

EUROGIP

L'essentiel de l'assurance AT-MP BELGIQUE

Collection sur les systèmes d'assurance contre les
accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP)
dans les pays de l'Union européenne

août 2009
Réf. Eurogip-42/F

1. Introduction

La Belgique est l'un des quelques pays de l'Union européenne où la gestion de l'assurance contre les accidents du travail (AT) relève de sociétés privées, placées sous le contrôle d'un organisme public - le Fonds des accidents du travail (FAT) - alors que celle contre les maladies professionnelles (MP) est de la compétence exclusive d'un organisme public, le Fonds des maladies professionnelles (FMP).

Dans le présent document, il a par conséquent paru logique d'aborder les caractéristiques de l'assurance AT d'une part, les caractéristiques de l'assurance MP d'autre part.

Concernant le monde du travail en particulier, sur une population totale de 10,667 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2008, la population active s'élevait à environ 4 millions de personnes, dont :

- 2 620 481 dans le secteur privé au 31 mars 2008
- 731 039 dans le secteur public au 31 mars 2008
- 795 000 dans le secteur indépendant.

À ce découpage correspondent trois systèmes de sécurité sociale, respectivement pour :

- les travailleurs salariés
- les fonctionnaires
- les indépendants.

Ce document traite de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

2. Les caractéristiques de l'assurance contre les accidents du travail (AT)

2.1 Les organismes compétents

Les sociétés privées

L'assurance contre les accidents du travail relève de 11 sociétés privées et de 4 caisses communes (associations mutuelles sans but lucratif, constituées par les employeurs et auxquelles la loi reconnaît la personnalité civile ; par exemple Mensura, Securex...).

En vertu de la loi du 10 août 2001, transposant la directive (92/49 CEE) relative à l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, l'employeur ne peut souscrire une assurance AT qu'auprès d'une société autorisée (par le Fonds des accidents du travail) à cette fin, ou qui peut exercer en Belgique par l'intermédiaire d'une succursale ou en régime de libre prestation de services conformément à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des sociétés d'assurances (celles-ci doivent en outre satisfaire à toutes les conditions posées par la loi du 10 avril 1971 - art 49 sur les AT).

Assurance AT-MP : quelques repères historiques

Décembre 1903 : après treize ans de débats houleux, une loi pose le principe de la réparation obligatoire des dommages causés par les accidents du travail sans que l'ouvrier accidenté ait à prouver la faute de l'employeur. L'indemnisation est forfaitaire : ni réelle, ni totale, elle est calculée sur un salaire plafonné et ne prend en compte que le dommage corporel.

Le champ d'application de la loi est limité aux entreprises industrielles qui emploient au moins cinq personnes.

1930 : toutes les entreprises, dès lors qu'elles emploient habituellement un travailleur pendant au moins deux mois par an, sont assujetties à la loi de 1903.

24 juillet 1927 : loi relative à la réparation de trois maladies professionnelles

1945 : les victimes d'accidents de trajet sont également indemnisées.

Décembre 1963 : une réglementation met fin au système restrictif de la "double liste" qui, à l'instar des tableaux français, désigne une maladie et des conditions d'exposition.

1971 : l'employeur a l'obligation de contracter une assurance AT auprès d'une société de son choix (jusqu'à cette date, il assumait seul la responsabilité de la réparation du dommage).

Décembre 1990 : introduction du système "ouvert" ou hors liste (voir 3.3)

13 juillet 2006 : introduction de la notion de maladie en relation avec le travail dans le système de maladie professionnelle

1er avril 2007 : création d'un Fonds amiante au sein du Fonds des maladies professionnelles en vue d'indemniser également les victimes environnementales

23 décembre 2008 : un arrêté royal finalise le mécanisme du "risque aggravé" selon lequel les entreprises présentant de mauvaises statistiques en matière d'accidents du travail devront verser à leur assureur une contribution forfaitaire annuelle pouvant atteindre 15 000 euros (voir point 5).

Les sociétés de l'Espace économique européen (EEE) qui veulent pratiquer en Belgique sont soumises au contrôle du pays où l'entreprise a établi son siège social. Les sociétés belges ou non ressortissantes de l'EEE sont soumises au contrôle "prudentiel" de la Commission bancaire, financière et des assurances (CBFA).

Enfin, les sociétés d'assurance doivent constituer une garantie bancaire, autrement dit avoir un accord de caution avec un organisme bancaire.

Il n'existe pas de dispositions spécifiques en matière d'AT pour les personnes exerçant une profession libérale, les commerçants, les indépendants, les gérants de sociétés, les demandeurs d'emploi et les bénévoles.

2.3 Les risques couverts

En droit belge, un **accident du travail** est un événement soudain survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail, qui produit ou constitue l'une des causes d'une lésion.

La lésion peut être physique ("foulure, fracture, amputation, brûlure, etc.") ou mentale ("dépression nerveuse, etc.") entraînant des frais médicaux, une incapacité de travail ou la mort (ces conséquences ne doivent pas nécessairement se produire au même moment que l'événement).

Il y a exécution du contrat de travail lorsque l'employeur peut exercer son autorité. Ainsi, un accident survenu durant une pause ou lors d'une fête d'entreprise peut être reconnu comme accident du travail parce que ce sont des circonstances où l'autorité de l'employeur est susceptible de s'exercer.

La présomption selon laquelle la lésion résulte d'un événement soudain et l'accident a été provoqué par le fait de l'exécution du contrat de travail peut être réfutée par l'entreprise d'assurance. Si tel est le cas, la victime peut demander au FAT de mener une enquête.

L'**accident sur le chemin du travail** est pris en charge en Belgique et se caractérise comme un événement soudain survenu sur le trajet normal du travail, qui produit une lésion. Le chemin normal est celui raisonnablement emprunté par le travailleur pour se rendre (du seuil) de sa résidence au lieu de l'exécution du travail et inversement.

Le trajet reste considéré comme normal lorsqu'il s'agit d'une interruption ou d'un détour justifié(e) par des obligations auxquelles le travailleur ne peut se soustraire ou lorsqu'il s'agit d'un détour ou d'une interruption appréciable constituant un cas de force majeure, c'est-à-dire un événement imprévu qui empêche le travailleur de prendre le chemin normal. L'importance de l'interruption ou du détour est fonction de la durée et de la longueur du trajet normal. Le chemin du travail reste normal en cas de détour effectué dans le cadre du covoiturage ou pour conduire / reprendre les enfants à l'école.

Il existe une série de lieux et de chemins assimilés à ceux du travail. Ainsi, le trajet du lieu de travail vers le lieu où le travailleur prend ou se procure son repas et inversement, le trajet vers le lieu de formation professionnelle... sont assimilés au chemin du travail.

2.4 La déclaration d'AT

L'employeur ou son délégué a l'obligation de déclarer les accidents de travail à l'assureur dans un délai de 8 jours à

compter du lendemain de l'accident. La déclaration est établie à l'aide d'un formulaire papier ou électronique.

En cas d'accident grave, d'autres obligations incombent à l'employeur envers l'inspection du travail.

En cas de refus ou de négligence de l'employeur, la victime ou ses ayants droit peuvent effectuer la déclaration d'AT dans un délai de trois ans maximum auprès des assureurs de l'employeur ou du Fonds des accidents du travail.

Si l'assureur accepte l'accident, il en informe la victime ou ses ayants droit. S'il refuse la prise en charge de l'accident ou doute de l'application de la loi, il prévient la victime et sa mutuelle dans les 30 jours qui suivent la réception de la déclaration.

Cette information donnée à la mutuelle est considérée comme une déclaration d'incapacité de travail et permet à la victime d'avoir droit aux indemnités d'incapacité de travail payées par la mutuelle.

En cas de refus ou de doute, l'assureur doit également prévenir dans le même délai de 30 jours le FAT. Celui-ci peut (également à la demande de la victime) procéder à une enquête sur les circonstances de l'accident.

2.5 Les prestations versées

En cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail, la victime d'un AT a droit à des indemnités journalières ; en cas d'incapacité permanente de travail, elle perçoit une allocation pendant le délai de révision et une rente après ce délai.

Les indemnités, allocations et rentes sont calculées à partir de la rémunération de base, c'est-à-dire le salaire perçu pendant l'année qui a précédé l'accident. Une allocation peut également être versée si l'état de la victime exige l'aide d'une autre personne.

Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et hospitaliers sont pris en charge par l'assureur jusqu'à l'expiration du délai de révision puis par le FAT pour les accidents survenus avant le 1er janvier 1998. Pour les accidents survenus après cette date, ces frais sont pris en charge par l'assureur.

En principe, l'assuré choisit librement son médecin ainsi que les services hospitaliers et pharmaceutiques, sauf si l'entreprise ou l'assureur agréé a instauré un service selon le mode prévu par le législateur. Dans ce cas, les soins dispensés sont gratuits.

En cas d'incapacité temporaire

La victime perçoit des indemnités journalières à compter du lendemain de l'accident pour chaque jour d'incapacité (y compris les week-ends). Pratiquement, l'employeur verse le salaire normal durant les 30 premiers jours et reçoit de l'assureur, pour cette période, les indemnités qui sont dues à la victime. Ce mois de salaire n'est pas cumulable avec les indemnités d'accident du travail, mais l'assuré a droit au montant le plus élevé des deux

prévoyance en faveur des victimes des maladies professionnelles qui existait depuis 1927.

Le FMP est un organisme public de sécurité sociale, administré par un Comité de gestion composé d'un président et de sept membres représentant les organisations des employeurs et de sept membres représentant les organisations des travailleurs ; seuls ces membres ont voix délibérative.

Outre ses pouvoirs en matière d'administration du Fonds, le Comité de gestion peut soumettre au ministre des Affaires sociales des propositions de modification aux lois et arrêtés qu'il est chargé d'appliquer, accompagnées d'un plan de financement en cas de charges financières supplémentaires. Le Comité de gestion peut adresser au même ministre des avis sur toutes les propositions de loi dont le Parlement est saisi.

Le FMP a pour mission d'assurer l'application des lois destinées à régler la réparation des dommages résultant des maladies professionnelles et de promouvoir la prévention de celles-ci. Il examine en particulier les demandes de réparation, prend les décisions et verse les indemnités. L'employeur est tenu de s'y assurer.

Un conseil scientifique a été établi au sein du Fonds. Ses missions consistent à :

- étudier des maladies, contrôler celles qui peuvent donner lieu à une indemnité et en proposer l'inscription sur la liste belge des maladies professionnelles ;
- chercher les moyens les plus appropriés, nécessaires pour un traitement rationnel et assurer la prévention des maladies professionnelles.
- faire toute proposition ou donner des conseils relativement à tout problème, tant sur sa propre initiative qu'à la demande du ministre dont relève le Fonds ou du Comité de gestion.
- faire toute proposition ou donner des avis relativement aux risques professionnels qui requièrent une surveillance de santé prolongée au sens du Codex concernant le bien-être au travail d'une part, les conditions dans lesquelles et la manière dont la surveillance est exercée d'autre part.

Le Conseil scientifique est composé de médecins et d'experts, connus pour leur expertise en matière de maladies professionnelles.

À noter par ailleurs que le Conseil scientifique est tenu d'établir chaque année un rapport chiffré sur l'évolution des maladies professionnelles donnant lieu à réparation et sur les moyens de prévention appliqués ou découverts en Belgique ou ailleurs.

Le FMP a également une mission de prévention (cf. point 5).

3.2 Les bénéficiaires de l'assurance MP

- les travailleurs liés par un contrat de travail

- les marins de la marine marchande
- les personnes qui, sans être liées par un contrat de travail, fournissent des prestations artistiques et/ou produisent des œuvres artistiques contre paiement d'une rémunération pour le compte du donneur d'ordre
- les personnes qui, par suite d'incapacité physique de travail ou de chômage, se soumettent à une réadaptation ou à une adaptation professionnelle organisée par l'employeur ou en vertu d'une loi ou d'un décret
- les apprentis et stagiaires, même s'ils ne perçoivent aucune rémunération
- les élèves et étudiants qui pendant leur instruction et par la nature de celle-ci sont exposés au risque d'une maladie professionnelle, aux conditions déterminées par arrêté royal ; à cet effet, aucune cotisation n'est due.

Ne sont pas assurés par le FMP :

- les travailleurs des services publics
- les militaires
- les travailleurs de la SNCB (entreprise publique ferroviaire)
- les personnes qui perçoivent une rémunération pour l'exercice d'un mandat politique exécutif.

3.3 La reconnaissance des maladies professionnelles

Le système de liste

La liste des maladies professionnelles est établie par l'arrêté royal du 28 mars 1969 et mise régulièrement à jour (elle compte à ce jour plus de 150 rubriques de maladies ou d'agents causaux).

Pour la victime, le lien causal entre la maladie et l'exposition ne doit pas être démontré. En effet, une personne exposée au risque de maladie professionnelle du fait de son travail et atteinte de cette maladie est présumée être victime d'une maladie professionnelle et sera indemnisée en tant que telle.

Le système hors liste

En vertu du système "ouvert", une maladie ne figurant pas sur la liste, qui trouve sa cause déterminante et directe dans l'exercice de la profession, peut être reconnue comme professionnelle. La preuve de l'exposition au risque et du lien de causalité doit alors être fournie par la victime ou par ses ayants droit.

Déclaration et demande

Dans un souci de prévention, le conseiller en prévention-médecin du travail doit déclarer la maladie professionnelle au médecin du FMP et au médecin-inspecteur du travail du ministère de l'Emploi. La demande de reconnaissance, effectuée en vue d'obtenir réparation, est dissociée de cette déclaration ; elle est facultative. Le FMP envoie à la victime (ses ayants droit ou un mandataire) le formulaire adéquat car c'est à elle qu'il appartient d'introduire une demande d'indemnité.

mesures proposées à l'employeur et sur le respect par ce dernier des mesures et sa collaboration. L'ensemble des rapports fait l'objet d'une note de synthèse remise au Comité de gestion du FAT, qui met cette information également à la disposition de la Direction générale Contrôle du bien-être au travail du Service public fédéral (SPF) Emploi.

Depuis le 1er janvier 2009, un système de bonus-malus (qui s'inscrit dans le cadre du plan fédéral de réduction des accidents du travail, dit PHARAON) est entré en vigueur.

5. Les compétences en matière de prévention des organismes d'assurance

Les assureurs privés incitent leurs entreprises adhérentes à améliorer la sécurité au travail, ce qui leur permet d'adapter les primes en fonction de la réduction du risque.

Le **Fonds des accidents du travail (FAT)** s'est vu confier la mission de stimuler les mesures de prévention ; en 1994, un Comité technique de la prévention a été créé à cet effet.

Le **Fonds des maladies professionnelles (FMP)** a une mission de prévention des maladies professionnelles. C'est à lui que revient la décision de l'écartement du milieu nocif. Que celui-ci soit temporaire ou définitif, une proposition d'écartement est assortie d'avantages spéciaux :

- écartement temporaire avec arrêt de travail : 90 % du salaire de base, comme pour une incapacité de travail temporaire.
- écartement temporaire avec travail à un poste non exposé : compensation de la perte de salaire éventuelle.

En cas d'écartement définitif :

- l'acceptation de l'écartement implique l'engagement de ne plus s'exposer au même risque ;
- si le FMP l'estime utile, il prend en charge un programme de réadaptation et accorde une indemnité pour incapacité permanente totale durant la période de cette réadaptation ;
- une prime équivalant à peu près à 3 mois de rémunération (90 jours) est toujours octroyée.

Dans certains cas, la femme enceinte peut être écartée du milieu de travail nocif. L'intervention du FMP pour cet écartement temporaire est limitée à la période comprise entre l'arrêt de travail et la 6e semaine précédant la date présumée de l'accouchement.

Au sein du FMP, un Conseil scientifique - composé de professeurs de médecine, ingénieurs, chimistes, médecins et fonctionnaires - a pour mission de rechercher les moyens les plus appropriés en matière de prévention et de traitement rationnel des maladies professionnelles. Le FMP prend ainsi à sa charge le coût des soins de santé, telle la vaccination contre l'hépatite B du personnel soignant ou la vaccination contre la grippe des bénéficiaires d'une réparation pour maladie professionnelle respiratoire ou cardiaque dans le cas

où la personne peut être menacée par une maladie professionnelle dans son activité.

La notion de maladie en relation avec le travail permet au FMP d'offrir des actions dans la sphère de la prévention.

PREVENT est financé à 30 % par des partenaires (assureurs : 21 % et autorités publiques : 9 %) et à 70 % par ses ventes et produits. C'est un institut pluridisciplinaire de connaissance dans les domaines du bien-être au travail. Il a été créé sous sa forme actuelle en 1997, après adoption de la loi sur le bien-être au travail en 1996.

Sa mission est d'intervenir dans les domaines de la santé et la sécurité au travail, ainsi que de l'amélioration des conditions de travail au travers d'activités de recherche, d'information et de formation. Prevent réalise également des travaux d'expertise.

6. Pour en savoir plus

Fonds des Accidents du Travail (FAT)

tél +32 (0)2 506 84 11

http://fat.fgov.be/site_fr/home.html

Brochure : "Vos droits en matière d'accidents du travail dans le secteur privé", à télécharger :

http://fat.fgov.be/site_fr/fat/publications/brochure/document_s/BrochureF03-09_000.pdf

Fonds des Maladies professionnelles (FMP)

tél. +32 (0)2 2266211

<http://www.fmp-fbz.fgov.be>

e-mail : secr@fmp-fbz.fgov.be

Liste des maladies professionnelles :

<http://www.fmp-fbz.fgov.be/Pdfdocs/MedicalF/listBFR.pdf>

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale

tél. + 32 2 233 41 11

<http://www.emploi.belgique.be/home>

Office national de Sécurité sociale (ONSS)

<http://www.onss.fgov.be/fr/home.html>

Assuralia (Union professionnelle des entreprises d'assurance)

tél. +32 (0)2/547 56 11

fax +32 (0)2/547 56 01

<http://www.assuralia.be>

Prevent

<http://fr.prevent.be/>

Eurogip est un groupement d'intérêt public (GIP) créé en 1991 au sein de la Sécurité sociale française. Ses activités s'articulent autour de 5 pôles : enquêtes sur les risques professionnels en Europe, projets d'intérêt communautaire, information-communication, normalisation et coordination des organismes notifiés pour la certification des machines et des équipements de protection individuelle. Elles ont toutes pour dénominateur commun la prévention ou l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles en Europe.

Droits de reproduction : EUROGIP se réserve le droit d'accorder ou de refuser l'autorisation de reproduire tout ou partie de ce document. Dans tous les cas, l'autorisation doit être sollicitée au préalable et par écrit et la source doit être mentionnée.