
1934	115 404	20 411	135 815
1935	120 644	21 628	142 272
1936	126 791	20 519	147 310
1937	132 463	22 470	154 933
1938	135 332	23 464	158 796
1939	136 894	23 283	160 177
1940	116 885	25 051	141 936
1941	119 231	24 570	143 801
1942	121 375	26 217	147 592
1943	120 637	27 575	148 212
1944	125 184	28 604	153 788
1945	139 499	26 617	166 116
1946	156 787	29 412	186 199
1947	159 310	31 022	190 332
1948	165 155	30 067	195 222
1949	164 291	32 997	197 288
1950	166 031	33 225	199 256
1951	164 943	32 966	197 909
1952	165 892	38 028	203 920
1953	165 885	38 725	204 610
1954	169 758	34 399	204 157
1955	169 607	34 837	204 444
1956	172 558	35 819	208 377

ENTREPRISES AGRICOLES ASSUREES

Années	Nombre d'entreprises assurées par les compagnies	Nombre d'entreprises assurées par les caisses communes	Nombre total des entreprises assurées
1906	5 796	7 459	13 255
1907	6 095	7 832	13 927
1908	6 092	7 941	14 033
1909	5 738	8 100	13 838
1910	5 713	7 928	13 641
1911	5 750	7 780	13 530
1912	5 726	7 651	13 377
1913	5 689	7 520	13 209
1920	5 236	5 721	10 957
1921	5 324	6 502	11 826
1922	5 400	6 317	11 717
1923	5 724	6 246	11 970
1924	5 931	7 306	13 237
1925	7 350	8 135	15 485
1926	9 072	8 446	17 518
1927	17 288	1 462	18 750
1928	20 386	1 375	21 761
1929	22 460	1 307	23 767
1930	21 392	1 187	22 579
1931	22 774	1 241	24 015
1932	26 642	1 507	28 149
1933	34 016	1 359	35 375
1934	36 264	1 388	27 652
1935	38 788	1 411	40 199
1936	39 185	1 429	40 614
1937	39 366	1 541	40 907
1938	41 072	1 628	42 700
1939	41 240	1 663	42 903
1940	39 135	1 586	40 721
1941	40 909	1 750	42 659
1942	44 243	1 722	45 965
1943	47 855	1 841	49 696
1944	49 861	1 789	51 650
1945	44 187	2 341	46 528
1946	44 282	2 327	46 609
1947	43 205	2 284	45 489
1948	41 569	1 931	43 500
1949	41 103	1 782	43 103
1950	38 637	1 814	40 451
1951	37 275	1 732	39 007
1952	35 632	1 741	37 373
1953	34 433	1 734	36 167
1954	33 281	1 467	34 748
1955	32 098	1 424	33 522
1956	31 030	1 428	32 458

SALAIRES ET APPOINTEMENTS ASSURES
(CHARBONNAGES, INDUSTRIES DIVERSES ET COMMERCE)

Années	Salaires assurés par les compagnies	Salaires assurés par les caisses communes	Total des salaires assurés
1906	517 457 693	284 254 727	801 712 420
1907	539 424 126	318 286 455	857 710 581
1908	526 189 025	315 788 143	841 977 456
1909	516 077 856	323 320 143	839 397 999
1910	568 395 394	351 835 686	920 231 080
1911	585 863 973	366 726 401	952 790 374
1912	636 017 939	326 821 218	1 062 839 157
1913	663 331 773	463 450 471	1 126 782 245
1920	1 790 815 121	1 916 286 406	3 707 101 527
1921	2 185 196 445	1 997 292 383	4 182 488 828
1922	2 544 017 179	2 130 766 226	4 674 783 405
1923	3 028 062 935	2 685 320 134	5 713 383 069
1924	3 638 282 183	3 349 897 592	6 988 179 775
1925	3 911 526 583	3 175 257 889	7 086 784 472
1926	4 554 053 857	3 841 962 731	8 386 016 588
1927	5 559 898 583	4 858 135 014	10 418 033 597
1928	6 661 732 364	5 346 082 106	12 007 814 470
1929	8 598 441 673	6 388 545 960	14 986 987 633
1930	9 153 201 170	6 918 753 236	18 071 954 406
1931	7 633 467 643	5 747 022 665	13 380 490 308
1932	6 406 265 910	4 531 272 452	10 937 538 362
1933	7 012 523 976	4 579 749 298	11 592 273 274
1934	6 594 020 829	4 360 565 736	10 954 586 565
1935	6 787 398 301	4 285 696 002	11 073 094 303
1936	7 605 927 719	5 131 068 485	12 736 996 204
1937	8 643 478 476	6 479 534 907	15 123 013 383
1938	8 468 237 173	6 584 498 674	15 052 735 847
1939	7 921 512 370	6 284 448 736	14 205 961 106
1940	5 670 015 053	5 009 088 399	10 679 103 452
1941	7 654 209 822	6 477 533 432	14 131 743 254
1942	8 325 829 000	6 908 965 000	15 234 794 000
1943	8 880 937 000	6 977 548 000	15 858 485 000
1944	8 708 741 000	6 146 299 000	14 855 040 000
1945	16 368 164 000	11 340 746 000	27 708 910 000
1946	27 981 098 000	19 630 592 000	47 611 690 000
1947	34 568 994 000	26 334 668 000	60 903 662 000
1948	34 772 394 000	30 808 699 000	65 581 093 000
1949	34 604 196 000	31 154 097 000	65 758 293 000
1950	35 444 429 000	32 704 404 000	68 148 833 000
1951	38 838 397 000	39 018 450 000	77 856 847 000
1952	44 388 257 000	41 641 957 000	86 030 214 000
1953	50 317 358 000	42 034 457 000	92 351 905 000
1954	53 762 963 000	42 099 056 000	95 862 019 000
1955	56 982 114 000	44 366 020 000	101 348 134 000
1956	60 794 917 000	49 084 337 000	109 879 254 000

CAISSES COMMUNES CHARBONNIERES

(RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL - OUVRIERS ET EMPLOYES)

- 109 -

Exercice	Cotisations	Charge des sinistres (1)	Charge en % des cotisations	Frais généraux	Frais généraux en % des cotisations (2)	Salaires assurés	Nombre d'accidents déclarés	Cas d'incapacité permanente	Cas de mort
1905	1 442 000	1 100 000	76	24 000	2	6 mois (du 1/7 au 31/12)	10 102	131	57
1906	3 329 000	2 406 000	72	57 000	2	120 074 000	21 621	234	118
1907	3 714 000	2 500 000	67	81 000	2	135 513 000	23 717	270	95
1908	3 422 000	2 689 000	79	113 000	3	128 858 000	26 197	371	113
1909	2 985 000	2 308 000	77	122 000	4	114 821 000	24 611	382	98
1910	3 128 000	2 477 000	79	122 000	4	121 001 000	25 494	456	99
1911	3 265 000	2 805 000	86	130 000	4	125 379 000	27 064	491	138
1912	3 703 000	3 347 000	90	159 000	4	154 517 000	28 416	513	125
1913	4 127 000	4 029 000	98	169 000	4	176 081 000	31 217	593	118
1920	16 820 000	9 493 000	56	769 000	5	958 172 000	28 579	788	161
1921	15 398 000	7 763 000	50	852 000	6	977 627 000	28 909	819	137
1922	14 314 000	9 531 000	65	893 000	6	876 896 000	31 455	784	132
1923	19 032 000	14 733 000	74	813 000	4	1 158 496 000	33 393	819	164
1924	21 342 000	14 389 000	68	982 000	5	1 428 041 000	37 761	894	187
1925	18 999 000	13 397 000	75	1 038 000	6	1 214 899 000	37 181	909	133
1926	22 551 000	16 364 000	84	1 410 000	7	1 424 591 000	38 743	870	153
1927	32 856 000	27 519 000	84	1 906 000	6	2 042 107 000	46 020	1 032	218
1928	33 617 000	26 632 000	80	2 134 000	6	1 962 069 000	47 536	1 049	165
1929	36 928 000	34 880 000	94	2 370 000	6	2 173 142 000	44 162	1 040	208
1930	52 310 000	38 828 000	74	2 687 000	5	2 417 294 000	53 428	1 064	206
1931	40 222 000	37 557 000	93	2 621 000	7	1 977 404 000	58 467	1 115	159
1932	33 976 000	26 169 000	77	2 538 000	7	1 347 466 000	32 850	864	136
1933	33 671 000	23 547 000	70	2 499 000	7	1 439 447 000	48 363	1 028	134
1934	28 921 000	27 898 000	97	2 460 000	8	1 352 287 000	48 289	1 028	179
1935	28 841 000	31 742 000	110	2 459 000	8	1 263 409 000	47 837	1 476	123
1936	33 157 000	25 840 000	78	1 986 000	6	1 396 407 000	52 281	1 110	157
1937	43 126 000	30 997 000	72	2 148 000	5	1 780 128 000	56 704	1 295	141
1938	43 420 000	42 979 000	99	2 361 000	6	1 959 962 000	59 859	1 398	139
1939	44 102 000	34 185 000	78	2 257 000	5	1 885 877 000	58 234	1 203	148
1940	45 487 000	38 546 000	85	2 338 000	5	1 835 886 000	51 256	1 273	178
1941	51 117 000	54 600 000	107	2 563 000	5	2 202 411 000	61 779	1 428	204
1942	51 988 000	58 005 000	112	3 089 000	6	2 352 852 000	58 077	1 358	226
1943	52 241 000	57 303 000	110	3 364 000	7	2 356 259 000	61 363	1 335	184
1944	42 457 000	41 301 000	97	3 602 000	9	1 829 314 000	36 109	803	99
1945	84 958 000	45 488 000	54	4 940 000	5	3 072 527 000	33 015	799	97
1946	104 663 000	73 722 000	70	5 441 000	5	4 556 929 000	38 398	962	118
1947	142 683 000	115 580 000	81	6 431 000	4	6 608 163 000	61 074	1 285	120
1948	157 797 000	145 297 000	92	7 747 000	5	8 510 562 000	84 239	1 568	135
1949	161 021 000	148 454 000	92	7 838 000	5	9 153 197 000	80 542	1 370	129
1950	162 324 000	142 012 000	87	7 629 000	4	8 081 816 000	74 607	1 267	170
1951	193 644 000	190 266 000	98	8 550 000	4	9 478 825 000	88 318	1 569	136
1952	304 273 000	358 756 000	118	9 198 000	3	10 034 156 000	125 240	1 813	165
1953	380 352 000	347 558 000	91	9 842 000	2	10 248 757 000	125 577	1 748	175
1954	339 274 000	331 931 000	98	12 750 000	4	9 921 034 000	113 005	1 886	141
1955	345 701 000	326 890 000	95	12 731 000	4	10 028 102 000	119 802	2 099	90
1956	424 908 000	631 918 000	125	14 227 000	3	10 851 672 000	106 385	2 098	370

N.B. - Les cotisations et sinistres se rapportent aux seuls risques encourus après les 6 mois qui suivent la date de survenance de l'accident

(1) Voir note page 12

(2) Le pourcentage des frais généraux et des commissions a été établi en fonction des cotisations ou des primes relatives aux risques "accidents du travail et chemin du travail" des ouvriers, des employés et des gens de maison.

AUTRES CAISSES COMMUNES
(RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL - OUVRIERS ET EMPLOYÉS)

Exercice	Cotisations	Charge des sinistres (1)	Charge en % des cotisations	Commissions et frais généraux	Commissions et frais généraux en % des cotisations (2)	Salaires assurés	Nombre d'accidents déclarés	Cas d'incapacité permanente	Cas de mort
1905	1 901 000	964 000	51	209 000	11	6 mois (du 1/7 au 31/12)	10 654	205	55
1906	4 180 000	2 474 000	59	483 000	12	164 181 000	26 842	544	108
1907	4 600 000	2 632 000	57	502 000	11	182 774 000	31 129	592	110
1908	4 673 000	2 826 000	61	559 000	12	186 931 000	31 097	498	98
1909	5 196 000	3 009 000	58	590 000	11	208 499 000	34 576	518	112
1910	5 778 000	3 517 000	61	612 000	11	230 835 000	41 656	560	138
1911	6 110 000	4 151 000	68	633 000	10	241 548 000	43 904	567	143
1912	6 893 000	4 870 000	71	786 000	11	272 304 000	52 362	945	170
1913	7 266 000	4 769 000	66	864 000	12	287 369 000	53 878	923	153
1920	23 201 000	11 926 000	51	2 440 000	11	958 114 000	38 383	774	140
1921	25 085 000	11 859 000	47	2 916 000	12	1 019 665 000	37 197	908	120
1922	28 413 000	14 294 000	50	3 352 000	12	1 253 870 000	40 153	1 009	127
1923	35 075 000	19 520 000	56	3 923 000	11	1 526 824 000	48 672	1 200	145
1924	41 896 000	19 121 000	46	3 958 000	9	1 921 857 000	55 752	1 181	124
1925	42 530 000	22 107 000	52	4 200 000	10	1 960 358 000	55 442	1 255	144
1926	51 475 000	29 459 000	57	4 983 000	10	2 417 371 000	62 419	1 642	174
1927	57 752 000	30 802 000	53	5 367 000	9	2 816 028 000	62 780	1 327	154
1928	68 591 000	37 000 000	54	6 226 000	9	3 384 014 000	71 396	1 564	160
1929	87 407 000	55 620 000	64	6 878 000	8	4 215 404 000	80 532	1 832	154
1930	98 826 000	80 781 000	82	7 579 000	8	4 501 459 000	79 754	1 708	207
1931	82 126 000	61 761 000	75	7 765 000	9	3 769 618 000	65 283	1 614	153
1932	62 815 000	46 852 000	75	7 812 000	12	3 183 807 000	51 049	1 478	87
1933	59 552 000	38 887 000	65	7 828 000	13	3 140 302 000	52 513	1 325	99
1934	56 315 000	38 192 000	67	7 240 000	13	3 008 279 000	54 553	1 403	108
1935	58 818 000	45 613 000	78	7 190 000	12	3 022 287 000	65 329	1 393	96
1936	70 130 000	49 165 000	70	9 183 000	13	3 734 661 000	73 498	1 639	129
1937	89 300 000	69 398 000	78	10 168 000	11	4 699 407 000	90 325	2 000	152
1938	89 731 000	71 048 000	79	10 744 000	12	4 624 536 000	80 537	1 957	136
1939	82 632 000	54 090 000	66	10 183 000	12	4 398 571 000	68 900	1 404	130
1940	56 826 000	47 126 000	83	9 093 000	16	3 173 203 000	43 603	1 172	144
1941	86 997 000	75 405 000	87	9 995 000	11	4 275 123 000	64 104	1 769	147
1942	92 425 000	76 683 000	83	10 721 000	12	4 556 113 000	68 832	1 648	158
1943	94 196 000	81 335 000	85	11 496 000	12	4 621 289 000	69 575	1 632	127
1944	90 981 000	76 197 000	84	14 611 000	16	4 316 985 000	47 785	1 264	129
1945	172 894 000	101 416 000	59	23 014 000	12	8 268 219 000	56 690	1 512	113
1946	265 100 000	158 462 000	60	35 359 000	12	15 073 663 000	81 138	1 970	137
1947	352 702 000	230 521 000	65	45 654 000	12	19 726 505 000	94 308	2 235	145
1948	399 017 000	277 548 000	70	64 020 000	15	22 298 137 000	94 366	2 111	153
1949	383 781 000	271 107 000	71	64 720 000	15	22 000 900 000	85 035	1 995	131
1950	422 363 000	297 167 000	70	66 839 000	15	24 622 588 000	91 481	2 004	111
1951	543 704 000	398 709 000	73	72 514 000	12	29 539 625 000	105 677	2 609	151
1952	655 890 000	559 471 000	85	79 865 000	11	31 607 801 000	113 403	2 273	137
1953	663 062 000	592 210 000	89	80 280 000	11	31 785 790 000	117 846	2 407	123
1954	677 851 000	608 085 000	90	87 297 000	12	32 178 022 000	120 028	2 470	119
1955	751 052 000	658 862 000	88	90 285 000	11	34 337 918 000	129 537	2 628	123
1956	858 388 000	745 740 000	87	96 305 000	10	38 232 665 000	135 562	3 053	166

(1) Voir note page 12

(2) Voir note page 16

SOCIETES A PRIMES FIXES
(RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL - OUVRIERS ET EMPLOYES)

Exercice	Primes	Charge des sinistres (1)	Charge en % des primes	Commissions	Commissions en % des primes (2)	Frais généraux	Frais généraux en % des primes (2)	Salaires assurés	Nombre d'accidents déclarés	Cas d'incapacité permanente	Cas de mort
1905	5 712 000	3 481 000	61	800 000	14	804 000	14	6 mois (du 1/7 au 31/12)	42 213	616	142
1906	12 480 000	8 790 000	70	1 699 000	14	1 416 000	11	517 458 000	97 590	1 416	327
1907	13 841 000	9 784 000	70	1 831 000	13	1 419 000	10	539 424 000	105 441	1 638	316
1908	13 449 000	9 783 000	73	1 749 000	13	1 457 000	11	526 189 000	99 205	1 491	299
1909	12 952 000	8 463 000	65	1 708 000	13	1 512 000	12	516 078 000	93 929	1 409	289
1910	14 005 000	9 952 000	71	1 799 000	13	1 584 000	11	568 395 000	103 499	1 613	344
1911	15 396 000	11 667 000	76	1 802 000	12	1 579 000	10	585 964 000	116 386	1 969	332
1912	15 461 000	11 613 000	75	1 937 000	13	1 846 000	12	636 018 000	124 769	1 922	328
1913	16 166 000	11 823 000	73	2 096 000	13	2 033 000	13	663 332 000	120 541	1 864	345
1920	38 651 000	24 776 000	64	5 153 000	13	5 695 000	15	1 790 815 000	78 978	1 639	251
1921	46 182 000	23 994 000	52	6 566 000	14	7 119 000	15	2 185 196 000	75 487	1 399	214
1922	52 291 000	30 352 000	58	7 725 000	15	7 550 000	14	2 544 017 000	83 371	1 644	230
1923	62 769 000	39 518 000	63	9 724 000	16	9 555 000	15	3 028 063 000	99 741	2 052	246
1924	72 098 000	42 912 000	60	11 131 000	15	10 466 000	15	3 638 282 000	110 866	2 040	255
1925	74 713 000	44 217 000	59	11 318 000	15	12 393 000	17	3 911 527 000	109 928	2 048	269
1926	83 341 000	53 393 000	64	13 131 000	16	15 231 000	18	4 554 054 000	115 556	2 274	281
1927	112 085 000	63 614 000	57	15 239 000	14	18 535 000	17	5 559 899 000	127 376	2 338	331
1928	133 235 000	84 018 000	63	18 289 000	14	21 007 000	16	6 661 732 000	145 989	2 815	376
1929	170 289 000	114 277 000	67	22 632 000	13	25 070 000	15	8 598 442 000	161 316	3 515	422
1930	196 412 000	142 664 000	73	30 763 000	16	33 603 000	17	9 153 201 000	159 460	3 169	421
1931	167 034 000	119 075 000	71	26 690 000	16	30 250 000	18	7 633 468 000	128 981	2 885	472
1932	141 236 000	106 558 000	75	21 623 000	15	26 812 000	19	6 406 266 000	106 970	2 513	252
1933	136 186 000	90 675 000	68	20 218 000	15	25 194 000	19	7 012 524 000	107 958	2 541	252
1934	127 094 000	86 794 000	70	18 291 000	14	24 797 000	19	6 594 021 000	107 409	2 658	256
1935	127 525 000	100 491 000	79	18 063 000	14	24 063 000	18	6 787 398 000	115 057	3 168	232
1936	141 985 000	111 616 000	79	19 999 000	14	25 719 000	18	7 605 928 000	134 718	3 390	308
1937	162 698 000	131 698 000	80	22 706 000	14	28 858 000	18	8 643 478 000	152 885	3 697	331
1938	161 426 000	131 921 000	81	23 038 000	15	27 899 000	17	8 468 237 000	133 654	3 318	267
1939	149 527 000	106 019 000	71	21 656 000	14	27 371 000	18	7 921 512 000	117 321	2 794	236
1940	110 020 000	91 744 000	83	15 772 000	14	22 870 000	21	5 670 015 000	76 737	2 280	241
1941	149 070 000	136 014 000	91	20 216 000	14	27 858 000	19	7 654 210 000	114 401	3 152	249
1942	165 283 000	154 385 000	93	24 212 000	15	30 465 000	18	8 325 829 000	134 373	3 243	357
1943	180 123 000	156 105 000	87	27 193 000	15	34 510 000	19	8 880 937 000	139 522	3 167	258
1944	172 570 000	137 604 000	80	26 331 000	15	37 216 000	22	8 708 741 000	99 514	2 443	193
1945	302 606 000	232 892 000	77	44 173 000	13	56 280 000	17	16 368 164 000	119 238	3 004	229
1946	497 352 000	375 504 000	76	75 730 000	13	88 093 000	16	27 981 098 000	152 234	3 662	258
1947	646 586 000	456 542 000	71	102 707 000	14	118 333 000	16	34 568 994 000	166 352	3 858	272
1948	726 212 000	452 581 000	62	123 182 000	15	149 453 000	18	34 772 394 000	148 733	3 065	227
1949	704 549 000	446 860 000	63	125 524 000	16	174 334 000	22	34 604 196 000	134 406	2 777	198
1950	697 827 000	436 606 000	63	128 471 000	16	158 423 000	20	35 444 429 000	130 738	2 749	172
1951	813 040 000	561 552 000	69	135 024 000	15	171 445 000	19	38 838 397 000	145 397	3 301	198
1952	1 038 404 000	833 060 000	80	147 251 000	13	183 954 000	16	44 388 257 000	154 345	3 459	186
1953	1 066 771 000	872 266 000	82	148 869 000	12	191 902 000	16	50 317 358 000	155 576	3 499	182
1954	1 119 932 000	924 920 000	83	164 115 000	13	208 833 000	16	53 762 963 000	167 582	3 642	166
1955	1 205 935 000	1 064 137 000	88	171 011 000	13	212 895 000	16	56 982 114 000	186 915	3 902	242
1956	1 284 705 000	1 098 794 000	86	189 576 000	14	239 190 000	17	60 794 917 000	193 471	3 882	216

(1) Voir note page 12

(2) Voir note page 16

ASSURANCE: "ACCIDENTS SURVENUS SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL"

(OUVRIERS ET EMPLOYES)

Exer- cice	Primes	Charge des sinistres	Charge en % des primes	Nombre d'acci- dents déclarés	Cas d'in- capacité permanente	Cas de mort
1945	46 470 000	33 991 000	73	5 211	319	81
1946	70 478 000	45 836 000	65	6 448	340	69
1947	87 179 000	80 888 000	93	10 101	539	121
1948	102 175 000	86 483 000	85	10 194	440	95
1949	101 519 000	98 924 000	97	11 626	521	82
1950	105 066 000	143 798 000	137	15 770	752	113
1951	127 146 000	163 215 000	128	17 768	831	113
1952	181 257 000	293 001 000	161	22 642	1 237	146
1953	234 155 000	335 603 000	143	26 514	1 320	151
1954	311 422 000	359 312 000	115	27 013	1 268	195
1955	372 932 000	431 670 000	116	33 699	1 589	199
1956	464 344 000	471 768 000	102	37 306	2 026	170

ASSURANCE "GENS DE MAISON"

(ACCIDENTS DU TRAVAIL ET CHEMIN DU TRAVAIL)

Exer- cice	Primes	Charge des sinistres	Charge en % des primes	Nombre d'acci- dents déclarés	Cas d'in- capacité permanente	Cas de mort
1946	25 664 000	10 558 000	41	3 094	160	9
1947	33 248 000	14 634 000	44	3 436	179	7
1948	33 778 000	11 194 000	33	3 103	125	8
1949	35 274 000	14 554 000	41	3 216	148	10
1950	34 434 000	14 067 000	41	3 142	143	7
1951	36 602 000	15 276 000	42	3 472	156	9
1952	45 656 000	20 427 000	45	3 722	166	8
1953	47 015 000	26 029 000	55	4 106	210	7
1954	48 438 000	29 361 000	61	4 325	199	10
1955	50 801 000	29 576 000	58	4 580	219	5
1956	51 466 000	25 582 000	50	4 427	236	3

GENS DE MAISON

NOMBRE DE POLICES EN COURS AU 31 DECEMBRE

Année	Auprès des compagnies	Auprès des Caisses Communes	Nombre total
1946	83 999	4 015	88 014
1947	96 521	4 831	101 352
1948	98 914	5 459	104 373
1949	107 162	5 897	113 059
1950	112 550	6 181	118 731
1951	117 741	6 668	124 409
1952	123 863	7 013	130 876
1953	130 507	7 537	138 044
1954	137 942	7 717	145 659
1955	146 810	8 034	154 844
1956	149 310	8 466	157 776

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance des Maladies Professionnelles

Belgique

Genève 1959

Assurance des Maladies Professionnelles

Table des matières

	<u>Pages</u>
- ANTECEDENTS HISTORIQUES	115
- STRUCTURE	115
- RISQUES COUVERTS	115
- MONTANTS DES INDEMNITES	116
- SOINS MEDICAUX - PROTHESES	116
- FINANCEMENT	117
- EVOLUTION DU COUT	117
- CAPITALISATION ET REPARTITION	117
- READAPTATION FONCTIONNELLE ET REEDUCATION PROFESSIONNELLE	117

RAPPORT CONCERNANT L'EVOLUTION DE L'ASSURANCE DES MALADIES
PROFESSIONNELLES EN BELGIQUE

- ANTECEDENTS HISTORIQUES:

L'assurance des Maladies Professionnelles a été créée par une loi du 24/7/1927.

Elle couvre les dommages causés par un nombre limité de maladies professionnelles, dont la liste, fixée par arrêté royal, est développée au fur et à mesure que les circonstances le justifient ou que les progrès de la science le permettent.

- STRUCTURE

L'assurance est confiée en monopole au Fonds de Prévoyance en faveur des victimes des maladies professionnelles, organisme d'intérêt public, ayant la personnalité civile, géré par un conseil d'administration composé de cinq membres, désignés par le Roi et comptant au moins un délégué des organismes les plus représentatifs des employeurs et un délégué des organismes les plus représentatifs des travailleurs.

- RISQUES COUVERTS:

Nous donnons ci-dessous la liste des maladies professionnelles actuellement reconnues:

1. Intoxication par le plomb, ses alliages ou ses composés, avec les conséquences directes de cette intoxication.
2. Intoxication par le mercure, ses amalgames ou ses composés, avec les conséquences directes de cette intoxication.
3. Infection charbonneuse.
4. Intoxication par le phosphore ou ses composés toxiques, avec les conséquences directes de cette intoxication.
5. Intoxication par l'arsenic ou ses composés, avec les conséquences directes de cette intoxication.
6. Intoxication par le sulfure de carbone, avec les conséquences directes de cette intoxication.
- 7.a) Intoxication par le benzène, le toluène et les xylènes, par les homologues du benzène autres que le toluène et les xylènes ainsi que par les hydrocarbures de la série grasse, avec les conséquences directes de cette intoxication. Dermatoses aiguës provoquées par les terpènes.
- b) Intoxication par les homologues du benzène autres que le toluène et les xylènes ainsi que par les hydrocarbures de la série grasse. Dermatoses aiguës provoquées par les terpènes.
8. Intoxication et dermatoses aiguës provoquées par les dérivés nitrés ou chlorés des hydrocarbures aromatiques, par les phénols, par les dérivés nitrés des phénols, par les amines aromatiques ainsi que par les dérivés halogénés des hydrocarbures de la série grasse. Dermatoses aiguës provoquées par les colorants synthétiques.

9. Affections provoquées par le radium, les autres substances radio-actives et les radiations corpusculaires.
10. Affections provoquées par les rayons X.
11. Affections épithéliomateuses de la peau.
12. Pneumoconioses provoquées par les poussières industrielles.
13. Dermatoses aiguës provoquées par les bois exotiques.
14. Dermatoses aiguës et ulcérations des téguments provoquées par les composés de chrome.
15. Dermatoses aiguës provoquées par les alcaloïdes végétaux.
16. Dermatoses aiguës provoquées par le disulfure de tétraméthylthiurame.
17. Affections provoquées par le béryllium ou ses composés.

Pour toutes ces maladies, leurs conséquences donnent droit à indemnité, en fait, quelle que soit l'industrie ou la profession où elles ont été contractées. Une exception cependant, pour la pneumoconiose, il y a une liste limitative des industries ou professions dans lesquelles la victime doit avoir été occupée pour prétendre à réparation; le travail dans les mines souterraines est, en principe, exclu.

Cette exclusion est justifiée par l'existence d'une législation spéciale sur la retraite des ouvriers mineurs qui leur procure indemnité en cas d'invalidité prématurée.

Les victimes de maladies professionnelles non reconnues conservent un recours contre le responsable en vertu du droit commun.

• MONTANT DES INDEMNITES

En principe, les mêmes qu'en matière d'accidents du travail:

- a) incapacité temporaire totale de travail: 80 % du salaire de base pendant les 28 premiers jours, puis 90 %;
- b) incapacité permanente de travail: une quotité du salaire de base égale au pourcentage de l'incapacité de travail;
- c) rentes au profit des conjoints survivants et des orphelins; il est aussi prévu des droits en faveur des ascendants, des petits-enfants et de certains collatéraux, sous des conditions variées;
- d) il est prévu une indemnité égale à 80 % du salaire de base pendant 28 jours au plus, en faveur du travailleur qui se voit interdire la continuation de ses activités.

La partie du salaire dépassant fr. 120 000.- n'est pas prise en considération.

- SOINS MEDICAUX - PROTHESES:

Il est accordé une intervention dans les frais de cure calculée par référence aux barèmes en vigueur en matière d'assurance maladie-invalidité.

- Lorsque l'incapacité permanente de travail ne dépasse pas 5 %, le capital est payé directement à la victime.
- Les indemnités sont fixées à des taux minima qui varient avec l'évaluation officielle du coût de la vie.

- FINANCEMENT

Le financement de l'assurance est fait au moyen de cotisations versées par les chefs d'entreprises qui exposent leurs travailleurs aux risques des maladies professionnelles.

- EVOLUTION DU COUT

Les dépenses annuelles sont en augmentation régulière; mais ceci doit être imputé, non à une aggravation de l'état sanitaire dans les entreprises, mais plutôt

- a) à l'extension du droit à indemnité aux victimes de nouvelles maladies;
- b) à l'accumulation des cas justifiant le paiement d'une rente: les cas nouveaux surgissent plus nombreux que les cas venant à extinction.

- CAPITALISATION ET REPARTITION

Depuis 1950, les cotisations stipulées annuellement par arrêté royal à charge des chefs d'entreprise ne couvrent plus la charge des capitaux.

Le Fonds de Prévoyance pratique donc le système de répartition.

- READAPTATION FONCTIONNELLE ET REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Le Fonds de Prévoyance n'a aucune activité de l'espèce.

Toutefois, un organisme officiel vient d'être créé pour la rééducation et le reclassement des handicapés.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-chômage

Belgique

Genève 1959

Assurance-Chômage

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. BREF APERCU HISTORIQUE DE L'EVOLUTION ET DES TENDANCES DES REGIMES ANTERIEURS A 1945	120
II. L'INSTAURATION DU REGIME D'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LE CHOMAGE. L'EVOLUTION DE CE REGIME PAR RAPPORT AU REGIME ANTERIEUR ET DEPUIS 1945.	124

I. Bref aperçu historique de l'évolution et des tendances des régimes antérieurs à 1945

- Régime d'assurance libre pure à l'origine
- Interventions progressives des pouvoirs publics
- Tendance vers la centralisation et l'unification

II. L'instauration du régime d'assurance obligatoire contre le chômage. L'évolution de ce régime par rapport au régime antérieur et depuis 1945.

1) Circonstances dans lesquelles ce régime a été instauré

2) Différences fondamentales avec le régime antérieur

- Assurances obligatoires se substituant à l'assurance libre
- Suppression de l'état de besoin
- Financement - Intervention directe des employeurs
Nouveau mode de perception des cotisations.

3) Points communs avec le régime antérieur

- Mode analogue de gestion de l'Office national du Placement et du Chômage
- Intervention de l'Etat dans le financement du système
- Organisation de base analogue mais modalités différentes
- Maintien de certains grands principes réglementaires de base sous réserve d'adaptation
- Souci de liaison entre les services du chômage et les services du placement

4) Evolution depuis 1945

A. Des dispositions relatives à l'admissibilité

1) Acquisition de l'admissibilité

Evolution des conditions dans lesquelles le stage est considéré comme accompli.

2) Perte de l'admissibilité

Evolution des conditions dans le sens d'une rigueur accrue à l'égard de certaines catégories de chômeurs et principalement des femmes

3) Conclusions

B. Des dispositions relatives à l'indemnisation

1. Etat de chômage - privation de travail et de rémunération
2. Grèves ou lock-out
3. Aptitude physique
4. Inscription comme demandeur d'emploi
5. Exercice d'une activité accessoire et cohabitation avec un travailleur indépendant
6. Bénéficiaires de pension
7. Taux des allocations
8. Suppléments d'allocations familiales
9. Limitation du montant des allocations
10. Carence
11. Journées d'inactivité incomplètes et emplois à temps réduit
12. Occupation du dimanche, des jours fériés et des jours de repos habituel
13. Jours fériés légaux - jours d'inactivité habituelle
14. Dockers et travailleurs à domicile
15. Paiement des allocations
16. Conclusions

C. Des dispositions relatives à l'application des sanctions et à la solution des litiges

1. La lutte contre les abus
2. La répression des infractions
 - a) la déclaration inexacte, incomplète ou tardive - l'omission de déclaration
 - b) l'estampillage indu - la fabrication ou l'usage d'une marque de pointage contrefaite - la production de documents inexacts
 - c) le refus d'accepter un emploi convenable

- d) l'abandon de travail sans motif légitime - le licenciement à la suite de circonstances dépendant de la volonté du travailleur
- e) l'inconduite
- f) la récidive
- g) le cumul de sanctions
- h) le refus de laisser s'exercer le contrôle
- i) les sanctions pénales
- j) les récupérations des paiements d'allocations indus
- k) la solution des litiges

D. De l'organisation

E. Du financement

I - Aperçu historique de l'évolution et des tendances des régimes antérieurs à 1954

Les régimes de prestations contre le chômage qui ont existé avant la guerre de 1940-1945 se distinguent du régime actuel entré en vigueur en 1945 par leur caractère d'assurance libre ou facultative.

Au départ, le régime d'assurance libre résultait uniquement de l'initiative privée des organisations ouvrières. C'était donc un régime d'assurance facultative pure qui visait essentiellement à atteindre les 3 buts suivants :

- 1) l'amélioration des conditions de vie de la classe ouvrière;
- 2) la lutte contre la baisse des salaires qui pouvait être provoquée par des ouvriers dépourvus de travail et de secours;
- 3) le souci de développer l'attachement des ouvriers au mouvement syndical.

Les pouvoirs publics sur les plans communal, provincial puis de l'Etat s'intéresseront rapidement à ces initiatives privées en y participant par l'octroi de subsides et en les facilitant, en coopérant à l'organisation des systèmes ou même en se substituant aux organismes indépendants.

Le financement du régime d'assurance libre étant assuré d'une part par le produit des cotisations des travailleurs assurés, d'autre part, en ordre principal par un subside à charge des pouvoirs publics et enfin par une contribution obligatoire des employeurs égale à 35 % des cotisations payées pour allocations familiales.

Les interventions de plus en plus importantes des pouvoirs publics ont fait perdre progressivement à l'assurance du début son caractère d'assurance libre pure et ont rendu moins nette la limite entre celle-ci et l'assurance obligatoire.

Déjà à partir de 1913 une tendance vers l'organisation de l'assurance obligatoire était manifestée par la Belgique à un Congrès international tenu à Gand, tendance qui avait en vue les objectifs suivants :

- 1) création de l'assurance obligatoire et extension progressive de celle-ci à tous les risques de chômage;
- 2) organisation de cette assurance sur une base professionnelle;
- 3) rapports étroits entre Caisses de chômage et Bourses du Travail;
- 4) libre choix de la caisse d'assurance;
- 5) financement par les ouvriers, les patrons et les pouvoirs publics.

L'existence d'organismes divers participant à l'Administration des régimes de prestations contre le chômage et dont les attributions propres n'étaient pas toujours suffisamment coordonnées ou délimitées empêchait l'unité de direction. De la constatation que l'organisation administrative laissait à désirer et qu'un contrôle sérieux pourtant si nécessaire en matière de chômage faisait défaut, s'est dégagée une tendance dans la voie de la centralisation et de l'unification des divers organismes s'occupant de cette question.

Le grand pas dans ce sens fut fait en 1933 et en 1935 lorsque le gouvernement d'une part, modifia sensiblement la réglementation par les arrêtés royaux du 31 mai 1933 et créa, d'autre part l'Office national du Placement et du Chômage qui dépendait du Département du Travail et prenait la place des Fonds de Chômage intercommunaux.

Le régime en vigueur avant la guerre 1940-1945 est également caractérisé par un système qui excluait de son champ d'application certaines professions comme par exemple, les ouvriers agricoles, les domestiques et gens de maison, les travailleurs indépendants et qui réservait principalement ses avantages aux chômeurs qui étaient considérés comme étant en "état de besoin", c'est-à-dire, dont les ressources constituées par exemple par des revenus de biens mobiliers ou immobiliers ne dépassaient pas un plafond fixé par voie réglementaire. En effet, les assurés qui n'étaient pas en état de besoin ne pouvaient émarger à l'assurance chômage que pendant une période de 30 jours par semestre.

En résumé et abstraction faite des années de guerre 1914-18 et 1940-45 qui s'inscrivent comme des parenthèses dans les régimes de protection contre le chômage et pendant lesquelles a fonctionné un système d'assistance à charge de l'Etat, lequel en raison même de sa nature, était accessible à toute personne en état de besoin, on

peut dire que la Belgique a connu un régime d'assurance libre au XIXème siècle, un régime d'assurance libre subsidié de 1897 à 1914, un régime d'assurance libre subsidié complété par un régime d'assistance à charge de l'Etat, des provinces et des communes de 1920 à 1940 et enfin un régime d'assurance obligatoire à charge des travailleurs, des employeurs et de l'Etat depuis 1945.

Les années 1935-40 furent donc les dernières de l'époque de l'assurance libre.

II - L'instauration de l'assurance obligatoire contre le chômage Son évolution par rapport au régime antérieur et depuis 1945

1) Circonstances dans lesquelles ce régime a été instauré

Déjà en 1922, Léon TROCLET avait déposé au Parlement une proposition de loi sur l'assurance obligatoire contre le chômage.

Cette proposition demeura sans suite.

Les années de crise postérieure à 1930 attirèrent l'attention de l'opinion publique sur le problème du chômage. En même temps que le régime d'assurance libre était réorganisé, le gouvernement nomma un commissaire royal (M. H. FUSS) chargé d'établir un rapport sur l'instauration éventuelle de l'assurance obligatoire. Ce rapport, achevé en 1937, suscita des controverses très vives autant du côté patronal que du côté syndical. Il aboutit au dépôt d'un projet de loi fin 1938; la guerre survint avant que le Parlement l'eût voté. Mais sous l'occupation, des contacts furent établis dans la clandestinité entre les organisations patronales et syndicales; le but de ces entretiens dépassait déjà les préoccupations d'avant-guerre et visait à l'instauration d'un régime général de sécurité sociale pour les travailleurs salariés. Celui-ci fut réalisé par l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 et entra en vigueur le 1/1/1945. Il créait l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et l'assurance obligatoire contre le chômage et il intégrait dans le mécanisme de la sécurité sociale : l'assurance obligatoire en vue de la vieillesse et du décès prématuré, les allocations familiales pour travailleurs salariés et les congés annuels payés qui existaient déjà avant la guerre.

L'arrêté-loi du 28/12/1944 a voulu maintenir en place les institutions qui avaient fonctionné avant la guerre dans le régime de l'assurance libre subsidiée et respecter les traditions consacrées par le passé; c'est ce qui explique le rôle important conservé par les organisations syndicales en matière d'assurance obligatoire contre le chômage et le pluralisme d'organismes payeurs. (Le même phénomène peut être observé dans les autres secteurs de la sécurité sociale et notamment dans celui de l'assurance maladie-invalidité).

Les circonstances économiques anormales de l'immédiat après-guerre commandaient de n'agir qu'avec prudence surtout en matière de chômage. C'est pourquoi l'arrêté du Régent du 26 mai 1945 créa un "Fonds provisoire de soutien des chômeurs involontaires". Toutefois, l'expérience révéla que cette organisation

provisoire restait quant à ses principes parfaitement valable et c'est cet arrêté du 26 mai 1945 qui, moyennant quelques adaptations régit encore actuellement l'assurance contre le chômage, laquelle a pris, au cours des dix dernières années, sa physionomie sinon définitive du moins actuelle.

2) Différence fondamentale avec le régime antérieur

- Régime d'assurance obligatoire au lieu de régime d'assurance libre:

Le régime d'assurance obligatoire remplace le régime d'assurance libre : le droit aux avantages du système ne dépend plus du versement par le travailleur d'une cotisation volontaire et forfaitaire à sa Caisse de Chômage mais bien de l'assujettissement à la sécurité sociale. Celui-ci est requis par la loi lorsque le travailleur est engagé dans les liens d'un contrat de louage de services (exception faite pour les domestiques et gens de maison qui ne cotisent pas encore à la sécurité sociale). La cotisation du travailleur (1 % du salaire plafonné actuellement à 6 000 Fr par mois) est retenue d'office à chaque paye par l'employeur.

- Le droit aux allocations n'est plus subordonné à un état de besoin comme il l'était auparavant lorsque le chômage dépassait 30 jours par semestre.

Les conditions d'admissibilité et d'indemnisation étant remplies, les prestations sont dispensées dès le moment où le demandeur d'allocations est privé de travail et de rémunération à la suite de circonstances indépendantes de sa volonté et ce, quelles que soient ses ressources.

- Le mode de perception des cotisations patronales et ouvrières a été profondément transformé.

Dans le régime antérieur, les travailleurs désirant s'assurer contre le chômage s'adressaient pour le versement des cotisations à des caisses de chômage qui étaient également chargées du paiement des indemnités. Dans le système actuellement en vigueur, les cotisations propres aux travailleurs et à l'employeur (chacun versant 1 % des salaires plafonnés actuellement à 6 000 Fr) sont retenues à la source à chaque paye et versées trimestriellement par ce dernier à l'Office national de sécurité sociale, établissement dont la mission essentielle consiste à recueillir les cotisations dues par les assujettis et par les employeurs et à les répartir entre les différents secteurs de la sécurité sociale qui, à leur tour, les répartissent entre leurs organismes payeurs.

En ce qui concerne les ouvriers des Charbonnages, les cotisations sont versées au Fonds National de Retraite des Ouvriers Mineurs qui joue en ce qui concerne les mineurs un rôle analogue à celui de l'Office National de Sécurité Sociale.

3) Points communs avec le régime antérieur

- Gestion confiée à un conseil composé paritairement de représentants patronaux et syndicaux. La gestion journalière est assurée par un Directeur général sous l'autorité du Ministre du Travail et de la Prévoyance sociale, assisté du Comité susdit.
- Tutelle du Département du Travail
- Intervention prépondérante de l'Etat dans le financement du système
- Organisation de base analogue mais modalités différentes

L'organisation administrative conserve les services centraux et les services régionaux de l'Office national du Placement et du Chômage; par contre, le paiement des allocations de chômage confié dans le régime antérieur à une multitude de Caisses de chômage sera dorénavant dévolu aux Administrations communales et aux organisations de travailleurs agréées (au nombre de trois) qui auront constitué des organismes payeurs. (Par la suite cette mission sera retirée aux Administrations Communales et en même temps il sera créé un Organisme Officiel de Paiement).

- Maintien de certains grands principes réglementaires adaptés toutefois aux nouvelles circonstances; c'est ainsi, par exemple, que les régimes ont en commun l'obligation d'effectuer un stage préalablement avant l'ouverture du droit aux indemnités. (Toutefois, la nature du stage est différente : anciennement, période d'inscription dans une caisse de chômage; actuellement, période de travail).

Dans les deux régimes, il était prévu qu'étaient exclus de l'assurance, notamment : les assurés qui se trouvent en état d'incapacité de travail, les assurés qui atteignent l'âge de la pension de vieillesse, les assurés chômeurs complets qui ne sont pas inscrits comme demandeurs d'emploi au bureau régional de l'Office national du Placement et du Chômage, les chômeurs qui exploitent ou dont le ménage exploite dans certaines conditions, un débit de boissons, les chômeurs qui exercent ou dont un membre du ménage exerce dans certaines conditions une profession accessoire ou une activité indépendante, les chômeurs qui sont d'inconduite notoire, qui s'adonnent aux jeux ou aux paris. Dans les deux systèmes ce sont les administrations communales qui sont chargées du contrôle des chômeurs.

4) Evolution depuis 1945

A. Des dispositions relatives à l'admissibilité

1) Acquisition de l'admissibilité

Lors de l'entrée en vigueur le 2/7/45 de l'arrêté du Régent du 26/5/45, organique de l'Office national du Placement et du Chômage.

Avoir été occupé normalement sous le régime du contrat de travail ou d'emploi était la condition essentielle pour être admis au bénéfice des allocations de chômage. Etaient considérés comme tels "les travailleurs cotisant à la sécurité sociale". Au terme de cette disposition, le fait d'avoir cotisé à la sécurité sociale, ne fût-ce que pendant une seule journée, pouvait donc ouvrir le droit aux allocations de chômage. Cette disposition peut paraître abusivement libérale si on l'isole des circonstances particulières où elle a été édictée (fin de la guerre, début de la Sécurité Sociale).

Imposer un stage à la sécurité sociale aurait eu pour effet de laisser la masse des chômeurs sans soutien.

Il avait été indispensable de prévoir également des dispositions particulières pour les travailleurs auxquels, bien qu'ils n'aient pas encore eu la possibilité de cotiser à la sécurité sociale, on ne pouvait équitablement contester la qualité de travailleur salarié étant donné, soit qu'ils avaient été occupés normalement avant la guerre sous le régime du contrat de travail ou d'emploi, soit qu'étant de jeunes éléments ayant fourni l'effort méritoire d'effectuer des études professionnelles préparant normalement à l'exercice d'une profession salariée, ils n'avaient encore pu à raison des circonstances économiques, travailler effectivement.

Dès le mois de décembre de la même année, les modifications apportées à la réglementation, c'est-à-dire l'obligation pour les personnes de sexe féminin de faire la preuve d'avoir travaillé en qualité de salariées pendant 3 mois ou 75 jours au moins depuis le 21/12/44, témoignent du souci né très rapidement de réagir contre les abus des travailleurs de sexe féminin chez lesquels on craignait de voir se développer une tendance à s'infiltrer et s'organiser dans le chômage, étant donné que les avantages du nouveau régime d'assurance chômage pouvaient être revendiqués pratiquement sans accomplir aucun stage et en tout cas sans aucun stage sérieux.

Cette discrimination à l'égard des travailleuses subsistera avec des variantes dans ses modalités d'application jusqu'au 2/7/51. A partir de cette date, un stage d'une durée déterminée comme travailleur occupé sous le régime du contrat de travail ou d'emploi est imposé par l'Arrêté Organique et il est exigé uniformément aussi bien des hommes que des femmes.

Depuis le 2/7/51, les conditions de stage sont plus rigoureuses pour les travailleurs qui ont exercé une activité indépendante que pour ceux ayant toujours été occupés en qualité de salariés.

Par cette disposition, on visait essentiellement à freiner l'admission à l'assurance chômage en imposant des conditions plus sévères aux personnes qui, après avoir vécu du revenu d'une activité indépendante pendant une période assez longue, sollicitaient le bénéfice des allocations de chômage alors qu'elles avaient déjà atteint un certain âge.

Il a été rappelé ci-avant qu'à la mise en vigueur du régime de l'assurance obligatoire, le jeune travailleur qui n'avait

encore jamais travaillé pouvait néanmoins être déclaré admissible si, en raison de ses études professionnelles, il était reconnu comme appartenant à une catégorie de travailleurs salariés assurables contre le chômage aux termes de la réglementation en vigueur au 18/5/40.

À partir de 1951, étant donné l'éloignement de la période de guerre qui modifiait les conditions de la situation existant en 1945, on a été amené de fixer avec précision la nature des études professionnelles qui ouvrent le droit aux allocations de chômage ainsi que les conditions dans lesquelles l'admissibilité peut être obtenue sur la base des études accomplies.

La réglementation rappelée ci-avant exigeait essentiellement l'accomplissement d'un stage pendant lequel un nombre déterminé de prestations de travail ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale devait avoir été fourni. En vue de combattre l'abus qui aurait consisté à admettre le travailleur qui, soit volontairement, soit en se pliant à l'arbitraire de son employeur, aurait accompli son stage en effectuant des prestations à des salaires inférieurs à ceux qui sont d'application dans les entreprises qui se conforment aux décisions des Commissions paritaires ou à défaut de celles-ci à l'usage, il devenait nécessaire d'insérer dans l'arrêté organique les dispositions voulues. Celles-ci sont entrées en vigueur le 2/7/1951. Il a ainsi été mis fin à des pratiques qui ne peuvent souvent s'établir qu'avec le consentement des travailleurs acceptant pour l'une ou l'autre raison de telles conditions de rémunération et se prêtant ainsi à des agissements qui portent préjudice aux autres employeurs et travailleurs.

La rigueur de ces dispositions fut assouplie en 1953 dans ce sens que si des régularisations étaient apportées postérieurement à la demande d'allocation à des salaires insuffisants, celles-ci pouvaient être prises en considération à la date de régularisation, c'est-à-dire donc sans effet rétroactif pour autant que non seulement les salaires aient été portés à un niveau suffisant mais aussi que les cotisations de sécurité sociale aient été versées sur les compléments de salaires. Cette disposition fut encore rendue moins rigoureuse en 1955 lorsque l'arrêté organique donna au Comité de gestion de l'Office national du Placement et du Chômage le pouvoir de déterminer les règles suivant lesquelles les régularisations dont il s'agit pouvaient être prises en considération. Le Comité autorisa l'effet rétroactif qui avait été interdit jusque là.

Les prestations ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale étaient nécessairement des prestations accomplies en Belgique. Lorsque les courants de main-d'œuvre d'un pays à un autre furent rétablis normalement, des travailleurs belges allèrent exercer une occupation salariée dans un pays étranger ou inversement. Les prestations ainsi accomplies à

L'étranger ne répondaient pas à la condition avoir donné lieu à cotisation à la sécurité sociale. C'est pourquoi une disposition fut insérée dans la réglementation en 1951 pour permettre la prise en considération de telles prestations. Elles pouvaient être invoquées en vue de l'accomplissement du stage si elles avaient été effectuées à l'étranger dans un emploi qui aurait donné lieu en Belgique à cotisation pour la sécurité sociale. Cette disposition n'a été rendue applicable au travailleur étranger que dans les limites des conventions internationales. Celles-ci se sont multipliées au cours des dernières années. Depuis quelques mois, les indigènes du Congo Belge sont considérés comme ayant la nationalité belge au titre de sujets.

2) Perte de l'admissibilité

En principe et en vertu des dispositions précédentes, les travailleurs auraient dû, à chaque demande d'allocations, prouver qu'ils remplissaient les conditions de stage fixé, d'où l'obligation à chaque mise en chômage de rechercher et de produire les preuves des prestations de travail requises. Pour éviter pareille complication, une disposition de l'arrêté organique admet depuis le 2/7/51 que le travailleur qui a été indemnisé moins d'un an avant sa nouvelle demande d'allocations, a conservé sa qualité de travailleur salarié et par conséquent, qu'il est dispensé de fournir de nouvelles preuves de l'accomplissement du stage.

Une dispense plus étendue encore est accordée au chômeur qui met un terme à son chômage en exerçant une profession indépendante pour une durée provoquant l'interruption de l'indemnisation pendant plus d'un an avec maximum de deux ans. Ces dispositions ont été adoptées en 1953.

En 1955, une nouvelle adaptation a été réalisée qui a eu pour conséquence que le chômeur qui met un terme à son chômage en acceptant d'effectuer un travail domestique (occupation salariée non encore soumise à retenues pour la sécurité sociale) conserve sa qualité de salarié habituel aussi longtemps qu'il continue à exercer cette occupation domestique.

Cependant, à partir de 1951, dans le cadre des moyens de lutte contre les abus en matière de chômage, des dispositions étaient prises :

- 1°) à l'égard de certaines catégories de chômeurs lorsque leur chômage se prolonge ou se renouvelle anormalement;
- 2°) à l'égard des chômeurs (masculins ou féminins) ainsi qu'à l'égard des jeunes travailleurs en général dont l'admissibilité avait été reconnue sur la base d'études professionnelles ou d'un apprentissage, lorsque les intéressés se trouvent en état de récidive d'un refus injustifié de travail.

Le fait de tomber sous le coup d'une décision prise en vertu desdites dispositions entraînait la perte de l'admissibilité et les intéressés ne pouvaient être réadmis aux allocations qu'en apportant à nouveau des preuves d'admissibilité constituées de prestations de travail effectuées postérieurement à la décision d'exclusion.

D'autre part, à dater du 3/7/55 et en dérogation au principe selon lequel le travailleur conserve sa qualité de salarié habituel aussi longtemps que son indemnisation n'a pas été interrompue pendant plus d'un an, des dispositions applicables aux chômeuses exclusivement ont prévu la perte de ladite qualité et par voie de conséquence celle de l'admissibilité pour les femmes qui refusent un emploi convenable, abandonnent leur travail sans motif légitime ou en sont licenciées pour des raisons dépendant de leur volonté. Elles ne recouvrent leur admissibilité que dans les conditions exposées à l'alinéa précédent.

3) Conclusions

D'une part, la réglementation a évolué dans un sens qui levait certains obstacles, injustifiés socialement parlant, mis à l'admissibilité de travailleurs dont la qualité de travailleur salarié habituel n'était pas contestable et dont la volonté de retrouver du travail était intacte.

D'autre part, cette même évolution a agi dans le sens opposé en vue d'éviter l'envahissement de l'assurance chômage par des non-salariés et d'éliminer de cette assurance les éléments qui désiraient manifestement rester à charge de celle-ci le plus longtemps possible sinon indéfiniment.

B. Des dispositions relatives à l'indemnisation

1. Etat de chômage = privation de travail et de rémunération

Lors de l'entrée en vigueur de l'arrêté organique, une fois remplies les diverses conditions d'admissibilité, l'indemnisation était subordonnée à la condition, entre autres, pour le travailleur d'être privé de travail par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

N'était pas considéré comme privé de travail à la suite de telles circonstances, le travailleur se trouvant en état de grève ou de lock-out (à moins d'assimilation à un chômeur involontaire par le Comité de Direction de l'Office national de Placement et du Chômage) ou celui dont le chômage était la conséquence directe d'une grève.

En 1951, la notion de privation de travail ouvrant le droit à l'indemnisation fut précisée en ce sens que ladite privation devait également entraîner la privation de rémunération. Il était ainsi possible de refuser les allocations au travailleur qui bien que privé de travail continuait par exemple à percevoir sa rémunération en vertu de conventions entre lui et son employeur ou bénéficiait d'une indemnité de préavis ou de dommages-intérêts auxquels il avait droit en cas de rupture de contrat de travail ou d'emploi par l'employeur.

2. Grèves et lock-out

En ce qui concerne l'indemnisation en période de grève, la situation des travailleurs se trouvant en état de grève ou de lock-out était déjà réglée puisque cette indemnisation était subordonnée à l'assimilation par le Comité de gestion et en vertu de dispositions bien définies desdits travailleurs à des chômeurs involontaires.

Mais en ce qui concerne l'indemnisation des travailleurs dont le chômage était la conséquence directe d'une grève, il appartenait aux travailleurs de prouver lorsqu'une grève avait éclaté qu'ils n'y avaient pas participé.

En 1956, les dispositions de l'Arrêté Organique relatives à l'indemnisation du chômage qui était la conséquence d'une grève furent de modifier en ce sens que désormais les travailleurs occupés dans une entreprise touchée par une grève ou faisant partie du personnel d'une division de l'entreprise ou d'une entreprise en inactivité à la suite d'une grève dans une autre division ou entreprise ne peuvent bénéficier des allocations de chômage que si le Comité de gestion les assimile à des chômeurs involontaires.

3. Aptitude physique

Pour être admis aux prestations de l'assurance chômage, le travailleur privé de travail et de rémunération doit encore être physiquement apte au travail.

Jusqu'en 1955, des médecins agréés par l'Office national du Placement et du Chômage et siégeant auprès de chaque bureau régional de l'Office décidaient de l'aptitude ou de l'inaptitude des intéressés.

Ce système provoquait des litiges entre les deux secteurs de la Sécurité Sociale particulièrement intéressés à la question, l'Assurance Maladie-Invalidité, d'une part et l'Office national du Placement et du Chômage, d'autre part. Ces litiges naissaient au moment du renvoi d'un assujetti d'un secteur à l'autre, lorsque l'avis du médecin d'un secteur était contesté par son collègue de l'autre secteur.

Les dispositions qui furent prises en 1955 eurent l'avantage de mettre fin à la situation incertaine du chômeur dont l'aptitude physique faisait l'objet d'une contestation entre l'Office national du Placement et du Chômage et le Fonds national Assurance Maladie-Invalidité, car à partir de ce moment les décisions médicales prises dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité obligatoire relatives à la capacité de travail d'un assuré obligatoire lièrent l'Office national du Placement et du Chômage. Il en résulte qu'en pratique le chômeur est et reste à charge de l'assurance chômage aussi longtemps que l'assurance maladie ne le prend pas en charge et que la compétence des médecins agréés de l'Office national du Placement et du Chômage s'est trouvée

limitée à la détermination, à l'occasion d'un refus de travail, d'un bandon d'emploi ou d'un licenciement litigieux pour raison d'ordre physique, de la seule capacité à exercer une profession déterminée dans des conditions déterminées sans pouvoir d'intervenir dans l'évaluation de l'aptitude physique au travail en général.

4. Inscription comme demandeur d'emploi

De tous temps, la réglementation a prévu parmi les conditions mises à l'indemnisation, celle de l'obligation de l'inscription comme Demandeur d'Emploi dans tous les cas où le contrat de travail ou d'emploi est rompu (chômeurs complets) et dans les cas fixés par l'Arrêté Organique, où sans que le contrat soit rompu, l'arrêt du travail perdure pendant une période ininterrompue maximum fixée également par ledit arrêté (chômeurs partiels ou accidentels).

De même, la réglementation a prévu des dispenses limitées ou non limitées dans le temps à cette obligation d'inscription comme Demandeur d'Emploi en faveur des travailleurs de certaines professions, notamment à raison des conditions particulières dans lesquelles lesdites professions s'exercent, par exemple les travailleurs à domicile ou les dockers.

Ces principes, s'ils ont été adaptés dans des détails relatifs aux modalités d'application, sont cependant restés immuables dans leur essence. Ainsi par exemple :

- a) les chômeurs partiels dont le travail n'est pas complètement interrompu pendant la durée maximum prévue par l'Arrêté Organique mais dont l'alternance des périodes de travail et de chômage a duré au moins 3 mois, ont été soumis à l'obligation d'être inscrits comme Demandeur d'Emploi lorsque le Comité de gestion estime que la situation économique justifie de requérir cette inscription;
- b) la durée ininterrompue maximum du chômage au terme de laquelle le chômeur a l'obligation de s'inscrire comme Demandeur d'Emploi a été mise en harmonie avec les dispositions de la loi sur le contrat de travail qui prévoit que, sauf exceptions y indiquées, le contrat est considéré comme rompu lorsque l'arrêt du travail a été total pendant 4 semaines;
- c) la dispense d'inscription comme Demandeur d'Emploi qui intervenait en faveur des travailleurs chômant totalement à la suite des intempéries et qui était limitée à une période de 2 semaines consécutives a été étendue à toute la période pendant laquelle les intéressés chôment totalement à cause des intempéries, quelle que soit la durée du chômage.

5. Exercice d'une activité accessoire et cohabitation avec un travailleur indépendant

La caractéristique essentielle de toutes les dispositions qui

ont successivement régi l'indemnisation de cette catégorie de chômeurs a toujours été d'interdire l'octroi des allocations lorsque la profession accessoire ou l'aide apportée à un travailleur indépendant faisant partie du ménage était accomplie "pendant les heures normales de travail", notion qui aboutit en fin de compte à celle de "entre 7 et 18 heures".

6. Bénéficiaires de pension

L'Arrêté Organique a dès l'origine établi le principe général de la cessation de l'indemnisation lorsque les chômeurs atteignent l'âge auquel s'ouvrent normalement pour eux des droits soit à une pension de vieillesse prévue par les lois concernant les pensions de vieillesse, soit à une pension de retraite ou d'ancienneté à charge des pouvoirs publics.

Toutefois, étant donné que la liquidation effective de la pension ne peut être entreprise par le service distributeur de la pension qu'après un certain délai suivant l'anniversaire qui ouvre le droit à la pension, il a été prévu, dans le but de ne pas priver brutalement le travailleur de toutes ressources pendant la durée du délai susdit, que l'indemnisation restait maintenue après l'âge limite pendant une période qui est censée correspondre à ce délai.

Il a été dérogé temporairement du 2/12/46 au 7/2/49 au principe de la non-indemnisation après l'âge de la pension en faveur des travailleurs qui continuaient leur activité après avoir dépassé l'âge de 65 ans ou l'âge légal de la pension lorsqu'un état de pénurie de main-d'oeuvre a été constaté dans le pays pour toutes les catégories professionnelles.

En 1953, les dispositions de l'Arrêté Organique précisèrent les conditions auxquelles était subordonnée la continuation de l'indemnisation aux travailleurs qui avant l'âge de 65 ans, soit bénéficiaient déjà d'une pension, soit pouvaient faire valoir des droits à une pension complète. La notion de pension applicable dans ce cas fut également définie avec plus de précisions à cette occasion et même élargie puisque était prise en considération non seulement la pension accordée par un "pouvoir public", mais également celle qui était octroyée en application de la législation en matière de sécurité sociale ou par un établissement public ou d'utilité publique.

En vertu de ces dispositions, les travailleurs visés à l'alinéa précédent échappent jusqu'à l'âge de 60 ou de 65 ans, selon qu'il s'agit de femmes ou d'hommes, à la règle absolue de la cessation de l'indemnisation lorsque le chômeur atteint l'âge auquel s'ouvre le droit à la pension.

En effet, les intéressés ne sont exclus des allocations de chômage que si le montant quotidien de la pension atteint au moins le taux quotidien de l'allocation principale de chômage majoré de 40%.

Si le montant de la pension est inférieur au taux de l'allocation de chômage, ils ont droit à une allocation de chômage représentant la différence entre le taux indiqué ci-dessus et le montant quotidien de la pension. En tout état de cause, l'exclusion des allocations de chômage s'impose si pour pouvoir bénéficier de la pension, le travailleur est tenu de cesser le travail ou de ne travailler que d'une façon limitée. Dans ces conditions, en effet, l'intéressé n'est plus disponible pour le marché de l'emploi.

Lorsque les lois concernant les pensions de vieillesse ramenèrent à 60 ans l'âge légal de la pension de vieillesse pour les femmes, les dispositions prérappelées s'adaptèrent aux nouvelles prescriptions légales et l'âge de 60 ans constitua dorénavant à partir de 1954 pour les chômeuses l'âge limite autorisant la perception des allocations de chômage sous réserve toujours du respect du délai d'attente de la pension dont question ci-avant.

Enfin en 1955, toutes ces dispositions relatives à l'indemnisation des chômeurs bénéficiaires d'une pension reçurent une nouvelle adaptation visant à faire prendre en considération pour leur application non seulement les pensions de vieillesse de retraite ou d'ancienneté accordées en vertu des législations belges mais aussi par les législations étrangères. A la notion de "pension" proprement dite fut ajoutée celle "d'avantage en tenant lieu" et compétence fut également reconnue au Comité de gestion pour retenir au titre de pension ou d'avantage en tenant lieu au sens des dispositions sous revue les pensions ou avantages accordés par des organismes publics ou privés belges ou étrangers, chargés de la gestion d'un service public ou poursuivant un but d'intérêt général. De telle sorte que, par exemple, tombe dorénavant sous le coup de ces dispositions la pension accordée à son personnel par un organisme privé comme une société distributrice de gaz en vertu d'une convention ouvrant un droit à cet avantage aux membres du personnel.

x

x x

7. Taux des allocations

L'arrêté du Régent du 26/5/45 prévoyait en son article 78 que "le taux quotidien des allocations de chômage est égal :

- "1. Pour un homme de 21 ans et plus et pour le mineur d'âge marié, à 50 % du salaire minimum d'un manoeuvre adulte;
- "2. Pour une femme de 21 ans et plus, à 50% du salaire minimum d'une femme adulte;
- "3. Pour les travailleurs des deux sexes âgés de moins de 21 ans, à 50 % du salaire minimum des travailleurs de leur âge.

"Les salaires minima à prendre en considération pour l'application du présent arrêté sont déterminés par le Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale sur la base des conventions collectives en vigueur".

Ces salaires minima, fixés en mai 1945, furent successivement relevés en décembre 1945, mai 1947 et mai 1948, sans toutefois être automatiquement liés à l'indice des prix de détail.

A partir du mois de mars 1949 et en exécution de l'arrêté du Régent du 4/3/49, le taux des allocations de chômage ne fut plus fixé en pourcentage de salaires minima, mais fut déterminé directement par arrêté ministériel.

Le taux des allocations de chômage fut ainsi relevé successivement le 20/3/49, le 10/5/51, le 28/7/52 et le 23/2/57.

EVOLUTION DU TAUX DES ALLOCATIONS DE CHOMAGE

N.B. - Ces taux sont applicables dans les communes du 2ème groupe.
Ils ne comprennent pas les allocations familiales.

Date de l'arrêté Date d'application	14/10/44 16/10/44	29/12/45 3/12/45	5/ 5/47 3/ 2/47	10/ 5/48 5/ 4/48	20/ 3/49 7/ 2/49	10/ 5/51 7/ 5/51	23/ 7/52 3/ 8/52	23/ 2 4/ 2
Travailleurs mariés dont l'épouse s'oc- cupe exclusivement des soins du ména- ge + Travailleurs assimilés	32	38	48	54	72	76	80	88
Travailleurs mariés dont l'épouse ne s'occupe pas exclu- sivement des soins du ménage	32	38	48	54	65	68,60	72,60	80
Travailleurs adultes vivant seuls ou ex- clusivement avec des enfants pour qui ils peuvent prétendre des allocations familiales	32	38	48	54	65	68,60	72,60	80
Travailleurs adultes n'appartenant pas à une des catégories précédentes	32	38	48	54	63	66,50	70,50	78
Travailleuses adultes	24	29	36	41	48	50,65	53,60	59
Travailleurs de 18 à 20 ans inclus	24	29	36	41	48	50,65	53,60	59
Travailleuses de 18 à 20 ans inclus	18	22	28	32	38	40,10	42,45	47
Travailleurs de moins de 18 ans	15	18	23	26	30	31,65	33,50	37
Travailleuses de moins de 18 ans	12	14	18	20	24	25,35	26,85	30

1) Comparaison de l'évolution du taux de l'allocation de chômage avec l'évolution de l'indice des prix de détail

Le tableau suivant donne une comparaison de l'évolution du taux des allocations de chômage attribués aux chômeurs de la première catégorie et résidant dans une commune du 2ème groupe, avec l'évolution de l'indice des prix de détail, depuis 1947, année à partir de laquelle nous possédons l'indice de ces prix.

L'année 1953 est par hypothèse considérée comme ayant un indice des prix égal à 100.

Année	Taux de l'allocation de chômage	Indice des prix (année 1953=indice 100)
1947	48	82,6
1948	54	94,7
1949	72	91,8
1950	72	90,8
1951	76	99,5
1952	80	100,2
1953	80	100
1954	80	101,3
1955	80	100,8
1956	80	103,65
1957	88	106,93
1958 (8 mois)	88	108,5

Ce tableau indique donc que si l'index était passé, de 1947 à fin 1956, de 82,6 à 103,65, soit une augmentation de 26,6 %, le taux de l'allocation de chômage était passé de 48 Fr. à 80 Fr., soit une augmentation de 66,6 %.

On peut tirer de cette comparaison les conclusions suivantes :

- a) le taux de l'allocation fin 1956 avait subi un relèvement plus important que celui que justifiait l'indice des prix si l'on prend comme base le taux de l'allocation et l'indice des prix en vigueur en 1947.

Si par contre, on prend comme base de comparaison l'indice des prix valables au moment de la majoration du taux des allocations d'août 1952, on constate que cet indice se situe à ce moment à 99,3 (moyenne des 3 mois précédents); or, tandis que le taux des allocations n'avait pas à la fin de l'année 1956 été modifié depuis août 1952, l'indice était passé de 99,3 à 103,65.

- b) puisque l'évolution des deux données est nettement divergente, il faut conclure que le taux de l'allocation de chômage a été, pendant la période envisagée, "décroché" de l'indice des prix; elle n'était donc plus uniquement fonction du coût de la vie.

A noter que l'arrêté royal du 20/3/57 a introduit dans notre réglementation le principe nouveau selon lequel le montant des allocations de chômage est dorénavant rattaché à l'indice des prix de détail.

2) Comparaison avec les salaires

Comparons le taux des allocations de chômage au salaire du manoeuvre.

Comme il est impossible de faire une moyenne des salaires de manoeuvres pratiqués dans toutes les branches d'industrie, on a pris comme base le salaire de manoeuvre adulte recommandé par les conférences nationales du travail et le Conseil Paritaire Général. D'autre part, on a pris comme allocation de base l'allocation attribuée à un chômeur adulte habitant une commune du 2ème groupe.

	Salaire journalier	Allocation	Date de l'arrêté
C.N.T. 16/ 9/44	64	32	14/10/44
C.N.T. 30/ 7/45	76	38	29/12/45
C.N.T. 12/ 8/46	96	48	5/ 5/47
C.N.T. 30/ 3/48	108	54	10/ 5/48
- -	122	72	20/ 3/49
C.P.G. 4/ 9/50	128	76	10/ 5/51
- -	132	80	28/ 7/52

Que résulte-t-il de cette comparaison ?

On peut constater que de 1944 à 1949, le taux de l'allocation a exactement correspondu à 50 % du salaire de manoeuvre. En 1949, le taux de l'allocation de chômage se situait à environ 60 % du salaire de manoeuvre. Mais cette proportion a progressivement décreu pour ne plus représenter fin 1956 que 54 %, ce qui a motivé le relèvement du taux des allocations de chômage d'environ 10 % le 23/2/1957.

Différenciation du taux des allocations de chômage d'après le domicile.

En vertu de l'arrêté ministériel du 3/12/38, les communes du Royaume ont été classées en 5 catégories.

Les critères de cette classification ont été fixés par le Ministre de l'Intérieur, après accord du Comité de Direction de l'Office national du Placement et du Chômage.

En vertu de ces critères, les communes dont la densité de la population est inférieure à 200 habitants au km² ont été classées en 5ème catégorie.

Pour les communes dont la densité de la population variait entre 200 et 1 000 habitants au km², la classification a été faite en tenant compte du pourcentage de travailleurs par rapport au nombre d'habitants de 14 à 65 ans.

Pour moins de 33 % de travailleurs, la commune a été classée en 5ème catégorie. De 33 à 60 % de travailleurs, la commune a été classée en 4ème catégorie. Pour 60 % ou plus de travailleurs, la commune a été classée en 3ème catégorie.

Ont été classées en 2ème catégorie, les agglomérations ou localités industrielles et commerciales comptant au moins 50 000 habitants et en 1ère catégorie les agglomérations de Bruxelles et d'Anvers.

En vertu des dispositions de l'article 78 de l'arrêté organique, ces 5 catégories ont toutefois été fusionnées en 3 groupes :

- le 1er groupe de communes comprend les localités et agglomérations rangées en 1ère et 2ème catégorie dans l'arrêté ministériel du 3/12/38;
- le 2ème groupe de communes comprend des localités et agglomérations rangées en 3ème et 4ème catégorie dans l'arrêté ministériel précité;
- le 3ème groupe de communes comprend les localités rangées en 5ème catégorie dans le même arrêté ministériel.

L'article 78 de l'arrêté organique prévoit que le Roi fixe le taux des allocations de chômage payable dans les communes du 2ème groupe. Pour les communes du 1er groupe, les allocations sont majorées de 10 %, tandis que dans les communes du 2ème groupe, les allocations sont réduites de 10 %.

L'adaptation du taux de l'allocation de chômage suivant la catégorie de communes procède de la conception, que l'allocation de chômage doit avoir égard au coût de la vie à l'endroit où le chômeur réside, ce coût étant présumé en rapport avec les critères fixés par l'arrêté ministériel de 1938.

Le montant de l'allocation de base représente, nous l'avons vu, un peu plus de 50 % d'un salaire de manoeuvre.

Ce taux, s'il est majoré de 10 % en faveur des chômeurs habitant une commune rangée dans le 1er groupe, est par contre réduit de 10 % pour les chômeurs habitant une commune de 3ème groupe.

Cette réduction du montant des allocations revenant aux chômeurs résidant dans une commune du 3ème groupe a été expliquée par le fait que les habitants d'une telle commune vivaient dans des conditions moins onéreuses que les habitants des grands centres notamment du fait qu'ils possèdent généralement un jardin potager qui leur permet de subvenir à bon marché à une partie de leur subsistance.

8. Suppléments d'allocations familiales

Déjà le régime antérieur à celui de l'assurance chômage obligatoire octroyait à titre d'allocations familiales des suppléments aux allocations principales de chômage.

Ce principe a été intégralement maintenu dans le régime actuel. Les allocations familiales sont du même import que celles qui sont payées en vertu des lois coordonnées concernant l'octroi des allocations familiales aux travailleurs salariés.

Dès 1948, il était prévu que le droit à ces allocations familiales de chômage était reconnu pour les enfants qui sont à charge du chômeur dans les conditions déterminées par lesdites lois coordonnées.

En 1956, les dispositions de l'Arrêté organique relatives à l'octroi des allocations familiales de chômage ont été complétées par des dispositions qui règlent le droit à ces allocations lorsque le chômeur ne vit pas en commun avec le ou les enfants donnant droit d'y prétendre. Sauf exceptions fixées dans l'Arrêté Organique, il fut également prévu qu'en dérogation aux dispositions qui régissent la date de prise de cours des effets des modifications survenant dans la situation d'un chômeur, le droit aux allocations familiales de chômage ne se prescrit qu'après 3 ans.

Cette dernière disposition permettait au chômeur qui n'avait pas bénéficié des allocations familiales de chômage auxquelles il aurait pu prétendre, soit par omission des déclarations requises, soit du fait d'une déclaration inexacte ou incomplète, de faire régulariser son dossier endéans le délai de prescription et d'obtenir avec effet rétroactif le paiement des allocations familiales de chômage au jour où le droit aux allocations principales de chômage a été ouvert. (Ce qui n'est pas autorisé en ce qui concerne les allocations de chômage proprement dites).

Entre autres dispositions, l'A.R. du 10/4/57 portant modification des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés modifie le taux des allocations familiales ainsi que les règles selon lesquelles le montant en est calculé en faisant intervenir la notion nouvelle de l'âge des enfants.

En effet, l'article 40 des lois coordonnées modifié par l'arrêté précité prévoit l'octroi aux travailleurs salariés, en faveur de ceux de leurs enfants qui n'ont pas atteint l'âge auquel prend fin l'obligation scolaire, d'une allocation jour

nalière s'élevant :

pour le 1er enfant à 17 Fr

pour le 2ème " âgé de moins de 6 ans à 17 Fr
 âgé de 6 à 10 ans, à 21 Fr et
 âgé de plus de 10 ans, à 24 Fr

pour le 3ème " âgé de moins de 6 ans, à 20 Fr
 âgé de 6 à 10 ans, à 24 Fr et
 âgé de plus de 10 ans, à 27 Fr

pour le 4ème " âgé de moins de 6 ans, à 23 Fr
 âgé de 6 à 10 ans, à 27 Fr et
 âgé de plus de 10 ans, à 30 Fr

pour le 5ème " âgé de moins de 6 ans, à 29,80 Fr
 âgé de 6 à 10 ans, à 33,80 Fr et
 âgé de plus de 10 ans, à 36,80 Fr

Les taux majorés en fonction de l'âge, prévus ci-dessus, sont dus à partir du premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'enfant a atteint l'âge de 6 ou de 10 ans.

Les suppléments d'allocations en fonction de l'âge sont octroyés dans l'ordre inverse du rang de naissance. Lorsque le nombre des enfants bénéficiaires diminue, il n'est tenu compte pour l'octroi des suppléments en fonction de l'âge, que des enfants encore bénéficiaires.

Il résulte de ce fait que, si le taux de l'allocation familiale accordée pour l'enfant unique reste uniforme, quel que soit son âge, ce taux varie dès que survient un deuxième enfant et il varie suivant l'âge de ce dernier.

Un arrêté du 19/2/58 ayant effet au 1/4/57 a majoré d'un franc les taux d'allocations familiales repris ci-dessus à partir du 2ème enfant.

9. Limitation du montant des allocations

Le législateur a voulu qu'entre les revenus dont jouit le travailleur occupé et ceux dont bénéficie le chômeur, il y ait toujours une marge suffisante pour que les intéressés sentent la nécessité de retrouver du travail et c'est là le but d'une disposition insérée dès le début dans l'Arrêté Organique et en vertu de laquelle en aucun cas, le montant des allocations principales de chômage, majorées des allocations familiales, ne peut dépasser les 2/3 d'un salaire de référence, lui-même majoré des allocations familiales et fixé par voie d'arrêté ministériel. Ce salaire de référence n'a rien de commun avec le salaire minimum fixé jusqu'en 1949 pour établir le montant (50 %) des allocations de chômage. Au cours de 1953, la limite des 2/3 fut portée aux 3/4 en ce qui concerne les chômeurs ayant au moins 4 enfants à charge pour lesquels ils ont droit à des allocations familiales.

Bien entendu, les salaires de référence dont question ci-dessus ont varié depuis 1945 et ont été adaptés aux nouvelles conditions du moment, toutefois, ils ne sont pas automatiquement liés à l'indice des prix de détail. Ils sont actuellement fixés comme suit :

- 1) Pour les travailleurs âgés d'au moins 21 ans et pour les mineurs d'âge mariés :
 - a) 178.70 Fr par jour pour un travailleur spécialisé ou qualifié;
 - b) 149.70 Fr par jour pour un manoeuvre non qualifié;
 - c) 112.90 Fr par jour pour une travailleuse,
- 2) 112.90 Fr par jour pour un travailleur de 18 à 20 ans;
- 3) 87.60 Fr par jour pour une travailleuse de 18 à 20 ans;
- 4) 68.80 Fr par jour pour un travailleur de 18 ans;
- 5) 56.80 Fr par jour pour une travailleuse de 18 ans.

10. Carence

Lors de son entrée en vigueur en 1945, l'Arrêté Organique contenait une disposition en vertu de laquelle aucune allocation n'était accordée ni pour un chômage d'une durée inférieure à 4 jours au cours d'un même mois, ni pour un chômage d'un seul jour par semaine.

Cette règle s'inspirait de l'idée que le risque du chômage ne devait être couvert par l'assurance que lorsqu'il prenait une certaine ampleur, c'est-à-dire lorsqu'il provoquait une réduction suffisamment sensible des revenus du travailleur qui, dans ces limites, devait supporter lui-même le risque et ne pas en demander la compensation à la Sécurité Sociale.

Cette notion de carence a évolué depuis lors et dès le mois de décembre 1945, la carence du minimum de 4 jours de chômage au cours d'un même mois était abandonnée.

La non-indemnisation de l'unique jour de chômage par semaine était par contre maintenue et subsiste toujours actuellement. Toutefois, des aménagements y ont été apportés qui ont dérogé à la règle générale dans le cas où cet unique jour de chômage d'une semaine fait partie soit d'une période ininterrompue de 3 jours de chômage chevauchant sur 2 semaines consécutives (par ex. chômage le samedi d'une semaine déterminée et chômage du lundi et du mardi de la semaine suivante ou inversement), soit d'une période de vacance annuelle et qu'il n'est pas couvert par le pécule de vacances.

11. Journées d'inactivité incomplètes et emploi à temps réduit

Au départ de l'assurance chômage en 1945, le texte de l'Arrêté Organique contenait déjà implicitement le principe selon lequel les allocations de chômage ne sont accordées que lorsque le travailleur connaît du chômage dans un emploi qu'il exerce à temps plein. Il était également prévu que les demi-journées de chômage n'étaient pas indemnisables (exception faite pour les travailleurs des ports), sauf si elles font partie d'une forme déterminée de chômage partiel par intermittence ou par roulement auquel cas elles peuvent être additionnées pour former des journées entières.

Ces dispositions visent essentiellement à éviter l'indemnisation du chômage subi dans une profession accessoire.

En 1953, le texte de l'Arrêté Organique relatif à ces dispositions fut modifié pour permettre l'indemnisation du chômage subi dans un emploi s'exerçant à temps réduit lorsque le travailleur a accepté un tel emploi pour échapper au chômage ou encore lorsque le travailleur gagne dans cet emploi à temps réduit un salaire hebdomadaire égal à 6 fois le salaire de référence dont il a été question ci-avant.

12. Occupation des dimanches, des jours fériés et des jours de repos habituel

En même temps, une nouvelle disposition fut insérée dans l'Arrêté Organique. Elle prévoit la réduction du nombre d'allocations de chômage qui revient au chômeur pour une semaine déterminée, à concurrence d'une allocation pour chaque dimanche et/ou jour férié légal que contient ladite semaine et au cours duquel le chômeur a fourni des prestations de travail salariées ou indépendantes.

Lors de l'instauration dans certains secteurs du régime de travail de 5 jours par semaine en 1955, l'effet de la disposition précédente a été étendu aux prestations fournies pendant le jour de repos habituel que comporte un tel régime de travail.

13. Jours fériés légaux - jours d'inactivité habituelle

Initialement, l'Arrêté Organique disposait également que les allocations de chômage ne sont accordées ni pour les dimanches ni pour les jours fériés légaux. Cette disposition s'inspirait de l'idée que les journées correspondant à des arrêts prévisibles du travail ne devaient pas donner lieu à indemnisation, puisque aucune rémunération n'étant attachée à ces jours il n'y avait plus aucune perte de salaire correspondante.

En 1946, cette disposition fut pour la même raison étendue aux jours de fête résultant de l'application du règlement d'atelier et des us et coutumes de la profession pour autant

que le travailleur soit toujours engagé dans les liens d'un contrat de travail ou d'emploi.

D'autre part, l'arrêté-loi du 7/2/46, dans les conditions y déterminées, accordait aux travailleurs un salaire à charge de l'employeur pour un certain nombre de jours fériés par an.

Il devenait dès lors normal d'accorder les allocations de chômage pour les jours légaux lorsque, en raison de leur état de chômage, les travailleurs ne réunissent pas ou ne réunissent plus les conditions voulues pour bénéficier du salaire prévu pour ces jours par l'arrêté-loi relatif à l'octroi du salaire pendant les jours fériés légaux.

En 1953, le principe de la non-indemnisation des jours de fête, tel qu'il est exposé ci-dessus, fut traduit en une formule générale qui le rendait applicable aux "jours d'inactivité habituelle résultant soit des us et coutumes de la profession, de la région ou de la localité, soit de l'application du règlement d'atelier à l'exception des jours de chômage résultant de l'organisation dans l'entreprise d'un régime de chômage partiel".

Cette nouvelle disposition a eu pour conséquence tout en maintenant en dehors de l'indemnisation les cas déjà prévus, de rendre non indemnissables, et dans tous les cas, les journées "habituelles d'inactivité" que comporte un emploi à temps réduit et ce aussi longtemps que le travailleur reste engagé dans les liens du contrat de cet emploi à temps réduit.

En 1958, les textes relatifs aux diverses dispositions reprises ci-dessus furent profondément remaniés principalement au point de vue de la forme dans un but de regroupement et en vue de les rendre plus explicites ou plus précis. Ces nouveaux textes ont maintenu les principes appliqués antérieurement mais ils ont aussi introduit dans l'arrêté Organique une disposition nouvelle très importante en vertu de laquelle, sous certaines conditions, les journées habituelles d'inactivité d'un emploi à temps réduit peuvent, même pendant la durée du contrat, donner lieu à indemnisation ce qui avait été interdit jusque là.

Par ce moyen, il a ainsi été mis fin à certaines situations malheureuses auxquelles la réglementation antérieure n'apportait que des solutions peu équitables et peu sociales, notamment lorsque le chômeur acceptait un emploi à temps réduit pour se soustraire au chômage au moins partiellement.

14. Dockers et travailleurs à domicile

Des dispositions particulières qui font l'objet d'arrêtés royaux distincts pris en exécution de l'arrêté Organique fixent, soit le montant des allocations de chômage, soit les

conditions spéciales d'indemnisation applicables aux dockers et assimilés ainsi qu'aux travailleurs à domicile. Ces dispositions dérogent sur plusieurs points importants aux règles générales applicables aux autres catégories de travailleurs. Elles sont justifiées par les conditions spéciales dans lesquelles s'exercent les professions en cause. Les dérogations visées jouent, soit dans un sens favorable, à l'égard des travailleurs des ports auxquels par exemple la limitation aux $2/3$ ou $3/4$ du montant des allocations n'est pas appliquée, soit dans un sens restrictif, à l'égard des travailleurs à domicile en raison de la difficulté qu'il y a de contrôler efficacement la réalité de l'état de chômage des intéressés, notamment lorsque le ménage du travailleur à domicile comprend d'autres travailleurs à domicile ou indépendants.

15. Paiement des allocations

L'Arrêté Organique prévoit les conditions dans lesquelles s'effectue le paiement des allocations directement entre les mains du chômeur ou par personne interposée. Depuis 1933, il interdit explicitement dans le but d'éviter des incidents ou des critiques, que le paiement s'effectue dans une cantine ou dans un local où sont débités des boissons, des comestibles ou des marchandises quelconques.

16. Conclusions

L'évolution des dispositions relatives à l'indemnisation a été inspirée par le souci de rendre les conditions de cette indemnisation de plus en plus précises et claires. Elle a également été marquée par une volonté d'accorder le maximum d'avantages sociaux aux bénéficiaires de l'assurance chômage tout en sauvegardant les intérêts supérieurs de la Sécurité Sociale.

C. Des dispositions relatives à l'application des sanctions et à la solution des litiges

1. La lutte contre les abus

Les différents régimes d'assurance contre le chômage qui se sont succédés en Belgique ont tous prévu des mesures de sanction à l'égard des chômeurs coupables d'infraction à la réglementation en vigueur, soit commises volontairement, soit dues à des négligences, manquements ou agissements dont ils supportent la responsabilité. Le but poursuivi, en dehors de la restitution de droit des allocations perçues indûment à raison de ces infractions, consiste non seulement à faire sentir aux chômeurs les conséquences des manoeuvres irrégulières qu'ils pourraient avoir commises ou être tentés de commettre, à inspirer la crainte salutaire de la sanction,

en vue d'éviter le retour ou la propagation des infractions, mais aussi à lutter contre les abus de ceux qui voudraient s'organiser dans le chômage.

Au chapitre des sanctions, le régime d'assurance obligatoire contre le chômage est en Belgique caractérisé précisément par les mesures prises depuis 1945 en vue de combattre les abus de ceux qui désirent manifestement profiter de l'assurance chômage le plus longtemps possible.

Ont été particulièrement visées par ces mesures les catégories de chômeurs parmi lesquelles le risque de se complaire dans le chômage était reconnu comme le plus fréquent, c'est-à-dire les chômeurs (hommes ou femmes) qui exercent une profession accessoire ou qui cohabitent avec un travailleur indépendant ainsi que les femmes en général, catégories à l'égard desquelles une plus grande vigilance était jugée nécessaire en raison même de leur situation.

Dès 1951, une première série de mesures entrent en jeu. Elles prévoient l'exclusion des allocations de chômage, sur la base de critères établis par le Comité de gestion et approuvés par le Ministre du Travail, des chômeurs complets (hommes ou femmes) qui exercent une activité accessoire ou cohabitent avec un travailleur indépendant ainsi que des femmes mariées et des concubines, lorsque leur chômage est réputé se prolonger ou se renouveler anormalement.

En 1952, ces dispositions seront complétées par un texte en vertu duquel les chômeurs complets indemnisés (hommes ou femmes) "qui ne sont pas effectivement à la recherche d'un emploi" tomberont dorénavant sous le coup de ces mesures. Cette dernière disposition n'aura cependant qu'une durée temporaire car elle sera supprimée en 1955, étant donné qu'elle reposait sur une notion trop subjective dont l'application, de ce fait, manquait absolument d'uniformité dans les divers bureaux régionaux du pays.

Jusqu'en 1953, l'Arrêté Organique ne prévoyait d'autre solution aux situations décrites ci-dessus que l'exclusion pure et simple. Dans des cas particuliers, cette exclusion apparaissait comme une mesure trop rigoureuse et dès lors on modifia le texte de l'arrêté organique de telle sorte que deux solutions pouvaient être appliquées à ces cas d'abus : soit l'exclusion qui était maintenue pour des cas flagrants, soit la limitation de la durée de l'indemnisation par trimestre civil au nombre de journées de travail prestées au cours du trimestre précédent pour les cas présentant des circonstances justifiant moins de rigueur.

Les textes existants étaient incomplets en ce sens qu'ils n'avaient posé aucune condition particulière à la réadmission des intéressés, qui ainsi étaient en mesure de solliciter cette réadmission immédiatement après leur exclusion en justifiant simplement des conditions habituelles de stage, ce qui ne représentait pour eux aucune difficulté. Cette lacune enlevait évidemment une bonne part de leur efficacité aux mesures en vigueur.

Aussi dès 1953, la lacune en question fut-elle comblée. Il fut disposé que l'effet des mesures prérappelées ne cesserait que lorsque l'intéressé justifierait à nouveau, par des prestations de travail postérieures à la décision prise à son égard, des conditions de stage requises. Ces dispositions entraînaient donc en fait la perte de l'admissibilité pour ceux qui en étaient frappés. Elles sont toujours d'application actuellement.

En 1953, également et toujours dans le même but, on inséra dans l'arrêté organique un texte qui s'appliquait uniquement aux femmes mariées et aux concubines qui n'étaient pas soutiens de ménage.

L'application de cet article entraînait essentiellement la limitation de la durée de l'indemnisation par exercice annuel, à concurrence du nombre de journées de travail prestées au cours de l'exercice précédent, sans que le nombre de jours à indemniser puisse être inférieur à trente. La limitation ne jouait par lorsque la chômeuse avait fourni au moins 200 journées de travail ou assimilées pendant l'exercice de référence.

Ces dispositions restrictives du droit à l'indemnisation ne jouaient qu'à l'égard des nouvelles chômeuses, c'est-à-dire de celles qui n'avaient jamais été indemnisées avant la mise en vigueur de ces dispositions ou qui avaient perdu leur qualité de salariée habituelle si elles avaient déjà bénéficié antérieurement des allocations de chômage en tant que femmes mariées ou concubines.

L'arrêté royal du 1/7/55 a abrogé ces dispositions spéciales restreignant l'indemnisation des femmes mariées et assimilées.

Mais en contre-partie de cette abrogation, l'arrêté précité a considérablement aggravé les mesures de sanction à l'égard des fermes chômeuses en général, en ce sens que la sanction applicable à une chômeuse qui se rend coupable d'une des infractions visées aux articles 100 et 101 (refus injustifié d'un emploi convenable - abandon volontaire ou congédiement ayant pour cause une circonstance dépendant de la volonté de la travailleuse) ne consiste plus en une exclusion limitée à un nombre de semaines, mais bien au contraire en une exclusion sans limitation de durée, la chômeuse n'étant réadmise que lorsqu'elle remplit à nouveau les conditions d'admissibilité.

D'autre part, l'article 60 bis a également été inséré dans l'arrêté organique par l'arrêté royal du 1/7/55. Il prévoit l'obligation pour les femmes chômeuses de suivre des cours de formation générale ou spéciale.

La chômeuse qui refuse de suivre un cours imposé, l'abandonne ou en est écartée pour des raisons dépendant de sa volonté, subit une exclusion non limitée avec les mêmes effets qu'en cas d'application des articles 100 ou 101.

On constate donc que le souci de combattre les abus spécifiques du chômage féminin a donné lieu depuis 1951 à une floraison de mesures qui par des moyens différents avaient toutes le même objet. Alors que certaines de ces mesures établissent une sorte de présomption d'abus dans le chef des femmes chômeuses en général, d'autres les mettent à l'épreuve d'une offre d'emploi ou de l'obligation de suivre des cours ou encore considèrent les cas d'abus comme des cas individuels à traiter comme tels.

2. La répression des infractions

a) la déclaration inexacte, incomplète ou tardive - l'omission de déclaration

A l'époque de l'entrée en vigueur de l'Arrêté Organique, une suspension du bénéfice des allocations variant de 1 à 13 semaines selon la gravité de la faute frappait le chômeur qui a fait une déclaration inexacte, incomplète ou tardive s'il en est résulté le paiement indû de certaines allocations. En cas de récidive, la durée de la suspension variait de 2 à 26 semaines.

A partir de 1948, il est prévu que l'omission de déclaration entraîne également l'application des sanctions ci-dessus. D'autre part, comme il résultait du texte initial, pris à la lettre, qu'en cas de récidive, la sanction aurait pu être moins forte que celle qui avait été appliquée lors de la première infraction, il fut prévu qu'en cas de récidive la durée de l'exclusion ne pourrait être inférieure au double de la durée de l'exclusion initiale ni dépasser 26 semaines.

b) l'estampillage indu - la fabrication ou l'usage d'une marque de pointage contrefaite - la production de documents inexacts

L'infraction qui consiste en l'estampillage indu de la carte de contrôle, en la fabrication d'une fausse marque de pointage, en l'usage d'une marque contrefaite ou en la production de documents inexacts dans le but de se faire accorder sans droit des allocations de chômage a toujours été sanctionnée sévèrement. Au départ de l'assurance chômage, une exclusion du bénéfice des allocations pendant 13 semaines constituait la peine applicable à ce genre de faute. Dès la première récidive, l'exclusion était portée à 52 semaines.

A partir de 1948, le cas de l'estampillage indu de la carte de contrôle fut dissocié des autres étant donné que parmi la catégorie d'infractions mentionnées à l'alinéa précédent, il constituait la moins grave de celles-ci.

La latitude fut laissée au Directeur du bureau régional d'apprécier le degré de gravité de la faute et d'appliquer en raison de celle-ci une sanction variant de 4 à 13 semaines d'exclusion des allocations de chômage. La première récidive

n'entraînait plus qu'une exclusion de 13 à 26 semaines et chaque infraction ultérieure de l'espèce une exclusion de 26 à 52 semaines.

c) le refus d'accepter un emploi convenable

A l'entrée en vigueur de l'Arrêté Organique en 1945, le refus injustifié d'un emploi convenable était sanctionné par une exclusion des allocations pour une période allant de 4 à 13 semaines. La première récidive faisait varier cette exclusion d'un minimum de 13 semaines à un maximum de 26 semaines. A compter de la récidive ultérieure, chaque infraction provoquait une exclusion de 26 à 52 semaines.

En 1951, l'Arrêté Organique modifié dispose que dès la première récidive d'un refus injustifié de travail, le chômeur coupable ne peut être réadmis après l'accomplissement de la sanction qui lui a été infligée qu'à la condition d'apporter la preuve d'avoir été occupé à un travail salarié pendant 25 jours au moins depuis la date du refus de travail. A la seconde récidive, la qualité de travailleur salarié habituel est considérée comme perdue et l'intéressé ne peut être réadmis qu'en satisfaisant aux conditions normales de stage. Cette dernière condition sera renforcée en 1953 lorsqu'il sera décrété que l'assimilation à des journées de travail, prévue par des dispositions relatives aux conditions d'accomplissement de stage, est refusée aux journées de chômage indemnisées tombant dans la période de référence.

Ces diverses mesures furent considérablement aggravées en 1955 uniquement à l'égard des chômeuses et dès la première infraction ainsi qu'il l'a été exposé à la rubrique "Perte de l'admissibilité" ci-avant.

D'autre part en 1953, une disposition visant les jeunes travailleurs dont l'admission aux allocations de chômage a été acquise en considération des études professionnelles ou de l'apprentissage accomplis a été insérée dans l'Arrêté Organique.

Pour cette catégorie de chômeurs l'exclusion des allocations de chômage s'étend sur une période de 13 à 26 semaines dès le premier refus injustifié de travail. A la première récidive, la sanction est doublée et au surplus les intéressées perdent leur admissibilité et ne peuvent par conséquent être admis qu'en satisfaisant aux conditions de stage ordinaires avec la condition supplémentaire que l'assimilation des jours de chômage indemnisés se situant dans la période de référence est également refusée.

d) l'abandon de travail sans motif légitime - le licenciement à la suite de circonstances dépendant de la volonté du travailleur

La sanction prévue initialement dans l'Arrêté Organique était identique pour chacun des motifs repris dans le titre ci-dessus:

- 4 à 13 semaines d'exclusion des allocations de chômage à la première infraction
- 13 à 26 semaines à la seconde et
- 26 à 52 semaines pour toute récidive ultérieure.

L'A.R. du 14/1/58 a réservé un sort différent à la première infraction en distinguant entre le licenciement et l'abandon, le minimum de la sanction étant ramené à une semaine d'exclusion en cas de licenciement.

En 1953, la formule en fut cependant modifiée, les effets pratiques de ces mesures restant toutefois les mêmes:

les chômeurs ne sont plus à proprement parler frappés d'une sanction mais ils ne sont plus considérés comme chômeurs involontaires pendant une durée correspondante à l'exclusion.

En 1955 enfin, les mesures ci-dessus furent également aggravées à l'égard des chômeuses uniquement pour les mêmes motifs et avec les mêmes conséquences qu'en matière de refus injustifié d'emploi convenable.

e) l'inconduite

En 1945, étaient exclus de l'assurance-chômage pendant une période de 13 semaines et de 52 semaines en cas de récidive:

- 1) les chômeurs déchus de leurs droits civils et politiques, en raison de leur conduite pendant la guerre.

Etant donné les conditions de stage très libérales à l'époque, cette clause se justifiait par le souci de ne pas heurter les sentiments de l'opinion publique en mettant à charge de la sécurité sociale, pratiquement sans conditions, des personnes qui avaient gravement manqué à leurs devoirs de citoyen belge.

- 2) Les chômeurs qui sont d'une inconduite notoire, sauf lorsque le juge de paix autorise que les allocations soient versées au conjoint qui se plaint de ce que le titulaire des prestations les dilapide.

Sont spécialement visés par cette mesure les chômeurs s'adonnant à la boisson ou se livrant aux jeux et aux paris, le but des allocations de chômage étant d'assurer un minimum vital et non de favoriser la méconduite.

3) Les chômeurs qui sont trouvés mendiant.

En 1948, la disposition sous 1) ci-dessus fut abrogée. Celle sous 2) a été modifiée par l'A.R. du 31/7/56.

Le texte antérieur avait pour but d'éviter qu'un chômeur néglige de subvenir à l'entretien de sa famille du fait qu'il dilapidait les allocations qui doivent normalement servir à assurer l'entretien de son ménage.

Mais la disposition visée obligeait l'épouse, qui désirait percevoir les allocations en lieu et place de son conjoint, à se plaindre de ce que celui-ci dilapidait ces allocations pour obtenir du juge de paix qu'il décide qu'elles seraient versées entre les mains de la plaignante.

Partant du principe que l'inconduite notoire doit être punie par la privation du bénéfice des allocations de chômage, sauf pour l'épouse du chômeur à pouvoir dans ce cas bénéficier de celles-ci en lieu et place de son mari, le Comité de gestion a été amené à proposer au Ministre le texte d'une modification à l'article 102, texte qui a donné lieu à la publication de l'A.R. du 31/7/56 précité.

En application de ces nouvelles dispositions, si l'intervention du juge de paix est toujours requise, il suffit cependant pour l'épouse d'obtenir l'application de l'art. 214 b du code civil, c'est-à-dire une autorisation de percevoir les revenus de son conjoint et par conséquent les allocations de chômage que celui-ci aurait perçues s'il n'avait pas été placé sous le coup d'une exclusion pour inconduite notoire.

Du seul fait de l'exclusion de son mari des allocations de chômage en application de l'art. 102, l'épouse autorisée par le juge de paix peut donc percevoir les allocations en lieu et place de son conjoint sans avoir à se plaindre ou à établir que ce dernier les dilapide.

f) la récidive

Les sanctions comme il a été exposé ci-avant, étaient fortement aggravées en cas de récidive. Dans les textes, la notion de récidive n'était pas définie, si bien que des infractions commises à de nombreuses années d'intervalle pouvaient entraîner l'application de la clause de récidive.

En 1951, la notion de récidive fut définie dans l'Arrêté Organique. Il n'y a récidive au sens de l'Arrêté Organique que si l'infraction constituant récidive est commise après une infraction précédente endéans des délais fixés par l'Arrêté Organique.

g) le cumul des sanctions

En vertu des dispositions de l'Arrêté Organique telles qu'elles existaient depuis 1945, les sanctions prenaient généralement cours au début de la semaine suivant celle de la notification de la décision. Il en résultait que si plusieurs sanctions pour des motifs différents devaient être appliquées à un chômeur, leurs durées respectives pouvaient coïncider pendant tout ou partie de celles-ci, enlevant ainsi une bonne part de l'efficacité des sanctions prononcées.

En 1948, les dispositions relatives à cet objet furent complétées par une disposition aux termes de laquelle "lorsque deux ou plusieurs sanctions sont prononcées en même temps à charge du même chômeur, la durée totale de l'exclusion s'établit en additonnant la durée des différentes sanctions. Lorsqu'une sanction est infligée pendant la durée d'une sanction antérieure, elle prend cours à l'expiration de celle-ci".

h) le refus de laisser s'exercer le contrôle

En 1948, un article intercalé dans l'Arrêté Organique a prévu une sanction à l'égard du chômeur qui met obstacle à l'exécution d'une mission de contrôle décidée par le directeur du bureau régional.

Etant donné que l'époque où se décide ou peut se décider ce contrôle ne coïncide pas toujours avec un moment où l'intéressé est effectivement en chômage, il a été nécessaire d'adapter le texte en 1953, de façon à ce que la sanction puisse être prononcée aussi bien à l'égard d'un travailleur que d'un chômeur.

i) les sanctions pénales

L'Arrêté Organique détermine les cas dans lesquels une sanction pénale, c'est-à-dire émanant des Tribunaux institués pour réprimer les délits, peut être prononcée contre l'employeur ou contre le chômeur. Ces dispositions ont peu varié. depuis 1945, l'évolution à cet égard étant marquée par une disposition supplémentaire, insérée dans l'Arrêté Organique en 1953 et prévoyant l'application d'une sanction pénale à l'employeur qui, occupant un travailleur, tolère que ce dernier quitte son travail pour se présenter abusivement au contrôle des chômeurs.

j) les récupérations des paiements d'allocations indus

L'Arrêté Organique dès l'origine a établi le principe selon lequel "toute somme indûment payée doit être remboursée". Toutefois, dans certains cas énumérés dans l'arrêté organique, la récupération ne peut être poursuivie à charge du chômeur notamment lorsque l'organisme payeur, à raison d'une faute qu'il a commise, est responsable des paiements indus.

En 1948, une nouvelle disposition a été insérée dans l'Arrêté Organique pour permettre au chômeur d'avoir un recours contre son organisme payeur lorsque des paiements d'allocations n'ont pu lui être consentis parce que ledit organisme payeur est responsable d'une négligence ou d'une faute qui a empêché les paiements.

D'autre part, impressionné par le montant parfois très élevé des sommes à rembourser par les chômeurs, le Comité de gestion de l'O.N.P.C. a autrefois proposé de limiter la récupération, en cas de bonne foi de l'intéressé. L'A.R. du 26/9/53 a modifié l'Arrêté Organique dans ce sens. Le but poursuivi a été de ne pas obliger les chômeurs à rembourser des sommes d'un montant trop élevé et non de créer une prescription entraînant l'exonération de la récupération des sommes mêmes minimales que l'intéressé a touchées sans droit.

Cette limitation de la récupération n'est pas applicable en cas de récidive au sens des dispositions de l'Arrêté Organique et en 1957, il a été prévu qu'elle n'est pas davantage applicable en cas de cumul d'allocations de chômage et d'une autre allocation accordée en vertu des lois et arrêtés relatifs à la sécurité sociale.

D'autre part, en raison de l'imprécision des instructions qui régissent l'octroi des allocations de chômage aux chômeurs exerçant une profession accessoire ou cohabitant avec un travailleur indépendant, imprécision de laquelle il était résulté des décisions exagérées dans leurs effets, ou encore en raison de ce que certaines décisions entraînaient des récupérations manifestement hors de proportion avec la gravité des faits, des dispositions ont été prises en 1953 et en 1955 en vertu desquelles le Comité de gestion s'est vu attribuer la compétence voulue pour accorder certaines exonérations des récupérations restant à apurer pour autant que ces dernières aient été ordonnées avant le 5/10/53.

Ces dispositions ont été complétées en 1957 en ce sens que :

- 1) les délais qui avaient été fixés pour l'introduction des demandes d'exonération ont été rouverts sans limitations;
- 2) la compétence du Comité de gestion a été étendue à l'exonération des récupérations ordonnées après le 5/10/53;

- 3) le Comité de gestion a été autorisé à renoncer à tout ou partie des sommes restant à rembourser dans de nouveaux cas déterminés par l'Arrêté Organique et qui sont généralement des cas dans lesquels le recouvrement de la créance est aléatoire ou dont la poursuite est peu justifiée sur le plan social en raison de la précarité des ressources du débiteur.

k) la solution des litiges

Les litiges concernant l'admission des chômeurs au bénéfice des allocations et l'étendue de leurs droits sont soumis à des commissions de réclamation et éventuellement à une commission de Recours, les premières statuant en fait et en droit, la seconde en droit uniquement sauf en cas de litiges relatifs à l'admissibilité aux allocations de chômage sur la base du passé professionnel et non du stage, litiges dans lesquels elle statue également en fait.

L'évolution en cette matière a été caractérisée depuis 1945 par l'établissement d'une procédure de plus en plus précise garantissant la recevabilité de la réclamation ou du recours et créant l'obligation de respecter un délai déterminé pour l'introduction de l'appel.

D. De l'organisation

La loi du 14 juillet 1951 et l'arrêté royal du 13/12/51 ont modifié profondément la structure et la gestion de l'Office national du Placement et du Chômage.

Alors qu'en 1945, le Fonds de soutien des chômeurs était administré par un directeur général, soumis à l'autorité directe du Ministre du Travail et de la Prévoyance Sociale et assisté d'un Conseil de Direction, l'Office national du Placement et du Chômage est administré, sous la garantie de l'Etat, par un Comité de Gestion, formé paritairement, nommé par le Roi et présidé par une personnalité indépendante des organisations représentées.

Un Directeur général, nommé par le Roi, après consultation du Comité de Gestion, est chargé de la gestion journalière. Il soumet au Comité de Gestion toutes les questions qui relèvent de la compétence de ce dernier et est chargé d'exécuter ses décisions. Il est en outre chargé de l'organisation des services de l'Office national du Placement et du Chômage.

L'A.R. du 13/12/51 déchargera les Administrations Communales du soin de payer les allocations de chômage. A partir de ce moment, cette mission incombera uniquement aux organisations de travailleurs (syndicats qui auront créé des organismes de paiement et qui auront obtenu l'agrégation à cette fin dans les conditions déterminées par l'Arrêté Organique) ainsi qu'à un organisme officiel de paiement.

L'A.R. du 1/7/55 a précisé les attributions des organismes payeurs. La défense et l'assistance du chômeur devant les divers organes jugridictionnels de l'assurance chômage ne font plus partie des attributions des organismes de paiement.

E. Du financement

Le système de financement institué en 1945 a subi peu de modifications. Les ressources permettant l'octroi des allocations de chômage proviennent comme il a été dit ci-dessus de cotisations ouvrières et patronales et de subventions de l'Etat.

Le taux des cotisations ouvrières et patronales est resté fixé à 1% des salaires chacune, soit 2% au total.

Il n'est pas tenu compte de la fraction de la rémunération dépassant un certain plafond. Ce plafond fixé en 1945 à 4.000 Fr par mois a été progressivement relevé et atteint actuellement 6.000 Fr.

Les subventions de l'Etat qui sont destinées à combler le déficit entre le montant des cotisations et les charges réelles, sont évidemment très variables selon les fluctuations du chômage. Lors de l'institution de l'assurance obligatoire, on avait estimé que si l'Etat versait une subvention égale au produit des cotisations patronales et ouvrières, on disposerait de ressources correspondant à 4 % des salaires et on pourrait faire face à un chômage d'au moins 8 % en admettant que les allocations de chômage représentent en moyenne environ la moitié du salaire d'un manoeuvre. Rappelons qu'avant la guerre, l'Etat était arrivé à supporter environ les neuf dixièmes du coût total des allocations

En fait, l'intervention de l'Etat fut généralement importante par rapport aux cotisations.

Toutefois, en 1946, les subventions de l'Etat furent relativement minimales et en 1947, les cotisations auraient pu, à elles seules, assurer la charge du chômage.

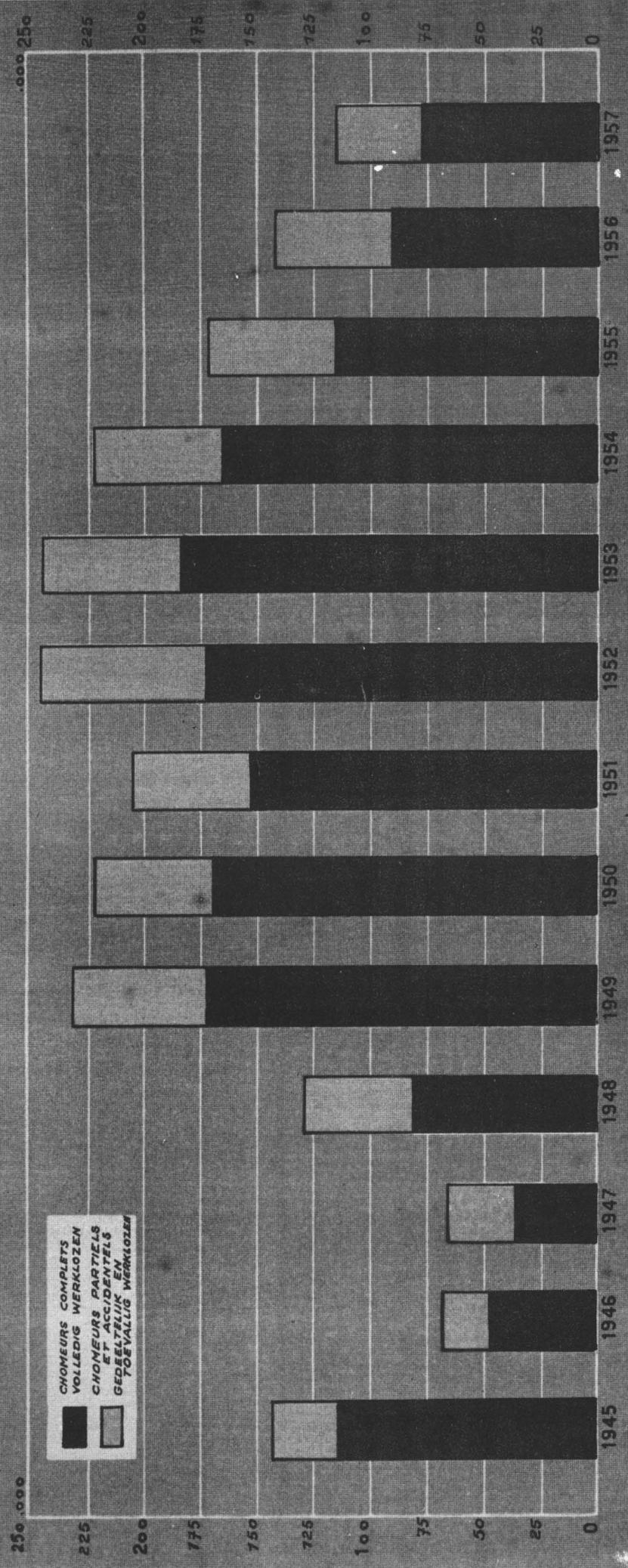
Allocations de chômage

Tableau comparatif des Recettes et des Dépenses
(en millions)

<u>Recettes</u>	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
Subventions de l'Etat	1247	219	50	879	4166	3790	3510	4771	4850	4650	3786	2500	1839
Cotisations	417	835	1251	1309	1294	1305	1442	1618	1700	1658	1720	1803	2005
<u>Dépenses</u>	1357	839	1017	2050	4715	5013	4365	5526	5575	5285	3857	3517	2940

Des mesures ont été prises pour répartir la charge incombant à l'Etat d'une façon plus égale au cours des différentes années et réduire dans une certaine mesure le déséquilibre budgétaire résultant des différences considérables des dépenses de chômage d'une année à l'autre. C'est ainsi que la loi du 27 mars 1951 dispose que l'intervention de l'Etat ne pourra être inférieure au total des cotisations ouvrières et patronales (2 % des salaires plafonnés) relatif à l'année budgétaire antépénultième.

EVOLUTION DE LA MOYENNE JOURNALIERE DU NOMBRE DE CHOMEURS CONTROLES
 VERLOOP VAN HET DAGGEMIDDELDE VAN HET AANTAL GECONTROLEERDE WERKLOZEN

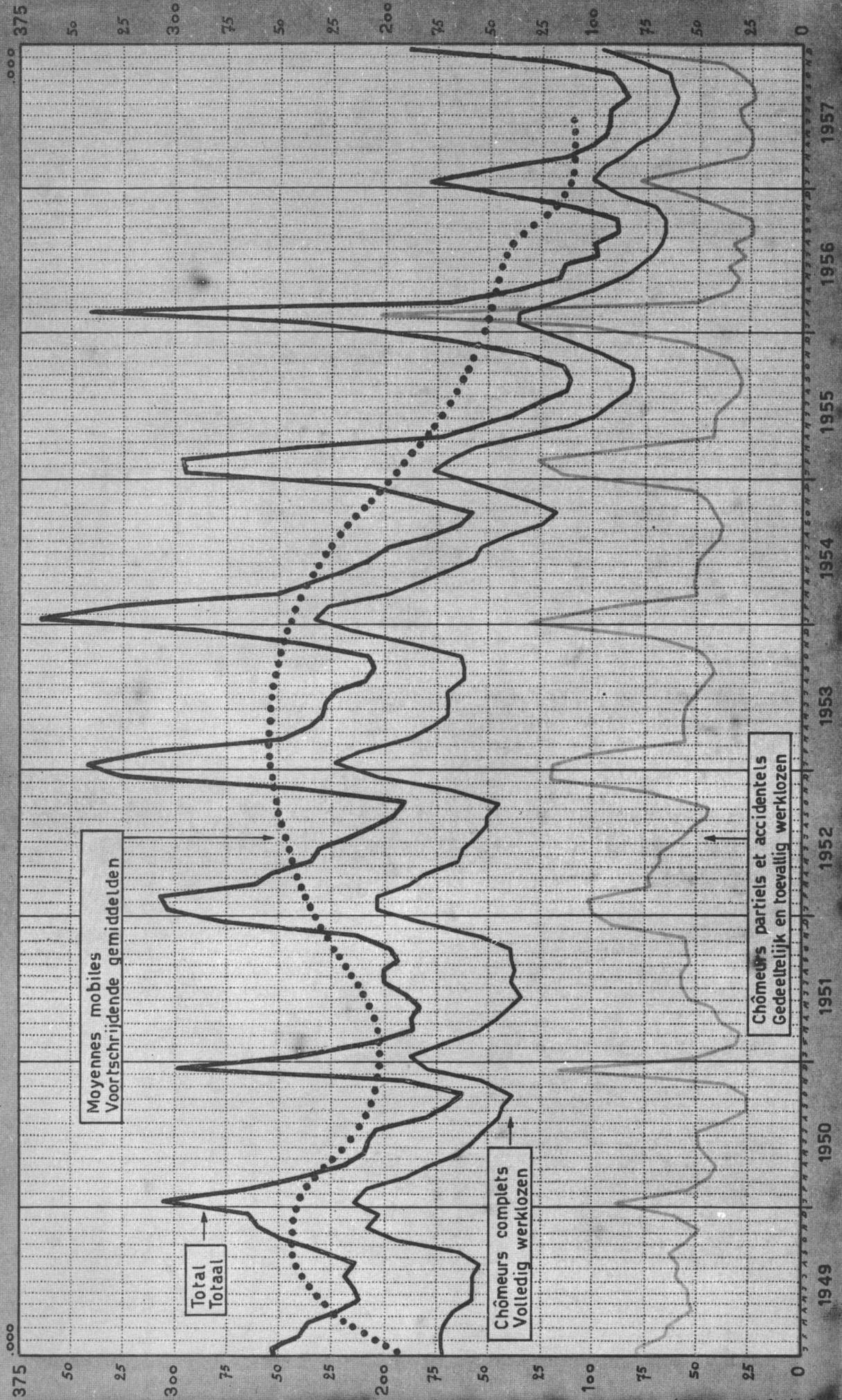


REPARTITION PROPORTIONNELLE PAR SEXE — PROPORTIONNELE VERDELING VOLGENS HET GESLACHT



■ HOMMES - MANNEN
 □ FEMMES - VROUWEN

EVOLUTION DE LA MOYENNE JOURNALIERE DU NOMBRE DE CHOMEURS CONTROLES
 VERLOOP VAN HET DAGGEMIDDELDE VAN HET AANTAL GECONTROLEERDE WERKLOZEN

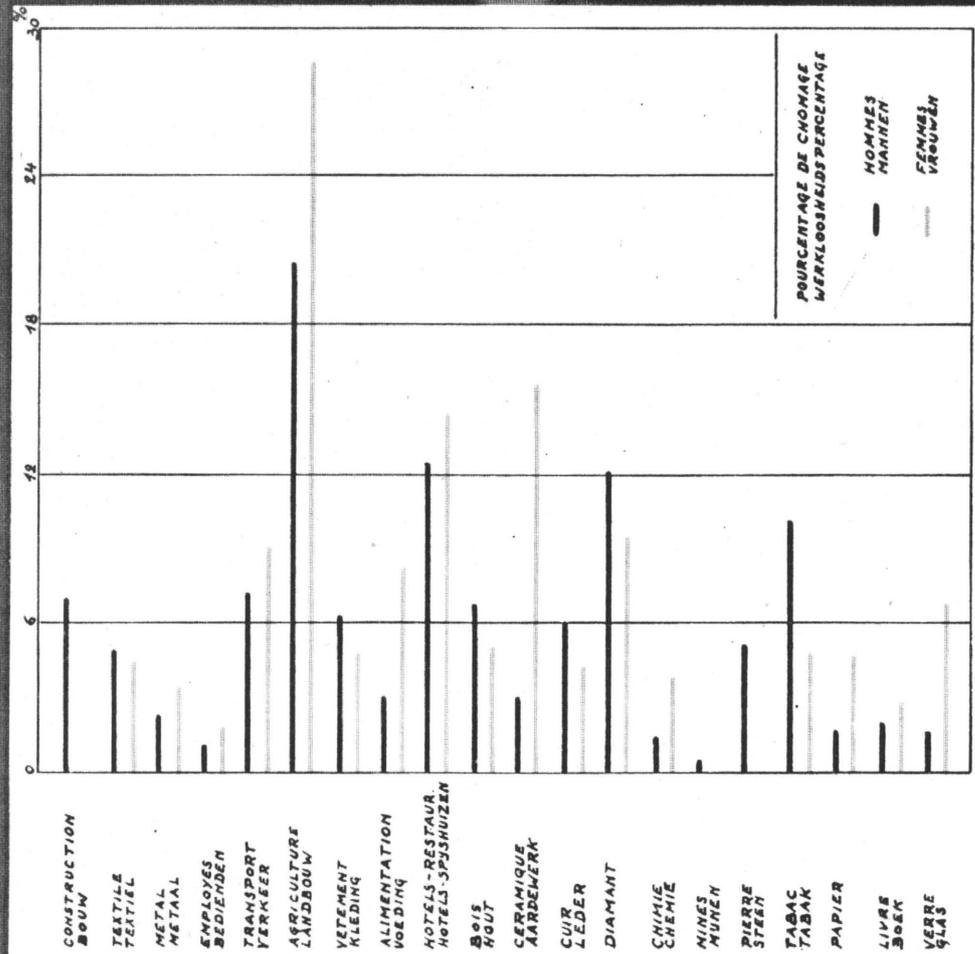
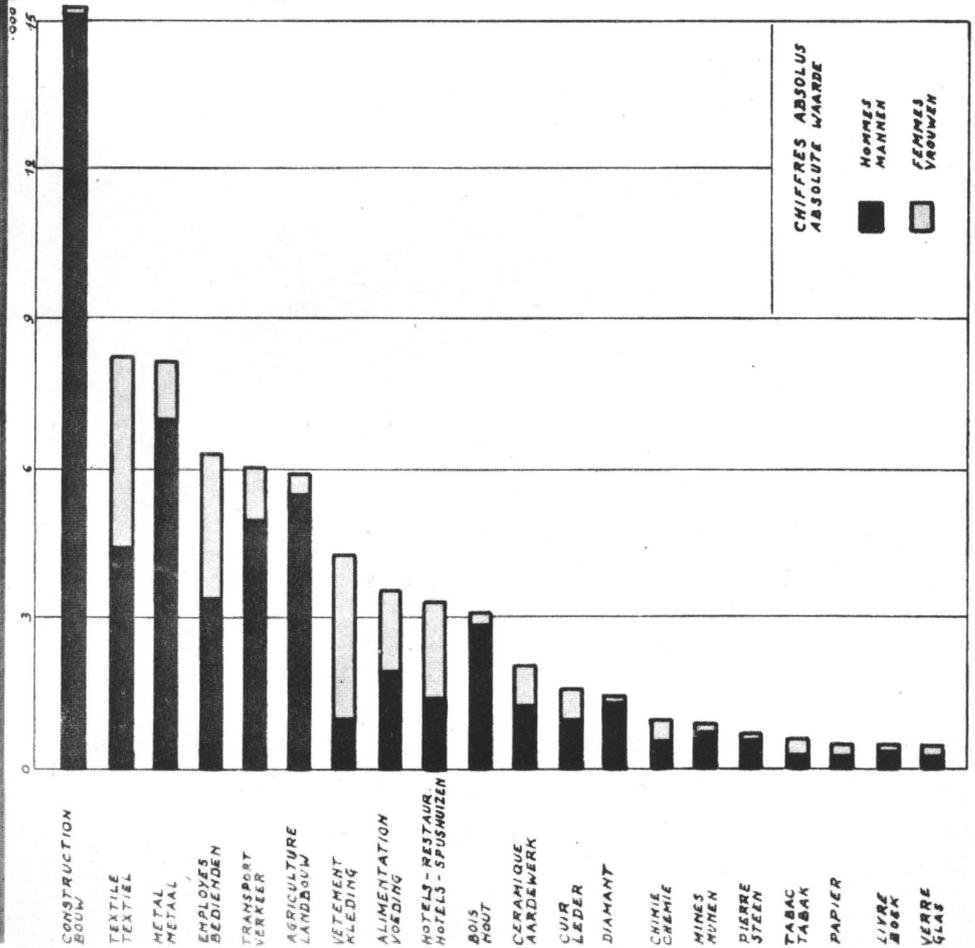


REPARTITION DU CHOMAGE COMPLET PAR BRANCHE D'ACTIVITE

Moyenne journalière du nombre de chômeurs complets contrôlés en 1957

VERDELING VAN DE VOLLEDIGE WERKLOOSHEID VOLGENS BEDRIJFSTAK

Daggemiddelde van het aantal in 1957 gecontroleerde volledig werklozen



LE SALAIRE HORAIRE DIRECT (1) MOYEN EN BELGIQUE

(mines de houille et sidérurgie)
en Fb - Indices 1953 = 100

		M I N E S D E H O U I L L E											
		ensemble des ouvriers du fond et du jour											
		1 9 5 7						1 9 5 8					
		1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Salaire direct en Fb	1952												
	1953	29,47	29,71	29,95	30,79	(2)	33,84						
Indices 1953 = 100	99,2	100,--	100,8	103,6	113,9	130,2	127,6	125,9	129,5	130,4	130,8		

S I D E R U R G I E

		1 9 5 7						1 9 5 8				
		Janv.	Mars	Jun	Sept.	Déc.	Mars	Jun				
Salaire direct en Fb	1952	31,18	30,36	31,54	33,52	36,72						
	1953 = 100	102,7	100,--	103,9	110,4	120,9	125,5	126,1	126,9	127,5	131,3	131,2

(1) Voir pour définition: "Les Salaires et les charges sociales dans les industries de la Communauté" - Tome I, Dépenses en salaires et en charges patronales, p. 10 et 14 - Lux, mai 1956.

(2) Ce montant comprend la totalité des sommes versées au titre de la rémunération des jours de repos compensatoires.