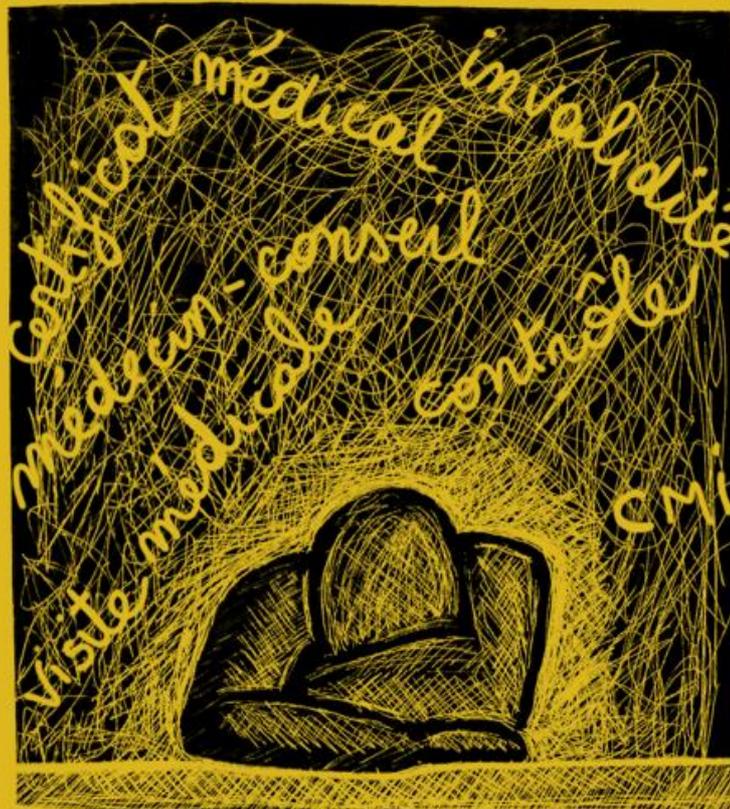


Être malade : pas de tout repos !



Valérie V.

Cette brochure a été rédigée par **Carine VANDEVELDE** – Référence S11

Permanence juridique : le mardi de 9h à 12h et de 13h à 16h - le mercredi de 9h à 12h

ASBL - 4 rue de la Porte Rouge - 1000 Bruxelles - www.atelierdroits sociaux.be

Table des matières

Introduction	<u>3</u>
Quelques règles de base	<u>4</u>
L'incapacité de travail du travailleur	<u>5</u>
Vis-à-vis de l'employeur	<u>5</u>
Les obligations	<u>5</u>
La rémunération garantie	<u>10</u>
Salaire garanti aux ouvriers	<u>10</u>
Salaire garanti des employés	<u>12</u>
Les incapacités de travail successives	<u>13</u>
La visite médicale pendant les heures de travail	<u>14</u>
Vis-à-vis de la mutualité	<u>15</u>
La déclaration de l'incapacité de travail	<u>15</u>
L'obligation de déclaration	<u>15</u>
La réception du certificat médical	<u>16</u>
Les conditions d'octroi	<u>17</u>
Les conditions de reconnaissance	<u>17</u>
Les conditions d'ouverture et de maintien du droit	<u>19</u>
Les conditions d'indemnisation	<u>21</u>
Les catégories de titulaires	<u>21</u>
Le calcul et le paiement de l'indemnité	<u>24</u>
L'accident du travail ou l'accident sur le chemin du travail	<u>32</u>
Le refus de prise en charge	<u>32</u>
La fin de l'incapacité temporaire de travail	<u>33</u>
Conclusion	<u>35</u>



à noter

L'actualité sociale connaissant très souvent des modifications importantes, nous mettons régulièrement à jour nos publications. Aussi, si vous n'êtes pas en possession de la dernière édition de cette brochure, nous vous conseillons vivement de vérifier auprès de nos services si l'information qu'elle contient est toujours d'actualité avant de l'utiliser.

Des mises à jour sont téléchargeables sur notre site : www.atelierdroitssociaux.be

Introduction

Un constat s'impose depuis plusieurs années : la précarisation du travail, les incertitudes pour l'avenir qui en découlent, l'intensification de la flexibilité, le « traçage » des travailleurs via divers outils comme le smartphone, les contraintes – parfois invisibles – des nouvelles organisations du travail, des travaux répétitifs... sont autant de facteurs ayant des conséquences sur la santé des travailleurs.

Si les travailleurs sont les cibles principales de ces nouvelles formes de travail, les chômeurs en manque de travail subissent également des altérations de leur santé : recherches vaines d'emploi, pression constante par la mise en place du dispositif de recherche active d'emploi, peur de l'avenir, crainte de perdre les allocations ou d'être sanctionné, dégressivité des allocations de chômage entraînant une diminution des revenus du ménage souvent consacrés en principal au paiement du loyer, avec pour effet de reporter des soins de santé...

Pourtant, mieux vaut ne pas être malade, tant le parcours est semé d'embûches : des procédures à n'en plus finir, un imbroglio législatif, une bureaucratie croissante, des chassés-croisés entre les organismes sociaux.

Les secteurs sociaux publics et privés, débordés de demandes, tentent au mieux de résoudre les situations individuelles, mettant de côté l'action collective.

Comme le soulignait le sociologue Robert Castel dans son ouvrage « L'insécurité sociale – Qu'est-ce être protégé », c'est aux personnes qui ont le moins de ressources que l'on demande d'avoir le plus de ressources.¹

1. Robert CASTEL, « L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ? » La République des Idées, Edts du Seuil, 2003.

« Un certificat médical est un écrit dans lequel un homme de l'art, d'une profession strictement réglementée de surcroît, décrit, après examen et d'après sa conviction professionnelle, l'état de santé d'un individu et qui est destiné à produire des effets juridiques" (...). Il a, par lui-même, un certain poids et par conséquent une certaine force probante ». C'est ce qu'a jugé la Cour d'appel de Mons, quand elle arrêta le 29 janvier 1990 « qu'un certificat médical, établi par un médecin, à la demande d'un particulier, dans le but d'appuyer une action en justice (...) peut constituer un titre ou du moins servir de preuve dans une certaine mesure ».

Rappel de quelques règles de base

Avant d'approfondir le sujet, il est utile de rappeler quelques règles de base.

- ♦ **La maladie ou l'accident de la vie privée** se distinguent de **la maladie professionnelle et de l'accident du travail** pour lesquels des règles spécifiques s'appliquent.
Le Fonds des Maladies Professionnelles intervient dans le cadre des maladies liées au milieu du travail tandis qu'en cas d'accident du travail sur le lieu du travail ou sur le chemin du travail, l'assureur de l'employeur prend en charge celui-ci. Le Fonds des Accidents du travail est chargé de l'information, du contrôle et dans certains cas de l'indemnisation, notamment lorsqu'il y a défaut d'assurance de la part de l'employeur.
Depuis le 1^{er} janvier 2017, le FMT et le FAT ont fusionné en un seul organisme, FEDRIS (Agence Fédérale des risques professionnels).
- ♦ Le régime **des travailleurs salariés du secteur privé** est différent de celui des travailleurs **du secteur public**. Dans le cadre du secteur public, il y a d'une part les fonctionnaires statutaires lesquels disposent d'un régime propre, et d'autre part les agents contractuels auxquels s'appliquent les règles du secteur privé.
- ♦ **Le régime des travailleurs salariés** est distinct de celui **des travailleurs indépendants** pour lequel il existe un dispositif légal spécifique.
- ♦ **L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités** constitue une des branches de la sécurité sociale ; elle ne peut être confondue avec **l'assurance complémentaire** organisée par les mutuelles **et les assurances privées**.
Cette assurance obligatoire constitue un des piliers de la sécurité sociale dont les fondements sont **l'assurance et la solidarité**.

L'incapacité de travail du travailleur

La maladie ou l'accident **suspendent** le contrat de travail ou la période de chômage.

Droit du travail : « L'impossibilité pour le travailleur de fournir son travail par suite de maladie ou d'accident suspend l'exécution du contrat » (art.31, §1^{er} de la loi du 3.7.1978).

Droit du chômage : « Ne peut bénéficier des allocations le travailleur qui perçoit une indemnité en vertu d'un régime belge d'assurance maladie-invalidité (art.61, §1^{er} de l'arrêté royal du 25.11.1991).

Vis-à-vis de l'employeur

Lorsqu'un **travailleur salarié** est dans l'impossibilité de fournir son travail par suite d'une maladie ou d'un accident de la vie privée, l'employeur est dans l'obligation de lui garantir pendant une période déterminée **une rémunération garantie** ce qui implique le respect de certaines règles contenues dans la loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail.

Les obligations

La loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail² prévoit **trois obligations** pour le travailleur malade :

1. Prévenir son employeur,
2. Remettre un certificat médical si celui-ci est exigé,
3. Se faire examiner par un médecin-contrôleur si l'employeur le demande.

1. Prévenir son employeur

- ♦ Le travailleur malade doit **immédiatement** mettre son employeur au courant de son incapacité de travail (et ce, même s'il se trouve à l'étranger).

Il s'agit **d'une obligation absolue**.

L'avertissement doit se faire le jour même. Toutefois, il faut tenir compte des situations et des circonstances dans lesquelles le travailleur se trouve ; il se peut qu'un travailleur soit empêché par force majeure d'avertir immédiatement son employeur :

Exemples : en cas de gravité des lésions, d'hospitalisation urgente...

- ♦ Pour avertir son employeur, le travailleur peut utiliser **n'importe quel moyen de communication** (téléphone, fax, email, sms...) ou en mandatant un membre de sa famille, voire un collègue.

2. Art.31, §§2 et 3 de la loi du 3 juillet 1978.

- ♦ Au cas où il n'avertit pas son employeur immédiatement, le travailleur peut se voir refuser par celui-ci le paiement du salaire garanti pour tous les jours d'incapacité qui précèdent l'avertissement.

Il appartiendra au travailleur de démontrer qu'il a bien rempli son obligation d'avertissement.

Exemples : rapporter la preuve de l'envoi d'un SMS, du courriel, etc.

2. Produire un certificat médical

- ♦ Légalement, le travailleur n'est pas tenu de remettre un certificat médical à son employeur. **SAUF** si cela figure :

- dans le règlement de travail,
- dans une convention collective de travail,
- ou s'il s'agit d'une demande expressément formulée par l'employeur.

En d'autres termes, si la remise d'un certificat médical n'est pas envisagée par une convention collective de travail (CCT) ou par le règlement de travail, l'employeur devra à chaque fois demander au travailleur de fournir un certificat médical.

Question : le travailleur a une forte migraine et se sent incapable d'aller au travail. Doit-il produire un certificat médical pour un jour d'absence ?

Oui et non. Tout dépend de ce qui est mentionné dans le règlement de travail ou dans une CCT ou de la demande de l'employeur.

Certains employeurs exigent un certificat médical dès le 1^{er} jour de maladie, d'autres non.

- ♦ Le règlement de travail ou la CCT fixera **le délai** dans lequel le certificat doit être remis. Si le délai n'est pas fixé ou si l'employeur demande au travailleur de fournir un certificat médical, celui-ci doit être produit dans les 2 jours ouvrables à compter du 1^{er} jour d'incapacité ou du jour où l'employeur a demandé un certificat.
- ♦ Il n'y a pas de modèle défini par la loi du certificat médical **destiné à l'employeur**. Celui-ci pourrait exiger l'utilisation d'un modèle propre à son entreprise.

Le certificat médical **doit contenir les informations** suivantes :

- **l'identité du travailleur** ;
- **la durée** probable de l'incapacité de travail c'est-à-dire les dates de début et de fin probable de celle-ci ;
- si le travailleur est **autorisé ou non à sortir** ou à se rendre à un autre endroit. Cette mention doit permettre au médecin-contrôleur mandaté par l'employeur de pouvoir exercer sa mission, en se rendant au domicile du travailleur ou en le convoquant à son cabinet ;
- l'identité et la qualité du médecin qui l'a établi ;
- la cause de l'absence : maladie ou accident (d'origine privée ou professionnelle), hospitalisation, etc. ;
- s'il s'agit d'un 1^{er} certificat ou d'un certificat de prolongation ;
- en cas de rechute, la mention que l'incapacité est due ou non à une autre cause que la première. En effet, selon le cas, un nouveau salaire garanti sera dû ou non.

Questions :

- ♦ Le médecin a mentionné « sortie interdite ». La personne vit seule. Peut-elle se rendre à la pharmacie ?
Oui bien entendu. Il est normal de pouvoir aller chercher ses médicaments ou de faire quelques courses. Tout est une question de discernement.
- ♦ La personne peut-elle séjourner temporairement chez un parent le temps de se rétablir ?
Oui mais avec l'obligation de communiquer l'adresse temporaire à l'employeur au cas où ce dernier enverrait un médecin-contrôleur.

- ♦ Si **le certificat médical n'est pas produit ou est produit après le délai prescrit** (= remise tardive), l'employeur peut refuser de payer le salaire garanti pour les jours d'incapacité qui précèdent la date de remise ou la date de réception du certificat. Cette sanction n'est pas appliquée si le travailleur peut prouver que le retard est dû à un cas de force majeure (par exemple en cas d'hospitalisation).

3. Se soumettre au contrôle du médecin-contrôleur

- ♦ Le fait de remettre un certificat médical ne signifie pas encore automatiquement le droit au salaire garanti ; l'employeur a la possibilité de faire contrôler la réalité de l'incapacité de travail par un médecin de son choix, appelé médecin-contrôleur.
- ♦ Le contrôle de l'incapacité **peut s'effectuer pendant toute la période d'absence** et n'est donc pas limité à la période couverte par le salaire garanti.
- ♦ Le travailleur ne peut pas refuser de recevoir le médecin-contrôleur ni de se laisser examiner par lui.

Question : la personne est en incapacité de travail depuis un mois et demi et est indemnisée par sa mutualité ? Le médecin-contrôleur se présente à son domicile. Peut-elle refuser le contrôle ?

Non car le contrôle peut s'exercer pendant toute la durée de l'incapacité de travail et cela même si la personne a déjà été examinée par le médecin-conseil de sa mutualité.

- ♦ Le contrôle ne doit pas forcément se faire pendant les heures de travail d'une journée ouvrable normale ; cet examen peut avoir lieu tous les jours, y compris les dimanche et jours fériés. Plusieurs contrôles peuvent être effectués pendant la période d'incapacité.

Question : l'employeur peut-il exiger via le règlement du travail que le travailleur se présente spontanément chez le médecin-contrôleur et le licencie pour faute grave car il ne l'a pas fait ?

Le Tribunal du Travail de Bruxelles, par son jugement du 15 février 2017, a considéré comme illégale la procédure invitant le travailleur à se présenter spontanément chez le médecin-contrôleur sur base du règlement du travail, cela au regard de l'article 31 de la loi du 3 juillet 1978.³

3. Loi du 3 juillet 1978 relative au contrat de travail.

Une CCT (sectorielle ou d'entreprise) ou le règlement de travail peut déterminer **une période de la journée** durant laquelle le travailleur se tient à disposition pour une visite du médecin-contrôleur à son domicile ou à une résidence communiquée (préalablement) à l'employeur. Cette période **de maximum 4 heures consécutives peut se situer entre 7h et 20h**.

Être absent sans raison valable pendant cette tranche horaire, pourrait traduire la volonté du travailleur de se soustraire du contrôle médical et pourrait justifier le refus de l'employeur de payer le salaire garanti.⁴

Question : en cas d'absence de la personne au moment du passage du médecin contrôleur, que se passe-t-il ?

En principe, celui-ci laisse un avis de passage dans la boîte aux lettres accompagné d'une convocation à se présenter à son cabinet.

Il est donc opportun de vérifier plusieurs fois par jour sa boîte aux lettres et en tout cas, le plus tard possible ; en effet, certains médecins-contrôleurs ont une fâcheuse tendance à convoquer les personnes pour la journée du lendemain.

- ♦ Le médecin-contrôleur va vérifier :
 - **la réalité de l'incapacité de travail**,
 - **la durée** probable de l'incapacité de travail,
 - et, le cas échéant, vérifie **les autres données médicales** (comme la maladie, l'accident, la maladie professionnelle, l'accident du travail) qui influencent le paiement du salaire garanti.

Toutes les autres constatations restent couvertes par le secret professionnel ; un contrôle lors duquel le secret professionnel n'a pas été respecté est considéré comme nul.

Le médecin-contrôleur ne peut donc pas révéler à l'employeur la nature de la maladie dont le travailleur est atteint.

Après l'examen :

- soit le médecin-contrôleur confirme l'incapacité de travail et dans ce cas, la rémunération garantie est versée ;
- soit il estime l'incapacité de travail non fondée.

Les conclusions de l'examen seront communiquées par écrit au travailleur si nécessaire après concertation avec le médecin traitant qui a fourni le certificat médical. Le médecin-contrôleur remettra également au travailleur, **une déclaration d'indépendance**. Celle-ci sert de garantie de sa totale indépendance par rapport à l'employeur et au travailleur.

En cas de désaccord de la part du travailleur, il sera acté dans le même document.

4. Cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2014.

Différentes autres hypothèses peuvent entraîner la perte du droit au salaire garanti, à savoir :

- le travailleur a « sortie autorisée » et est absent lors du passage du médecin-contrôleur. Un second passage est annoncé par convocation mais le travailleur n'est pas présent lors de ce second passage.
- Le travailleur a « sortie interdite » et est absent lors du passage du médecin-contrôleur. Le travailleur a « sortie interdite » et refuse de recevoir le médecin-contrôleur.
- Le travailleur le reçoit mais refuse le contrôle.

La procédure d'arbitrage

- ♦ Les litiges d'ordre médical survenant entre le travailleur et le médecin-contrôleur peuvent être résolus par une procédure d'arbitrage.⁵
 Cette procédure qui consiste à demander l'intervention **d'un médecin-arbitre**, peut être enclenchée soit à l'initiative du travailleur soit à celle de l'employeur dans le délai de deux jours ouvrables après la remise des constatations du médecin-contrôleur. Actuellement, une liste de médecins-arbitres est disponible auprès du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.⁶
- ♦ Le médecin-arbitre règle le litige médical dans les trois jours ouvrables après sa désignation. Il communique sa décision :
 - au médecin traitant,
 - au médecin-contrôleur,
 - au travailleur,
 - et à l'employeur.
- ♦ La décision prise par le médecin-arbitre est définitive et lie les parties.
- ♦ Les frais de cette procédure sont à charge de la partie perdante :
 75 € pour les honoraires du médecin-arbitre ;
 38 € pour les frais d'administration.
 Les frais de déplacement du travailleur sont également à charge de la partie perdante.

Attention : Les conditions d'agrément de médecins comme médecins-arbitres a fait, il y a quelques mois, l'objet de modifications. Un arrêté royal doit encore en fixer l'entrée en vigueur.

Actuellement	Dès que l'entrée en vigueur sera fixée
Une liste des médecins-arbitres est tenue auprès du SPF Emploi, Travail et Concertation sociale. Un médecin qui en fait la demande est repris sur la liste des médecins-arbitres après avis conforme de la commission de suivi instituée au sein du SPF Emploi et sur base de conditions à remplir.	Une liste des médecins-arbitres est tenue auprès de l'Ordre des médecins . Un médecin qui en fait la demande est repris sur la liste des médecins-arbitres s'il répond aux conditions d'agrément comme médecin arbitre.

5. Sans préjudice de la compétence des cours et tribunaux.

6. <http://www.emploi.belgique.be/erkenningenDefault.aspx?id=5034>

Actuellement	Dès que l'entrée en vigueur sera fixée
Toutes plaintes relatives à des fautes professionnelles reprochées aux médecins-contrôleurs ou aux médecins-arbitres pourront être communiquées au médecin-fonctionnaire du SPF Emploi qui après enquête ayant permis d'en reconnaître le bien-fondé, les soumettra à l'Ordre des Médecins.	Toutes les plaintes relatives à l'organisation du contrôle, à la compétence, à un manque d'indépendance d'un médecin-contrôleur ou d'un médecin-arbitre ou relatives à des fautes professionnelles reprochées aux médecins-contrôleurs ou aux médecins-arbitres relèvent de la compétence des conseils provinciaux de l'Ordre des Médecins et pourront leur être communiquées.
Lorsqu'un médecin-arbitre ne satisfait plus aux conditions d'agrément, il peut être rayé de la liste des médecins-arbitres ou être suspendu après avis conforme de la commission de suivi instituée au sein du SPF Emploi.	Lorsqu'un médecin-arbitre ne satisfait plus aux conditions, l'Ordre des Médecins peut le rayer de la liste des médecins-arbitres ou le suspendre.
Une commission de suivi est créée auprès du SPF Emploi. Elle est chargée d'exprimer un avis sur le fonctionnement de la médecine de contrôle.	La commission de suivi est supprimée.

Comme on peut le lire, les compétences attribuées au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale seront transférées à l'Ordre des Médecins. Une fois de plus, on assiste à la privatisation de missions jusqu'alors prises en charge par les services publics.

La rémunération garantie

Pendant la période d'incapacité de travail, le travailleur a droit à charge de son employeur à un revenu de remplacement appelé « salaire garanti » et ce pendant une période déterminée.

Attention : Dans certains cas d'incapacité de travail, le travailleur n'a pas droit à une rémunération garantie.

Les conditions requises pour cette rémunération garantie diffèrent selon que le travailleur est un ouvrier ou un employé.

La période de salaire garanti débute en principe, **le premier jour calendrier** de la période d'incapacité de travail. Mais le salaire garanti en tant que tel ne sera versé qu'à partir du premier jour ouvrable de cette période d'incapacité de travail.

Salaire garanti aux ouvriers

L'ouvrier qui est resté **dans l'entreprise depuis un mois au moins** de **façon ininterrompue**, a droit à une rémunération garantie à charge de son employeur en cas d'incapacité de travail. Dans le cas contraire, il devra directement introduire son certificat auprès de la mutualité et les indemnités lui seront versées s'il remplit les conditions d'octroi (voir p.17, et suiv.).

Pendant **les 30 premiers jours calendrier** d'incapacité de travail, l'ouvrier conserve sa rémunération de la manière suivante :

Partie de la rémunération normale	
Période	À charge de l'employeur
1 ^{er} au 7 ^e jour	100 % de la rémunération brute
8 ^e au 14 ^e jour	85,88 % de la rémunération brute
15 ^e au 30 ^e jour	25,88 % de la partie de la rémunération brute plafonnée (c.-à-d. le plafond fixé par l'assurance indemnités); + 85,88 % de la rémunération brute qui dépasse ce plafond

Partie de la rémunération normale	
Période	À charge de la mutuelle (Assurance indemnités)
1 ^{er} au 7 ^e jour	/
8 ^e au 14 ^e jour	/
15 ^e au 30 ^e jour	60 % de la rémunération brute (limitée à un plafond fixé par le régime assurance indemnités)

Attention : Mais si cet ouvrier atteint cette ancienneté d'un mois pendant la période d'incapacité de travail, il a droit au salaire garanti pour les jours restants et se situant après la date qui marque le premier mois d'occupation.

Mise en garde pour les personnes qui réintègrent le marché de l'emploi

Exemple : Un ouvrier âgé de 31 ans, est bénéficiaire du revenu d'intégration sociale versé par le CPAS. Il est engagé dans le cadre d'un contrat « article 60 » à durée déterminée d'un an pour lui permettre, à l'issue de son contrat, de bénéficier des allocations de chômage. Au cours du 1^{er} mois, il tombe malade pendant trois jours.

Quelles sont les conséquences ?

- ♦ Il n'a pas droit au salaire garanti car une période ininterrompue d'un mois ne s'est pas écoulée.
- ♦ Il n'a pas droit non plus aux indemnités versées par la mutuelle car il ne remplit pas les conditions de stage pour y prétendre (180 jours de travail au cours d'une période d'un an comme titulaire salarié, voir p.20).
- ♦ À la fin de son contrat de travail, il n'aura pas droit aux allocations de chômage car il lui manquera 3 jours de travail rémunérés ou indemnisés par la mutuelle **SAUF** si le CPAS prolonge de trois jours son contrat de travail.

Bon à savoir : un contrat article 60, §7 est une forme d'aide sociale permettant au CPAS de procurer un emploi à une personne, qui s'est ou qui est éloignée du marché du travail, et a pour objectif de réintégrer cette personne dans le régime de la sécurité sociale et de la réinsérer dans le processus du travail. Le CPAS est toujours l'employeur juridique. Le centre peut occuper la personne dans ses propres services ou la mettre à la disposition d'un tiers employeur. Le CPAS reçoit une subvention des autorités publiques fédérales

pour toute la durée de la mise à l'emploi et bénéficie en tant qu'employeur d'une exemption des cotisations patronales.⁷

Salaire garanti aux employés

- ♦ **Employé engagé pour une durée indéterminée, pour une durée déterminée de 3 mois au moins ou pour un travail nettement défini dont l'exécution requiert normalement une occupation d'au moins 3 mois**

L'employé conserve le droit à sa rémunération à charge de l'employeur durant la première période de 30 jours d'incapacité de travail, quelle que soit son ancienneté. L'assurance maladie-invalidité intervient ensuite, à partir du 31^{ème} jour.

Partie de la rémunération normale	
Période	À charge de l'employeur
1 ^{er} au 30 ^e jour	100 %

- ♦ **Employé engagé pour une durée déterminée de moins de 3 mois ou pour un travail nettement défini dont l'exécution requiert normalement une occupation de moins de 3 mois**

Lorsqu'un employé est engagé pour une durée déterminée de moins de trois mois ou pour un travail nettement défini dont l'exécution requiert normalement une occupation de moins de 3 mois, il conserve son droit au salaire garanti aux mêmes conditions que celles prévues pour les ouvriers. Il doit aussi être occupé de manière ininterrompue durant au moins un mois.

Durant les 30 premiers jours calendrier d'incapacité, l'employé qui compte une ancienneté d'un mois au moins, perçoit sa rémunération de la manière suivante :

Partie de la rémunération normale	
Période	À charge de l'employeur
1 ^{er} au 7 ^e jour	100 %
8 ^e au 14 ^e jour	86,93 %
15 ^e au 30 ^e jour	26,93 % de la partie de la rémunération brute qui ne dépasse pas le plafond fixé par l'assurance indemnités; 86,93 % de la rémunération brute qui dépasse ce plafond

Partie de la rémunération normale	
Période	À charge de la mutuelle (assurance indemnités)
1 ^{er} au 7 ^e jour	
8 ^e au 14 ^e jour	
15 ^e au 30 ^e jour	60 % de la rémunération brute (limitée à un plafond fixé par le régime assurance indemnités)

7. <https://www.mi-is.be/fr/article-60-ss-7>

Les incapacités de travail successives

♦ Sans reprise de travail

Lorsque deux incapacités de travail se succèdent sans interruption (par exemple un accident suivi d'une maladie ou des maladies successives et de nature différente), il n'y a qu'une seule période d'incapacité et la rémunération garantie n'est pas due une nouvelle fois.

Remarque : Il s'agit de la position de la Cour de Cassation qui considère en effet qu'il n'y a dans cette hypothèse qu'une seule période de suspension de l'exécution du contrat et donc, un seul droit au salaire garanti. Cette interprétation à laquelle s'est ralliée l'INAMI n'est cependant pas unanimement acceptée par les juridictions du travail.⁸

♦ Avec reprise de travail

Après avoir repris normalement le travail, le travailleur peut retomber en incapacité de travail. On parle à cette occasion de **rechute**.

Il y a alors **deux possibilités** :

1. Si la rechute survient dans les 14 premiers jours civils successifs qui suivent la fin d'une période d'incapacité de travail : la rémunération n'est pas due une nouvelle fois. Toutefois, si la totalité de la période de rémunération garantie n'a pas été versée, l'employeur devra verser le solde de celle-ci.
2. Lorsque le travailleur établit par un certificat médical que cette nouvelle incapacité de travail est due à une autre maladie ou à un autre accident, la rémunération garantie est due une nouvelle fois indépendamment du fait que cette nouvelle incapacité de travail survient ou non dans les 14 jours qui suivent la fin de la première incapacité de travail.

Exemple : il s'agit d'un employé engagé dans un contrat à durée déterminée de moins de 3 mois qui a travaillé déjà plus d'un mois de façon ininterrompue.

Semaines	L	M	M	J	V	S	D
1	T	T	M	M	M	M	M
2	M	T	T	M	M	M	M
3	M	M	T	T	T	-	-
4	T	T	T	T	T	-	-
5	T	T	T	M	M	M	M
6	M	M	M	T	T	-	-

1^{ère} semaine :

Il tombe malade le mercredi jusqu'au lundi de la 2^{ème} semaine (soit 6 jours civils). Le salaire garanti sera payé à 100% pour les mercredi, jeudi, vendredi et lundi.

8. Cassation, 3^{ème} Ch., 23 février 1981, Journal des Tribunaux du Travail 1981, p.227.

2^{ème} et 3^{ème} semaines

Une rechute intervient le jeudi après une reprise de travail de 2 jours (soit moins de 14 jours civils). Cette nouvelle période de maladie a une durée de 6 jours civils et se termine le mardi de la 3^{ème} semaine.

Le salaire garanti à 100% n'a pas été payé dans sa totalité au cours de la 1^{ère} incapacité (seulement à concurrence de 6 jours civils). Par conséquent, l'employeur versera la solde du salaire garanti à 100% pour un jour (jeudi).

Pour la période du vendredi de la 2^{ème} semaine au mardi de la 3^{ème} semaine, il versera le salaire garanti à raison de 86,93% (soit 5 jours civils).

5^{ème} semaine et 6^{ème} semaines

Une nouvelle rechute intervient le jeudi de la 5^{ème} semaine et l'incapacité dure jusqu'au mercredi de la 6^{ème} semaine.

Il s'est écoulé un délai de plus de 14 jours civils de la fin de la dernière période pour laquelle l'employeur est intervenu au titre de salaire garanti, le point de départ est en effet le mercredi de la 3^{ème} semaine.

L'employeur devra payer le salaire garanti à 100% pour les jeudi et vendredi de la 5^{ème} semaine et lundi, mardi et mercredi de la 6^{ème} semaine.

La visite médicale pendant les heures de travail

La visite médicale n'est pas considérée comme une incapacité de travail. Il n'est donc pas prévu de rémunération garantie en cas d'absence du travailleur pour se rendre à une consultation médicale.

Le certificat médical que l'employeur peut exiger comme preuve confirme uniquement qu'il s'agit d'une absence légitime du travailleur.

Si le travailleur doit se rendre à une consultation médicale, il devra prendre un demi-jour de congé légal ou extra-légal sauf si les dispositions du règlement de travail ou une CCT prévoient d'autres dispositions.

Sauf dans les cas suivants :

- ♦ la travailleuse qui a averti son employeur de sa grossesse, a le droit de s'absenter du travail, avec maintien de la rémunération, le temps nécessaire pour se rendre aux examens médicaux prénataux si ceux-ci ne peuvent avoir lieu en dehors des heures de travail.
Elle doit toutefois avertir préalablement son employeur de son absence.
Si une CCT ou le règlement de travail le prescrit ou si l'employeur l'y invite, elle devra remettre un certificat médical qui justifie son absence.
- ♦ Le travailleur est appelé à subir des examens médicaux dans le cadre de la surveillance de la santé des travailleurs. Les heures d'absence doivent être rémunérées comme du travail effectif.
- ♦ Le travailleur, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, doit suivre un traitement ou recevoir des soins pendant les heures normales de travail. Les heures d'absence doivent être rémunérées.

Vis-à-vis de la mutualité

La déclaration de l'incapacité de travail

Deux étapes sont prévues :

- ♦ l'obligation de déclaration par le travailleur,
- ♦ la réception du certificat d'incapacité de travail par la mutualité.
L'employeur n'est pas chargé d'avertir la mutualité ; c'est au travailleur qu'incombe cette obligation.

L'obligation de déclaration de l'incapacité de travail

- ♦ Lorsqu'il n'y a pas de présomption légale d'incapacité de travail (par exemple ; une hospitalisation), **l'état d'incapacité doit être constaté.**
Le titulaire doit déclarer son incapacité de travail au médecin-conseil de la mutualité dans **un délai très strict de 48 heures.**

Le chômeur dispose de 2 jours civils (1^{er} jour d'incapacité de travail non compris).

Exemple : l'incapacité de travail d'un chômeur commence le 10 juillet. Dans ce cas, il doit la déclarer le 12 juillet au plus tard.

Ce délai est élargi :

- pour les ouvriers, à 14 jours calendrier (1^{er} jour d'incapacité de travail compris),
- pour les employés, à 28 jours calendrier (1^{er} jour d'incapacité de travail compris).

En effet, un employé ou un ouvrier perçoit pendant cette période une rémunération garantie sauf dans certains cas (voir p.10 et suiv.).

Exemples :

- l'incapacité de travail d'un ouvrier commence le 10 juillet. Dans ce cas, il doit la déclarer à sa mutuelle le 23 juillet au plus tard ;
- l'incapacité de travail d'un employé commence le 10 juillet. Dans ce cas, il doit la déclarer le 6 août au plus tard.

- ♦ Cette déclaration se fait au moyen du document « **Certificat d'incapacité de travail** » (**sous pli fermé**). Un nouveau modèle est utilisé depuis le 1^{er} janvier 2016.

Le certificat comprend 2 volets :

- le 1^{er} volet est complété par le travailleur,
- le 2^{ème} volet est complété par le médecin traitant.

Pour une 1^{ère} déclaration d'incapacité de travail :

- le médecin mentionne la date de début de l'incapacité de travail et sa fin probable ;
- il décrit le diagnostic expliquant l'incapacité de travail ou les symptômes ou éventuels troubles de fonctionnement ;

- il peut communiquer des informations sociales ou professionnelles ;
- il peut indiquer ses coordonnées de contact. Cela permettra au médecin-conseil de le contacter si nécessaire ;
- il doit le dater, le signer et y apposer son cachet avant de le remettre au patient.

Pour **une prolongation de l'incapacité de travail** :

- le médecin ne doit déclarer la prolongation d'une incapacité de travail auprès du médecin-conseil que si cette prolongation intervient au cours de la 1^{ère} année d'incapacité.
- La date de début de la prolongation doit suivre immédiatement la période d'incapacité de travail précédente.

Exemple : Si une reconnaissance d'incapacité de travail se termine le vendredi, sa prolongation commencera le samedi (et non le lundi).

- ♦ Si le délai n'est pas respecté et que **le certificat d'incapacité est introduit avec retard**, les conséquences seront les suivantes :
 - Pour les jours qui se situent entre le délai maximal et l'envoi de la déclaration (en clair, pour les jours de retard), l'indemnité journalière sera réduite de 10%.
 - L'indemnité d'incapacité de travail (sans la réduction de 10%) sera payée à partir du 1^{er} jour ouvrable suivant le jour auquel la déclaration d'incapacité est arrivée chez le médecin-conseil ;
- ♦ Dans certaines situations, le titulaire est **dispensé d'envoyer son certificat d'incapacité** :
 - Tant que dure son hospitalisation, le titulaire est dispensé d'envoyer son certificat. Mais si l'incapacité se prolonge après la sortie de l'hôpital, le certificat doit être envoyé au médecin-conseil de la mutualité dans le délai du 2^{ème} jour civil qui suit le dernier jour d'hospitalisation.
 - En cas d'accident du travail.
Mais attention : si l'assureur lui refuse de prendre en charge l'accident du travail, il doit en informer la mutualité du titulaire (voir p.32).

La réception du certificat d'incapacité de travail par la mutualité

Lorsque la mutualité a pris connaissance de l'incapacité de travail, elle adresse au titulaire :

- ♦ une « **Feuille de renseignements pour le calcul des indemnités** » en trois parties (une partie à remplir par le travailleur, une par l'employeur et la dernière éventuellement par l'organisme chargé de payer les allocations de chômage) ;
- ♦ une « **Déclaration de revenus** » à faire compléter le cas échéant par le conjoint ou le cohabitant (Formulaire 225). Ce formulaire est habituellement envoyé après une période de 6 mois d'incapacité de travail;
- ♦ un avis de **reprise de travail ou de chômage**.

Les conditions d'octroi

Pour percevoir des indemnités, il faut :

1. Être reconnu en incapacité de travail (conditions de reconnaissance médicale)
2. Remplir les conditions d'ouverture et de maintien du droit.

Les conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail

Pour être reconnu en incapacité de travail, un travailleur **salaire doit remplir 3 conditions** :

- ♦ **toute activité doit être interrompue** ; il faut **une cessation totale** des activités, tant rémunérée que non rémunérée ;

Question : Que se passe-t-il si le travailleur est occupé par deux boulots à temps partiel ? Doit-il cesser les deux activités alors que son incapacité de travail peut être liée à un seul boulot ?

Sur base de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 qui définit l'incapacité de travail, le travailleur doit cesser toute activité.

Cependant, la Cour du Travail de Liège relève dans son arrêt du 24 juillet 2012 que sur ce point, des courants s'opposent. De plus, la même Cour envisage l'obligation de cessation complète des activités comme une possible source de discrimination injustifiée entre des travailleurs occupés à temps plein et les travailleurs occupés par deux emplois à temps partiel et qui en raison de leur incapacité n'arrête qu'une seule des activités.⁹

S'agissant d'une problématique récurrente, cet arrêt de la Cour du Travail demande l'intervention de la Cour constitutionnelle.¹⁰

- ♦ l'incapacité totale doit être **la conséquence du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels** ;
- ♦ **l'incapacité de travail doit entraîner une perte de capacité de gain de 2/3 au moins (66%)**.

Remarque : cette évaluation de la perte de capacité de gain ne doit pas être confondue avec la notion de pourcentage d'incapacité permanente attribué en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Question : sur quelle base le médecin-conseil fait-il son évaluation ?

L'évaluation tient compte des facteurs médicaux objectifs et non pas des facteurs socio-économiques (comme la disponibilité ou non d'un emploi sur le marché du travail). L'incapacité de travail doit toujours être évaluée par rapport à des professions réellement existantes.

9. Cour du Travail de Liège, section Namur, 24 juillet 2012, R.G. n°2012/AN/19 –

Source : Terra Laboris commentaire mis en ligne le 16 novembre 2012 – www.terralaboris.be

10. La Cour constitutionnelle est une juridiction constituée de douze juges qui veillent au respect de la Constitution par les législateurs belges. Elle peut annuler, déclarer inconstitutionnels et suspendre des lois, décrets et ordonnances pour violation de la Constitution.

Sur la base d'une analyse du dossier ou d'un examen du patient, le médecin-conseil évalue si les lésions/troubles fonctionnels ont diminué la capacité de gain des 2/3. Il compare la capacité de gain du patient à celle « d'un travailleur de référence », c'est-à-dire à celle qu'une personne similaire ayant la même situation sociale, la même formation et le même parcours professionnel que le patient pourrait encore gagner.

Le médecin-conseil **évalue l'incapacité de travail** :

- ♦ **pendant les six premiers mois**, uniquement par rapport à la profession habituelle du travailleur, pour autant que l'affection ayant causé l'incapacité soit susceptible d'évolution favorable ou de guérison à plus ou moins brève échéance ;
- ♦ **après 6 mois**, par rapport à ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail :
 - dans le groupe de professions dans lequel se range la dernière activité professionnelle du travailleur ;
 - ou dans les diverses professions que le travailleur a ou aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle.

Le contrôle de l'incapacité de travail et de l'invalidité

Le titulaire en état d'incapacité de travail est tenu de répondre à toute convocation à un examen de contrôle émanant du médecin-conseil de la mutualité ou du Conseil médical de l'invalidité (CMI) siégeant au sein de la structure de l'INAMI.¹¹

Le contrôle par le médecin-conseil

- ♦ Le médecin-conseil déclare à la mutualité s'il reconnaît ou non l'incapacité de travail (procédure de reconnaissance).
Par contre, il ne l'informe pas de la nature de l'incapacité.
- ♦ Il agit en 1^{ère} ligne en matière d'évaluation. C'est lui qui atteste des conditions médicales vis-à-vis de la mutualité.
- ♦ Le médecin-conseil peut à tout moment convoquer la personne en incapacité de travail. Dans certaines situations, il n'y a pas directement de convocation (par exemple en cas de fracture).
Le nombre de convocations dépend également du type de pathologies.
- ♦ Lorsqu'il reçoit le travailleur, le médecin-conseil effectue :
 - un bilan médical (quelle affection, quel degré...);
 - un bilan professionnel ;
 - un bilan social (des enfants aux études, une maison à payer...);
 - un bilan psychologique.
- ♦ Après 8 mois d'incapacité primaire, le médecin-conseil prépare une fiche où il propose au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, une période d'invalidité.

11. INAMI = Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Le contrôle par le Conseil médical de l'invalidité (CMI) et l'entrée en invalidité

- ♦ La demande (la fiche) du médecin-conseil d'entrée en invalidité comporte :
 - un rapport détaillé,
 - une proposition de durée de prolongation,
 - une évaluation de ce que le patient est encore capable de faire : reprendre un travail à temps partiel ou reprendre une formation, etc.
- ♦ Le CMI peut :
 - accepter la proposition du médecin-conseil ;
 - décider de convoquer la personne pour un examen médical ;
 - refuser la proposition du médecin-conseil et mettre fin à l'incapacité de travail, avec motivation.

En conclusion, les commissions régionales du CMI :

- ♦ soit reconnaissent l'incapacité de travail ou l'invalidité,
- ♦ soit mettent fin à l'incapacité de travail ou l'invalidité,
- ♦ soit peuvent demander des renseignements complémentaires.

Les conditions d'ouverture de droit et de maintien du droit aux indemnités

Question : peut-on toucher des indemnités de la mutuelle dans n'importe quelle situation ?

Non, il faut remplir plusieurs conditions et notamment un stage de périodes de travail salarié ou assimilé.

La qualité de titulaire des indemnités

Il faut disposer d'une des **qualités de titulaire** suivantes :

- ♦ **travailleur salarié assujetti à la sécurité sociale** ainsi que celui qui touche une indemnité à la suite :
 - de la rupture irrégulière du contrat de travail ;
 - de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués du personnel ;
 - de la rupture unilatérale du contrat de travail pour les délégués syndicaux ;
 - de la cessation du contrat de travail de commun accord ;
 - de l'éviction du représentant de commerce ;
 - d'une convention conclue soit au début ou durant le contrat de travail soit dans un délai de 12 mois après la fin du contrat par laquelle le travailleur s'engage à ne pas débaucher du personnel ;
- ♦ travailleur qui touche **une indemnité en compensation du licenciement** ;
- ♦ **apprenti** considéré comme assujetti à l'assurance obligatoire indemnités (incapacité de travail) ;
- ♦ **travailleuse** précitée en congé d'écartement et/ou de maternité ;
- ♦ travailleur en **chômage contrôlé**.

Question : faut-il nécessairement être indemnisé par le chômage ?

Non, le chômeur contrôlé c'est-à-dire celui qui remplit les conditions du contrôle exercé via le remplissage et le renvoi de la carte de contrôle mensuelle, peut rentrer dans la catégorie de titulaire sans nécessairement percevoir des allocations de chômage. Il s'agit par exemple des chômeurs qui sont exclus temporairement.

Toutefois, toutes les autres conditions doivent être satisfaites.

- ♦ le travailleur qui, pour mettre un terme à leur chômage, effectue **un travail domestique** et qui pour l'application de la réglementation par l'assurance chômage, conserve la qualité de salarié habituel.

Le stage

Depuis le 1^{er} mai 2017, le stage exigé pour ouvrir un droit aux indemnités a été durci :

- ♦ d'une part, la période de stage est **portée à 12 mois**¹²,
- ♦ d'autre part, durant ces 12 mois, le travailleur doit avoir totalisé **180 jours de travail** effectif.¹³ Certains jours sont assimilés à des jours prestés, comme les jours de chômage contrôlé, les jours de congés annuels ou les jours de repos compensatoire. Les jours d'incapacité de travail ne sont jamais assimilés à des jours prestés. Un salarié doit également avoir payé suffisamment de cotisations de sécurité sociale.

Des dérogations sont prévues pour les travailleurs saisonniers, les travailleurs intermittents et les travailleurs à temps partiel. Ils doivent avoir accompli **800 heures**¹⁴ de travail (ou assimilé) sur une période de 12 mois.

S'ils ne peuvent pas démontrer qu'ils ont presté 800 heures pendant 12 mois, cette période peut être prolongée jusqu'à 36 mois.

Certains travailleurs sont **dispensés de stage**.

Notamment :

- ♦ les travailleurs soumis précédemment à d'autres réglementations comme par exemple ceux qui ont effectué des services temporaires à l'armée ;
- ♦ les jeunes ayant terminé leurs études qui obtiennent la qualité de titulaire le lendemain de la période de 13 mois qui suit la fin des études (y compris l'apprentissage et le jury central)¹⁵ ;
- ♦ les personnes qui dans les 30 jours suivant la fin d'une période de détention privative ou de privation de liberté, retrouvent la qualité de titulaire ;
- ♦ les personnes qui dans les 30 jours suivant leur démission volontaire comme agent statutaire obtiennent la qualité de titulaire pour autant qu'elles aient été employée pendant une période ininterrompue de 12 mois comme agent statutaire.

12. Au lieu de 6 mois jours selon la règle fixée avant le 1^{er} mai 2017.

13. Au lieu des 120 jours selon la règle fixée avant le 1^{er} mai 2017.

14. Au lieu de 400 heures auparavant.

15. Il s'agit du stage d'insertion de 12 mois, une des conditions pour pouvoir bénéficier des allocations d'insertion. Ce stage de 12 mois est allongé d'un mois pour octroyer la dispense.

Le maintien du droit aux indemnités

Les bénéficiaires doivent conserver à un titre quelconque, la qualité de titulaire **pour les 2^{ème} et 3^{ème} trimestres** précédant celui au cours duquel ils font appel aux prestations **pendant 120 jours ouvrables**.

Quant aux travailleurs à temps partiel, intermittents ou saisonniers, ils maintiennent leur droit aux indemnités à condition que pour les 2^{ème} et 3^{ème} trimestres précédant celui pour lequel ils demandent des indemnités ils prouvent 400 heures de travail ou assimilées.

Les conditions d'indemnisation

L'indemnisation dépend de plusieurs éléments :

- ♦ de la catégorie à laquelle appartient le titulaire (chef de ménage, isolé, cohabitant) ;
- ♦ de la base de calcul de l'indemnité journalière ;
- ♦ de la qualité de travailleur régulier et non régulier.

C'est l'employeur qui communique les données sociales à la mutualité.

Cette transmission se fait :

- ♦ soit par voie électronique via la déclaration de risque social (DRS) du secteur indemnités,
- ♦ soit sur papier via les formulaires papier (feuille de renseignements, attestation de reprise du travail ou de chômage, etc.).

Les catégories de titulaires

Il existe trois catégories d'indemnisation :

- ♦ le titulaire ayant charge de famille,
- ♦ le titulaire isolé,
- ♦ le titulaire cohabitant.

Le titulaire avec charge de famille

Est considéré comme titulaire avec charge de famille :

1. Le titulaire cohabitant avec son conjoint
2. Le titulaire cohabitant avec une personne avec laquelle il forme un ménage de fait.

Il ne peut en tout cas pas s'agir :

- ♦ d'un parent ou allié jusqu'au 3^{ème} degré du titulaire ;
- ♦ d'un enfant bénéficiaire d'allocations familiales ;
- ♦ d'un enfant à charge d'un parent tenu à une obligation d'entretien.

3. Le titulaire qui cohabite avec un ou des enfants c'est-à-dire :

- ♦ les enfants et les enfants adoptés du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de celui-ci est mentionné ;

- ♦ les enfants et les enfants adoptés du conjoint du titulaire et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de ce conjoint est mentionné, lorsque le conjoint en assume l'entretien ;
- ♦ les enfants et les enfants adoptés de la personne à charge du titulaire (soit le cohabitant, soit l'ascendant) et ceux dans l'acte de naissance desquels le nom de cette personne est mentionné, lorsque cette personne assume l'entretien de ces enfants;
- ♦ les petits-enfants et arrière-petits-enfants du titulaire, de son conjoint ou de la personne à charge du titulaire (soit le cohabitant, soit l'ascendant) lorsque ce titulaire assume l'entretien de ces enfants ;
- ♦ les enfants qui ont leur résidence principale en Belgique et qui ne sont pas visés dans les catégories précédentes dont le titulaire, son conjoint, ou son cohabitant ou l'ascendant assume l'entretien en lieu et place des père, mère ou autre personne auxquels incombe normalement cette charge.

La preuve de la résidence principale en Belgique résulte de l'information via le registre national.

En ce qui concerne les enfants qui ne sont pas inscrits au registre national, la preuve de la cohabitation résulte également de tous moyens de preuve reconnus par le Service du Contrôle administratif de l'INAMI.

Est censée assumer l'entretien de l'enfant la personne qui cohabite avec l'enfant.

Il n'y a pas de limite d'âge prévue.¹⁶

4. Le titulaire qui cohabite avec un ou plusieurs parents ou alliés jusqu'au 3^{ème} degré inclus.

Pour ces 4 catégories précitées, les personnes peuvent être considérées à charge du titulaire si les conditions suivantes sont réunies :

1° Elles sont considérées à charge si elles n'exercent aucune activité professionnelle et ne bénéficient ni d'une pension ou d'une rente, ni d'une allocation ou d'une indemnité en vertu d'une législation belge ou étrangère.

Toutefois, si le montant de leurs revenus bruts imposables est inférieur à 990,04 €¹⁷, le titulaire sera également considéré comme travailleur ayant personne à charge.

Remarque : Pour la prise en compte des revenus professionnels ou de remplacement, il faut tenir compte non seulement des revenus mensuels mais également des avantages octroyés annuellement tels que les primes, les participations aux bénéfices, le 13^{ème} mois, les gratifications, le double pécule ou les montants payés aux travailleurs en complément du double pécule, ainsi que le pécule de vacances ou le pécule complémentaire versés aux pensionnés. Le montant de ces avantages octroyés annuellement est divisé par 12 et ajouté au revenu mensuel.

Il n'est pas tenu compte :

- ♦ du complément d'ancienneté octroyé aux chômeurs âgés ;
- ♦ de l'indemnité complémentaire aux allocations de chômage octroyée en vertu de la CCT n°46 conclue au sein du Conseil national du Travail ;

16. Dans le cadre de l'assurance soins de santé, la limite d'âge est fixée à moins de 25 ans pour être considéré comme enfant à charge.

17. Montant fixé depuis le 1^{er} septembre 2018.

- ♦ de l'allocation complémentaire forfaitaire octroyée au chômeur occupé dans le cadre d'une agence locale pour l'emploi ;
- ♦ d'une allocation qui est accordée pour compenser la perte ou la réduction d'autonomie.

2° Elles doivent être financièrement à charge du titulaire lui-même et non d'une autre personne qui appartient au même ménage.

3° Elles doivent cohabiter avec le titulaire.

Cette condition n'est pas requise pendant la période au cours de laquelle le titulaire est :

- ♦ hospitalisé,
- ♦ ou hébergé dans une institution ou un service de soins agréé,
- ♦ ou placé en habitation protégée ou en home de séjour provisoire,
- ♦ ou en détention préventive,
- ♦ ou en situation de privation de liberté.

5. **Le titulaire qui paie une pension alimentaire** peut être considéré comme titulaire ayant personne à charge selon les conditions suivantes.

- ♦ Le paiement de la pension alimentaire se base :
 - soit sur une décision judiciaire ;
 - soit sur un acte sous seing privé déposé au greffe du tribunal en cas de procédure de divorce ou de séparation de corps et de biens par consentement mutuel.

Est également considéré comme titulaire ayant personne à charge le titulaire dont le conjoint perçoit une partie des indemnités au titre de sommes dues par des tiers.¹⁸

- ♦ Le titulaire doit :
 - soit vivre seul ;
 - soit cohabiter avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu et qui ne sont pas considérées comme personnes à charge.
- ♦ Le montant de la pension alimentaire ou de la délégation de sommes est au moins égale à 111,55 € par mois.

Le titulaire isolé

Est considéré comme titulaire isolé, le titulaire qui apporte la preuve :

- ♦ soit qu'il vit seul ;
- ♦ soit qu'il vit exclusivement avec des personnes qui ne bénéficient d'aucun revenu sans toutefois pouvoir être considérées comme personnes à charge.

Exemple : le titulaire qui séjourne dans une maison de repos et de soins, vit dans un lieu communautaire mais sera néanmoins considéré comme titulaire isolé.

Est assimilé au titulaire isolé, le titulaire qui cohabite avec un conjoint ou avec un cohabitant ou avec des enfants ou avec des ascendants dans la mesure où les revenus professionnels de ceux-ci sont supérieurs au plafond de revenus fixé à 990,04 € mais inférieurs à 1 593,81 €. ¹⁹

18. En application des articles 221 ou 223 du code civil (mesures urgentes et provisoires).

19. Montants fixés depuis le 1^{er} septembre 2018.

Est assimilé au titulaire isolé, le titulaire qui cohabite avec des personnes à charge dont les revenus de remplacement sont supérieurs à 990,04 € mais inférieurs à 1 089,61 €. ²⁰
Les titulaires qui se trouvent dans ce cas de figure, perçoivent une indemnité calculée au taux isolé.

Le titulaire cohabitant

Il s'agit du titulaire cohabitant avec son conjoint ou d'autres membres du ménage dont les revenus dépassent le plafond autorisé.

Des exemples²¹

- ♦ Une travailleuse habite avec sa sœur de 6 ans et avec ses parents (dont les revenus sont supérieurs au plafond de 1 593,81 €). Sa sœur est financièrement à charge de ses parents. La travailleuse ne peut donc pas être titulaire avec personne à charge.
- ♦ Un travailleur habite avec sa sœur (revenus inférieurs au plafond) et son beau-frère (revenus supérieurs au plafond). Sa sœur est financièrement à charge de son conjoint. Le travailleur n'est pas titulaire avec personne à charge.
- ♦ Une travailleuse habite avec son fils (revenus inférieurs au plafond) et sa tante (revenus supérieurs au plafond). Son fils est financièrement à sa charge. La mutualité ne prend pas en considération les revenus de la tante. La travailleuse est titulaire avec personne à charge.
- ♦ Le conjoint de la travailleuse est décédé. Elle habite avec sa fille (revenus inférieurs au plafond) et sa belle-mère (revenus supérieurs au plafond). Sa fille est financièrement à sa charge. La mutualité ne prend pas en considération les revenus de la belle-mère. Dans ce cas, la travailleuse est titulaire avec personne à charge.

Le calcul et le paiement des indemnités

La base de calcul de l'indemnité journalière

L'indemnité est équivalente à un pourcentage appliqué sur la rémunération brute journalière soit la rémunération brute mensuelle divisée par 26.

Exemple : la rémunération brute mensuelle s'élève à 2 750 €.

La rémunération brute journalière est fixée dans ce cas à 105,77 €.

Toutefois, des plafonds de rémunération sont appliqués.

20. Montants fixés depuis le 1^{er} septembre 2018.

21. Ces différents exemples sont basés sur ceux publiés par l'INAMI :

<https://www.inami.fgov.be/fr/themes/incapacite-travail/Pages/situation-familiale.aspx>

Ce plafond de rémunération perdue est fixé à :

Pour les incapacités ayant débuté	
130,9281 €	Avant le 1 ^{er} janvier 2005
133,5466 €	Entre le 1 ^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2006
134,8821 €	Entre le 1 ^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2008
135,9611 €	Entre le 1 ^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2010
136,9128 €	Entre le 1 ^{er} janvier 2011 et le 31 mars 2013
139,6510 €	Entre le 1 ^{er} avril 2013 et le 31 mars 2015
141,3967 €	Entre le 1 ^{er} avril 2015 et le 31 décembre 2017
142,5279 €	À partir du 1 ^{er} janvier 2018

Les indemnités sont calculées sur base de la rémunération journalière moyenne à laquelle le travailleur avait droit le **dernier jour du 2^{ème} trimestre précédant celui du risque**, pour autant que l'occupation soit restée stable jusqu'au jour du risque.

La rémunération journalière moyenne comprend tous les montants et avantages auxquels le travailleur peut prétendre en exécution de son contrat de travail et sur lesquels des cotisations de sécurité sociale sont prélevées.

Sont exclus :

- ♦ le double pécule de vacances,
- ♦ le pécule de vacances complémentaires,
- ♦ et la prime de fin d'année ainsi que **les autres primes (et avantages similaires) accordés indépendamment du nombre de jours de travail prestées effectivement** durant le trimestre de leur déclaration à l'Office national de sécurité sociale.

La notion de rémunération journalière moyenne implique que le cycle de travail doit être considéré dans son ensemble. Lorsque le régime de travail varie dans le courant du cycle, l'employeur mentionne une rémunération moyenne (et non le salaire qui est d'application au moment de la réalisation du risque ou le dernier jour du deuxième trimestre qui précède celui de la réalisation du risque).

Exemple : un employé effectue un 3/4 temps; il travaille un mois à mi-temps, pour un salaire mensuel de 793,26 € et le deuxième mois, à temps plein, pour un salaire mensuel de 1 586,52 €. La rémunération moyenne sur base mensuelle s'élève à 1 189,89 €.

La rémunération qui doit être mentionnée est celle à laquelle le travailleur aurait pu prétendre le jour de la survenance du risque, ou à laquelle le travailleur pouvait prétendre le dernier jour du deuxième trimestre qui précède celui de la réalisation du risque, dans le cadre d'une occupation normale; il n'y a donc pas lieu de tenir compte des jours de chômage temporaire, des journées d'absence injustifiée, des jours d'incapacité de travail survenant au cours du cycle.

Il y a toutefois des **exceptions**. Il s'agit des situations suivantes :

- a) Lorsque la travailleuse a interrompu le travail pour se reposer, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, la rémunération est celle perçue le jour de la cessation des activités.
- b) Si le travailleur est au bénéfice d'une indemnité pour rupture de contrat lors de la survenance de son incapacité de travail, le montant de la rémunération est celui perçu le dernier jour du contrat de travail.
- c) Si le titulaire est bénéficiaire d'une indemnité d'attente accordée du chef de la fermeture de l'entreprise ou d'une indemnité pour licenciement collectif, le montant est celui de la rémunération perçue le dernier jour du contrat de travail.
- d) Si le travailleur est au bénéfice d'une indemnité en compensation du licenciement lors de la survenance de son incapacité de travail, il faut mentionner le montant de la rémunération perçue le dernier jour du contrat de travail.
- e) Lorsque plusieurs incapacités de travail successives (dues ou non à la même affection) se produisent et sont toutes interrompues par des reprises du travail inférieures à 14 jours, il faut mentionner le montant de la rémunération brute en fonction du premier jour de l'incapacité initiale : le premier jour de l'incapacité initiale ou le dernier jour du deuxième trimestre qui précède le premier jour de l'incapacité de travail initiale (même si l'employeur n'a pas complété de feuille de renseignements pour cette incapacité parce qu'elle était couverte par le salaire garanti).

Calcul de l'indemnité pour la 1^{ère} année d'incapacité de travail

Pour un travailleur (ouvrier ou employé) lié par un contrat de travail au moment de l'incapacité de travail.

- ♦ L'indemnité est égale à 60% du salaire brut (le salaire brut du dernier jour du 2^{ème} trimestre civil précédant celui du risque ou le dernier salaire brut).
Exemple : 60% de 105,77 € = 63,46 €.
- ♦ La situation familiale ne joue aucun rôle pendant les 6 premiers mois de l'incapacité de travail. Par contre, elle peut éventuellement avoir un rôle à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois car elle peut déterminer une indemnité minimum.

Pour un travailleur au chômage au moment où débute son incapacité de travail :

- ♦ Pendant les 6 premiers mois, l'indemnité d'incapacité de travail est alors égale à l'allocation de chômage sauf si le montant de celle-ci est supérieur à l'indemnité d'incapacité de travail (c'est-à-dire 60 % du salaire brut sur la base duquel l'allocation de chômage est calculée). Dans ce cas, la personne aura droit au montant de l'indemnité d'incapacité de travail et non au montant de l'allocation de chômage.
- ♦ À partir du 7^{ème} mois, l'indemnité est égale à 60 % du salaire brut sur la base duquel l'allocation de chômage est calculée.
- ♦ La situation familiale peut éventuellement un rôle à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois de l'incapacité de travail : elle détermine, en effet, l'indemnité minimum.

Questions :

- Comment la mutualité est-elle au courant du montant de la rémunération ou du montant de l'allocation de chômage ? Via la « Feuille de renseignements » transmise, sous forme papier, au travailleur ou sous forme électronique directement à l'employeur (voir également p.16).
- Un travailleur à temps partiel perçoit une allocation de garantie de revenus (complément d'allocations de chômage). Il tombe malade ? Comment sera calculée son indemnité d'incapacité ?
Il sera tenu compte d'une part, de sa rémunération pour son travail à temps partiel *mais* également de l'allocation de garantie de revenus. Dans ce cas, la « Feuille de renseignements » devra être complétée à la fois, par l'employeur et par l'organisme de paiement des allocations de chômage.

Calcul de l'indemnité après la 1^{ère} année d'incapacité de travail (invalidité)

Après la 1^{ère} année d'incapacité de travail :

- ♦ **Le travailleur** (ouvrier ou employé) a droit à un pourcentage de son salaire brut (le salaire brut du dernier jour du 2^{ème} trimestre civil précédant celui du risque ou le dernier salaire brut).
Sa situation familiale détermine ce pourcentage :
 - 65 % s'il a charge de famille,
 - 55 % s'il est isolé,
 - 40 % s'il est cohabitant.
- ♦ **Le chômeur** a droit à un pourcentage du salaire brut sur la base duquel est calculée son allocation de chômage.
Sa situation familiale détermine ce pourcentage :
 - 65 % s'il a charge de famille
 - 55 % s'il est isolé
 - 40 % s'il est cohabitant.

Calcul de l'indemnité par jour

L'indemnité est calculée :

- ♦ par jour,
- ♦ dans le régime de 6 jours, la personne bénéficie d'une indemnité non seulement pour les jours du lundi au vendredi, mais aussi pour le samedi (6 « jours indemnisables »).
Exemple : l'indemnité journalière est fixée à 63,46 €. Le mois de septembre 2018 compte 25 jours indemnisables. Le montant total des indemnités pour ce mois s'élève donc à 1 586,50 € (montant brut).

Les notions de travailleur régulier/ non régulier

La qualité de travailleur régulier ou non régulier

Pour être considéré comme travailleur régulier, le titulaire doit réunir **simultanément** les conditions suivantes :

1. Avoir 21 ans minimum, ou en-dessous de 21 ans avec charge de famille ;

2. Avoir la qualité de titulaire des indemnités depuis 6 mois au moins au début de l'incapacité de travail.
3. Totaliser 120 jours de travail ou assimilés (à l'exclusion des journées de chômage contrôlés) ou 400 heures de travail ou assimilées;
4. Totaliser, pendant la période prenant cours à la date à laquelle il est devenu titulaire et expirant la veille du début de son incapacité de travail (= période de référence), un nombre de jours de travail ou assimilés²² correspondant au moins aux 3/4 des jours ouvrables de la période envisagée (soit 243 jours sur 312 sur un an) ;
5. Justifier pour l'ensemble des jours ouvrables de la période de référence d'une rémunération journalière moyenne qui varie selon l'âge et le début de l'incapacité (au 1^{er} janvier 2017 : au moins égale à 59,0312 € s'il est âgé de 21 ans ou plus).

La personne qui ne remplit pas simultanément les cinq conditions est un travailleur non régulier. La différence est importante pour ce qui concerne la fixation des indemnités minimales.

Montant minimal de l'indemnité à partir du 1^{er} jour du 7^{ème} mois d'incapacité, par jour – Montant fixé à partir du 1^{er} septembre 2018

Qualité et situation familiale du titulaire	Montant au 1.9.2018
Travailleur régulier	
- avec charge de famille	59,85 €
- isolé	47,89 €
- cohabitant	40,78 €
Travailleur non régulier	
- avec charge de famille	48,26 €
- sans charge de famille	35,02 €

Le refus de paiement des indemnités

Dans plusieurs cas, le travailleur ne peut pas prétendre au versement des indemnités :

- ♦ soit parce que la période est couverte par une autre rémunération (une rémunération garantie, un pécule de vacances, des indemnités de rupture...);
 Dans le cas des vacances annuelles : sur demande écrite des titulaires, les jours de vacances sont imputés sur la période comprise entre la date de la demande et l'expiration de l'année de vacances. Sinon les jours sont imputés au cours du mois de décembre de l'année de vacances.

Exemple : un travailleur a travaillé comme salarié toute l'année 2017 jusqu'au 23 février 2018. Il est hospitalisé le 24 février 2018 ; son incapacité se prolongera probablement jusqu'à la fin de l'année 2018.
 Son employeur lui verse son pécule de vacances sur base des prestations effectuées en 2017.

22. Dans ce cas-ci, les jours qui sont assimilés sont les journées de repos de maternité, les jours d'incapacité de travail, les jours de congé d'écartement, les journées de stage nécessaires à l'ouverture du droit.

Sans demande écrite de sa part, la mutualité imputera les jours de vacances au cours du mois de décembre 2018 et ne versera pas d'indemnités pour ce mois-là.

- ♦ soit parce qu'il peut faire appel à des allocations de chômage (par exemple des allocations de chômage temporaire ;
- ♦ soit parce que l'âge légal de la retraite est atteint (65 ans) ;
- ♦ soit parce qu'il peut bénéficier d'une indemnité d'incapacité temporaire et totale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ♦ soit parce qu'il peut faire appel à une allocation d'interruption en cas d'interruption complète de carrière.

La suspension du paiement des indemnités

Le paiement des indemnités est suspendu :

- ♦ soit parce que le titulaire ne s'est pas présenté au contrôle (du médecin-conseil ou conseil médical de l'invalidité) ;
- ♦ soit pour des raisons de territorialité. La condition de territorialité est en voie de disparition puisque la Belgique a conclu des conventions bilatérales et qu'elle est également soumise sur le plan européen aux règlements CE.
S'il s'agit d'un pays avec lequel la Belgique n'a pas conclu d'accord, il y a suspension du paiement des indemnités.

En cas de détention ou d'incarcération

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toute personne **détenue ou incarcérée en prison**, en exécution d'une condamnation pénale, ne peut plus percevoir ses indemnités de maladie.

Le paiement des indemnités est totalement suspendu et ce, même si le détenu a des personnes à charge.

De la même manière, l'octroi des indemnités est également suspendu lorsque la personne peut quitter la prison en raison de l'application de l'une des modalités d'exécution de la peine suivantes :

- ♦ **la permission de sortie**. Celle-ci permet au condamné de quitter la prison pour une durée déterminée qui ne peut excéder 16 heures²³ ;
- ♦ **le congé pénitentiaire** permet au condamné de quitter la prison trois fois 36 heures par trimestre²⁴ ;
- ♦ **la détention limitée** est un mode d'exécution de la peine privative de liberté qui permet au condamné de quitter, de manière régulière, l'établissement pénitentiaire pour une durée déterminée de maximum 12 heures par jour. La détention limitée peut être accordée au condamné afin de défendre des intérêts professionnels, de formation ou familiaux qui requièrent sa présence hors de la prison.²⁵

23. Visée à l'article 4 de la loi du 17 mai 2006 relative au statut juridique externe des personnes condamnées à une peine privative de liberté et aux droits reconnus à la victime dans le cadre des modalités d'exécution de la peine.

24. Visée à l'article 6 de la loi précitée.

25. Visée à l'article 21 de la loi précitée.

Par contre, **en cas de surveillance électronique²⁶ ou de libération conditionnelle²⁷** il est mis fin à la suspension de paiement et l'ex-détenu a droit à nouveau à ses indemnités de maladie.

La surveillance électronique est un mode d'exécution de la peine privative de liberté par lequel le condamné subit l'ensemble ou une partie de sa peine privative de liberté en dehors de la prison selon un plan d'exécution déterminé, dont le respect est contrôlé notamment par des moyens électroniques.

La libération conditionnelle est un mode d'exécution de la peine privative de liberté par lequel le condamné subit sa peine en dehors de la prison, moyennant le respect des conditions qui lui sont imposées pendant un délai d'épreuve déterminé.

Pour les titulaires internés

L'octroi de l'indemnité de maladie est limité à la moitié pour le titulaire interné qui n'a pas de personne à charge et qui séjourne dans une institution désignée par l'instance compétente sous le statut d'un placement. S'il obtient l'autorisation de quitter l'établissement pour une période ininterrompue d'au moins sept jours, il percevra à nouveau son indemnité intégrale d'incapacité de travail, et ce à partir du premier jour de cette période.

La réduction des indemnités

Les indemnités sont réduites :

- ♦ en cas de cumul avec des allocations pour personnes handicapées ;
- ♦ parce que le titulaire exerce une activité autorisée par le médecin-conseil.
Le travailleur qui reprend une activité salariée autorisée percevra une indemnité journalière d'incapacité de travail réduite.

Le paiement des indemnités à titre provisionnel

Pour rappel, les prestations sont refusées lorsque le dommage découlant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une législation belge, étrangère ou du droit commun.

Sont notamment concernées au titre d'une autre législation :

- ♦ la loi du 10 avril 1971 relative aux accidents du travail (voir p.32),
- ♦ les lois coordonnées du 3 juin 1970 relatives aux maladies professionnelles,
- ♦ et pour ce qui concerne le droit commun, spécialement les dispositions relatives à la responsabilité civile.

L'interdiction est tempérée par la possibilité pour l'assuré de recevoir les prestations de l'assurance indemnités en attendant qu'il obtienne un de ces avantages.

L'organisme assureur est alors subrogé de plein droit au bénéficiaire pour la récupération des prestations qu'il lui aura versées à titre provisionnel.

26. Visée à l'article 22 de la loi précitée.

27. Visée à l'article 24 de la loi précitée.

La convention intervenue entre le débiteur de la réparation et le bénéficiaire n'est pas opposable à l'organisme assureur sans l'accord de ce dernier.

Il faut également souligner que l'organisme assureur dispose d'un recours propre contre le Fonds commun de garantie automobile.

Par contre, les règles précitées ne sont pas applicables en cas de réparation des dommages subis par les patients et leurs ayants droits, causés en Belgique par un prestataire de soins²⁸ sauf dans le cas où l'organisme assureur a exercé un recours contre le responsable du dommage en cas de faute intentionnelle du prestataire de soins ou en cas de faute lourde du prestataire de soins.

La récupération des indemnités indument versées

Le bénéficiaire qui a perçu indûment des indemnités par suite d'erreur, recevra de sa mutualité la notification de récupération des montants indus.

La mutualité dispose **des délais de prescription** suivants :

- ♦ un délai général de prescription de **2 ans** ;
- ♦ un délai de prescription de **1 an** en cas de paiement indu résultant d'une erreur de droit ou une erreur matérielle de la mutualité et lorsque l'assuré erronément crédité ne savait pas ou ne devait pas savoir qu'il n'avait pas ou plus droit, en tout ou en partie, à la prestation versée ;
- ♦ un délai de **5 ans** en cas de manœuvres frauduleuses.

Le bénéficiaire a trois possibilités :

- ♦ soit il est **d'accord pour rembourser** le montant indu ;
- ♦ soit il décide **de contester la décision de récupération** parce que notamment, il s'agit d'une erreur de droit ou matérielle imputable à la mutualité.
En cas de contestation, il dépose un recours auprès du greffe du Tribunal du Travail dans un délai de trois mois à dater de la notification de la décision par l'organisme assureur (= la mutualité) ;
- ♦ soit il introduit **une demande de renonciation pour tout ou partie de la dette** par l'intermédiaire de sa mutualité (notamment son service social).

28. Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages liés aux soins de santé – M.B. 6.7.2007.

L'accident du travail ou l'accident sur le chemin du travail

Comme souligné au début de cette brochure, l'accident du travail (ou l'accident sur le chemin du travail) est indemnisé en cas de reconnaissance, par l'entreprise d'assurances (privée) auprès de laquelle l'employeur doit être affilié.

Il existe une abondante jurisprudence relative à la reconnaissance d'un accident comme accident du travail. Les Cours et Tribunaux du travail ont souvent à juger de la notion d'événement soudain en lien avec la lésion, de la durée de l'incapacité temporaire et de la fixation du taux d'incapacité permanente.

Le refus de prise en charge

Il peut arriver que l'assureur refuse de prendre en charge l'accident ou qu'il estime avoir un doute quant à l'accident du travail.

Il peut par exemple considérer que la lésion provoquée par l'accident n'a pas de lien direct avec l'événement soudain.

Exemple de reconnaissance d'un accident du travail :

- ♦ événement soudain : contact avec un produit toxique
- ♦ lésion : eczéma de la peau qui se développe peu à peu

Exemple de non reconnaissance d'un accident du travail

- ♦ lésion : infarctus
- ♦ stress professionnel sur une longue durée

Dans ce cas, l'accident du travail sera refusé car, même si la lésion survient subitement, elle n'est que la conséquence d'une détérioration progressive et prolongée dans le temps.

En cas de refus de prise en charge ou en cas de doute, l'assureur doit, **un délai de 30 jours** qui suivent la réception de la déclaration, prévenir :

1. FEDRIS (secteur : Fonds des Accidents du Travail),
2. La mutualité du travailleur.

1. Vis-à-vis de FEDRIS

Lorsqu'il est averti du refus de prise en charge ou de l'existence d'un doute, le Fonds des Accidents du Travail de FEDRIS **peut procéder à une enquête** au sujet des causes et circonstances de l'accident et dresse un procès-verbal.

Une copie du procès-verbal est envoyée à :

- ♦ l'assureur,
- ♦ la victime,
- ♦ et la mutualité de la victime.

En cas de contestation entre l'assureur et le Fonds des Accidents du Travail, celui-ci peut porter le litige devant le Tribunal du Travail.

2. Vis-à-vis de la mutualité

La notification que l'assureur adresse à la mutualité doit être accompagnée de la copie de la déclaration d'accident.

Cette notification est considérée comme une déclaration d'incapacité de travail introduite en temps utile auprès de la mutualité.

L'assureur prévient également la victime dans le même délai.

Au cas où l'assureur omet de faire cette déclaration dans le délai, il devra les payer au travailleur qui, hormis la déclaration, remplit les conditions pour les obtenir.

Bon à savoir : dans les faits, il est rare que cette procédure soit respectée. Les victimes ignorant cette obligation, se retrouvent sans revenus, leur mutualité n'ayant pas été informée par l'assureur du refus de prise en charge de l'accident comme accident du travail.

La fin de l'incapacité temporaire de travail

En cas de reconnaissance, l'assureur indemnise durant la période d'incapacité temporaire.

Au moment de **la consolidation**, c'est-à-dire au moment où les lésions n'évoluent plus, l'assureur vérifie si le travailleur a perdu tout ou partie de ses capacités de se procurer des revenus par son travail (incapacité permanente appelée également incapacité socio-économique).

À ce moment-là, il y a plusieurs possibilités :

- ♦ **S'il estime qu'il n'y a pas de séquelles indemnissables**, l'assureur déclare le travailleur guéri sans incapacité permanente.
 - Si l'incapacité temporaire a duré **moins de 7 jours**: le travailleur n'est pas informé par lettre.
 - Si l'incapacité temporaire a duré **plus de 7 jours**: le travailleur est informé par lettre.
 - Si l'incapacité temporaire a duré **plus de 30 jours**: la guérison doit être constatée par un certificat médical dont le modèle est obligatoire.
- ♦ **S'il estime qu'il subsiste une incapacité permanente**, l'assureur fait une proposition de règlement de l'accident.

La proposition contient les éléments suivants :

- la description des lésions ;
- le taux d'incapacité permanente ;
- le pourcentage d'incapacité de travail ;
- la date de consolidation (la date à partir de laquelle les lésions n'évoluent plus) ;
- la rémunération de base (la rémunération gagnée durant l'année qui a précédé l'accident) ;

Si le travailleur et le médecin de son choix, qui peut être le médecin traitant, acceptent la proposition de l'assureur, le dossier est transmis par l'assureur à Fedris qui vérifie si la loi sur les accidents du travail a été respectée. Il s'agit de **la procédure d'entérinement**.

Fedris entérine l'accord dans un délai de 3 mois et transmet au travailleur une copie de sa décision ainsi qu'à l'assureur.

Fedris peut suspendre la procédure pendant 2 mois au maximum si des éléments de l'accord manquent ou doivent être modifiés.

Il peut refuser d'entériner s'il constate que l'accord entre le travailleur et l'assureur n'existe plus ou s'il estime que la loi n'a pas été respectée (rémunération de base mal calculée, taux d'incapacité insuffisant...).

Dans ce cas, il fait connaître son point de vue au travailleur ainsi qu'à l'assureur.

Fedris refuse l'entérinement ou si le travailleur ne marque pas son accord sur la proposition de l'assureur, l'affaire sera portée devant le tribunal du travail par le travailleur ou l'assureur.

Le tribunal, éventuellement après expertise médicale, fixera le règlement de l'accident par jugement.

En cas de désaccord

- ♦ Si le travailleur n'est pas d'accord avec la décision de l'assureur, il peut s'adresser au **tribunal du travail** de son domicile.

Dans ce cas, deux voies sont possibles :

- soit le travailleur s'adresse à l'assureur, qui est d'accord de se présenter avec lui devant le tribunal du travail. C'est qu'on appelle la comparution volontaire ;
- soit il s'adresse à un huissier pour obliger l'assureur à se présenter devant : dans ce cas, il s'agit d'un recours qui se fait par citation.

Les frais de procédure (huissier, greffe, expertise...) sont à la charge de l'assureur. Les honoraires des conseils (avocat, médecin...) sont à la charge du travailleur sauf s'il peut bénéficier de l'intervention d'un avocat via le bureau d'aide juridique (ex prodeco).

La personne affiliée à un syndicat a tout intérêt à demander son intervention pour l'assister dans ses démarches.

- ♦ Si le travailleur est toujours en incapacité de travail, il devra introduire son certificat d'incapacité auprès de sa mutualité.

Conclusion

Des procédures à n'en plus finir, une bureaucratie lourde, des agents de 1^{ère} ligne insuffisamment formés, des législations sociales complexes et inopérantes, des chassés-croisés entre les différents organismes prestataires, la non effectivité des droits, autant de facteurs qui insécurisent et placent les assurés sociaux dans une précarité sociale et financière avec des impacts sur leur santé.

Or, la sécurité sociale a été instituée pour protéger des risques sociaux ce que manifestement elle n'assure plus pleinement.

L'objet social de l'Atelier des Droits sociaux

L'association a pour but la promotion de la citoyenneté active pour tous. Elle vise à la suppression des exclusions en matière économique, juridique et politique, notamment sur le plan du travail, de l'habitat, de la santé, de la sécurité sociale, de l'aide sociale et de l'aide juridique. Elle accorde une attention particulière aux personnes qui rencontrent des difficultés à exercer la plénitude des droits nécessaires pour participer pleinement à la vie sociale, ainsi qu'à la sauvegarde et au développement des mécanismes de solidarité sociale.

Dans cette perspective, elle a pour objectifs l'élaboration et la mise en œuvre des moyens permettant à tous les citoyens de connaître leurs droits, de les faire valoir et de s'organiser collectivement pour les défendre ou les promouvoir, notamment par l'information la plus large, l'aide juridique, des formations adaptées et l'appui aux initiatives d'organisation collective. Dans la même perspective, l'association a également pour objectif l'information et la sensibilisation des instances politiques, économiques et sociales sur les situations d'exclusion des droits sociaux.

L'Atelier des Droits Sociaux met à disposition des associations, et du public, des outils pédagogiques et une documentation générale sur les droits sociaux dans une optique de :

- ♦ Promotion des droits sociaux
- ♦ Lutte contre les mécanismes d'exclusion sociale
- ♦ Démocratisation de la culture juridique

L'asbl est reconnue comme organisation générale d'éducation permanente par la Fédération Wallonie-Bruxelles et comme association œuvrant à l'insertion par le logement par la Région de Bruxelles-Capitale.

Elle est soutenue comme initiative Santé par la Commission communautaire française.

Elle est agréée comme service juridique de 1^{ère} ligne par la FWB.

