LA SÉCURITÉ SOCIALE - **2017**

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LUXEMBOURG

2017

DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

LUXEMBOURG

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Inspection générale de la sécurité sociale

Luxembourg, avril 2017

1. Le présent "Droit de la sécurité sociale" a été mis à jour compte tenu des modifications législatives intervenues jusqu'au 1er janvier 2017 (nombre indice applicable: 794,54).
2. Pour la consultation des différents textes indiqués il est renvoyé au recueil "La sécurité sociale - Code de la sécurité sociale - Lois et Règlements" publié en 2017 par le ministère de la Sécurité sociale et l'Inspection générale de la sécurité sociale (mise à jour janvier 2017).

   En ce qui concerne les instruments internationaux, il est renvoyé au recueil "La sécurité sociale - Réglementation internationale" où sont publiés les textes coordonnés.

   Ce recueil comprend trois volumes:

- le premier est consacré à l'Union européenne, à l'Espace économique européen et la Suisse (mise à jour février 2016)
- le deuxième reprenant les conventions bilatérales (mise à jour décembre 2014);
- le troisième contenant les instruments multilatéraux (mise à jour juin 2005).

3. Par ailleurs, toutes informations utiles peuvent être trouvées sur le site internet de la sécurité sociale: http://www.secu.lu

Table des matières

1 Introduction 31

1 NOTION DE SÉCURITÉ SOCIALE 31

2 SOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 32

2.1 Epargne 32
2.2 Responsabilité de l'employeur 33
2.3 Mutualité 34
2.4 Sursalaire familial 35

3 APPARITION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LÉGALE ET OBLIGATOIRE 35

3.1 Premier système d'assurances sociales 35
3.2 Courant atlantique ou bévéridgien 36

4 CONCEPTIONS ACTUELLES 37

4.1 Conception alimentaire de la sécurité sociale 37
4.2 Conception indemnitaire de la sécurité sociale 37
4.3 Assistance sociale 37

5 RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE EN EUROPE 38

5.1 Scandinavie 38
5.2 Royaume-Uni et Irlande 39
5.3 Europe continentale 39
5.4 Europe méridionale 40

2 Développement de la sécurité sociale au Luxembourg 41

1 PHASE DE CRÉATION DES PRESTATIONS 41

1.1 Sécurité sociale 41
1.2 Allocations familiales 42
1.3 Prestations de maternité 43
1.4 Indemnité de congé parental 44
1.5 Indemnités de chômage 44
1.6 Reclassement professionnel interne et externe 45
1.7 Revenu minimum garanti 48
1.8 Préretraite 49
1.9 Assurance dépendance 49
1.10 Pensions complémentaires 49

2 PHASE D'HARMONISATION ET D'AMÉLIORATION DES PRESTATIONS 50

2.1 Assurance pension 50
2.2 Assurance maladie 55

3 Personnes protégées 63

1 ASSURANCE OBLIGATOIRE 63

1.1 Assurance maladie-maternité 64
1.2 Assurance pension 64
1.3 Assurance accident 64

2 ASSURANCE VOLONTAIRE 66

2.1 Assurance maladie-maternité 66
2.2 Assurance pension 67
2.3 Assurance accident 72

3 DROITS DERIVÉS 72

3.1 Droits dérivés en matière de soins de santé - des ayants-droits pour les soins de santé 72
3.2 Droits dérivés en matière d'assurance pension et d'assurance accident - Prestations de réversion 73

4 PRISE EN CHARGE PAR L'ETAT DES COTISATIONS 73

4.1 En matière d'assurance maladie 73
4.2 En matière d'assurance pension 74
4.3 Pour les salariés handicapés 74
4.4 Mesures en faveur de l'emploi 74

5 RÈGLES GÉNÉRALES 78

5.1 Principe de l'unicité de l'affiliation 78
5.2 Dispense de l'assurance 79
5.3 Exemption de l'assurance 80
5.4 Exclusion de l'assurance 81
5.5 Détachement à l'étranger 81
5.6 Procédure d'affiliation 81
5.7 Déclaration et perception des cotisations 82

6 SITUATIONS SPÉCIFIQUES 84

6.1 Actions de secours et de sauvetage 84
6.2 Activités bénévoles 84
6.3 Activités scolaires reconnues par l'assurance accident 84
6.4 Aidants 87
6.5 Aidants informels œuvrant dans le cadre de l'assurance dépendance 87

6.6 Apprenants adultes 88
6.7 Artistes indépendants et intermittents du spectacle 88
6.8 Les jeunes au pair 91
6.9 Bénéficiaires du revenu minimum garanti 91
6.10 Coopérants et agents de la coopération 91
6.11 Députés et autres mandats politiques 92
6.12 Délégués syndicaux 92
6.13 Enfants mineurs 93
6.14 Fonctionnaires 93
6.15 Formation professionnelle 93
6.16 Gens de mer 93
6.17 Handicapés 94
6.18 Indépendants 94
6.19 Membres d'associations religieuses 95
6.20 Mesures d'insertion sociale ou de mise au travail 95
6.21 Opérations pour le maintien de la paix 95
6.22 Représentations diplomatique, économique ou touristique 96
6.23 Service volontaire pour jeunes 96
6.24 Sportifs d'élite 97
6.25 Travailleurs intérimaires 97
6.26 Volontaires de l'armée et de la police 98

4 Relations avec les prestataires de soins 101

1 RELATIONS DANS LE SECTEUR STATIONNAIRE 102

1.1 Etablissements hospitaliers 102
1.2 Maternité 106
1.3 Rééducation fonctionnelle et réadaptations, réadaptation psychiatrique, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque 106
1.4 Etablissements de cures thermales et de cures de convalescence 107
1.5 Etablissements d'aides et de soins 107
1.6 Réseaux d'aides et de soins 108
1.7 Centres semi-stationnaires 108
1.8 Rapports entre les prestataires en matière d'assurance dépendance et la Caisse nationale de santé 109
1.9 Tarif des prestations en matière d'assurance dépendance 110
1.10 Assurance accident 110

2 RELATIONS AVEC LE SECTEUR AMBULATOIRE 111

2.1 Médecin référent 111
2.2 Régime particulier de l'admission des médicaments dans le système de prise en charge 112
2.3 Système du conventionnement général et obligatoire 115
2.4 Elaboration des conventions 116
2.5 Procédures de médiation et d'arbitrage 122

3 COMMISSION DE SURVEILLANCE 123

3.1 Compétence en matière d'assurance maladie et en matière d'assurance accident 123
3.2 Compétence en matière d'assurance dépendance 126

4 COMMISSION DES BUDGETS HOSPITALIERS 128

5 COMMISSION PERMANENTE POUR LES HOPITAUX 128

6 COMMISSION DE NOMENCLATURE 129

7 CONSEIL SCIENTIFIQUE DU DOMAINE DE LA SANTE 130

8 CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE 131

9 AGENCE NATIONALE DES INFORMATIONS PARTAGÉES 132

10 COMMISSION CONSULTATIVE DE LA DOCUMENTATION HOSPITALIERE 134

5 Soins de santé 135

1 PRINCIPES GÉNÉRAUX 135

1.1 Principe du libre choix 135
1.2 Principe de la prise en charge des actes et fournitures 136

2 LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS 137

2.1 Soins médicaux 138
2.2 Soins de médecine dentaire 139
2.3 Traitement des autres professionnels de santé 141
2.4 Analyses et examens de laboratoire 145
2.5 Cures de convalescence et cures thérapeutiques 145
2.6 Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque 147
2.7 Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques 149
2.8 Greffes d'organes 155
2.9 Médicaments 155
2.10 Aides visuelles 161
2.11 Produits sanguins et dérivés plasmatiques 162
2.12 Prestations de voyage et de transport 162

2.13 Soins hospitaliers 168
2.14 Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses 170
2.15 Indemnité funéraire 171

3 RÈGLES DE LA PRISE EN CHARGE 172

3.1 Durée 172
3.2 Modalités de prise en charge 172
3.3 Participation maximale 176
3.4 Condition de forme pour l'obtention des prestations 177
3.5 Délais d'opposabilité des ordonnances 179
3.6 Convenances personnelles 180
3.7 Paiement et prescription des prestations 181
3.8 Dossier médical 181
3.9 Dossier de soins partagé 181
3.10 Assistance exceptionnelle à l'assuré 183
3.11 Carte d'assuré 183
3.12 Dispositions administratives 184

4 LE TRAITEMENT À L'ÉTRANGER 185

4.1 Principes 185
4.2 La prise en charge des soins de santé transfrontaliers dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, dans un pays de l'Espace économique européen, ou dans un Etat auquel le Luxembourg est lié par un instrument bilatéral concernant l'assurance maladie 188
4.3 La prise en charge de soins de santé dispensés dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, la Suisse, ou un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie 192
4.4 Règles particulières 193

5 LE PRINCIPE DE LA MÉDICATION ÉCONOMIQUE 195

6 Prestations en espèces en cas de maladie 199

1 CONTINUATION DE LA RÉMUNÉRATION 199

1.1 Base légale 199
1.2 Durée de la continuation de la rémunération 200
1.3 Base de calcul 201
1.4 Mutualisation des risques de l'employeur 202

2 CONTRÔLE DE L'ABSENTÉISME 204

2.1 Contrôle 204
2.2 Sanctions 206
2.3 Régime des sorties du malade 207

3 INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES DE MALADIE 209

3.1 Durée de l'indemnisation 209
3.2 Détermination de l'indemnité pécuniaire de maladie 211
3.3 Suspension des prestations 212

4 RÉGIME DÉROGATOIRE POUR LE PERSONNEL DE MÉNAGE 213

5 CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES 213

7 Prestations en cas de maternité 215

1 PRESTATIONS EN ESPÈCES 215

1.1 Congé de maternité 215
1.2 Congé d'accueil 217
1.3 Dispense de travail 217
1.4 Travail de nuit 218

2 PRESTATIONS EN NATURE 218

8 Les prestations en cas de dépendance 219

1 DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE 219

1.1 Concept d'assistance d'une tierce personne 220
1.2 Concept d'acte essentiel de la vie 220
1.3 Concept de besoin 220

2 CERCLE DES BÉNÉFICIAIRES 221

3 PRESTATIONS EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE 221

3.1 Prestations en nature 222
3.2 Prestation en espèces 223
3.3 Produits nécessaires aux aides et soins 224
3.4 Aides techniques 224
3.5 Adaptations du logement 225
3.6 Prise en charge de la cotisation à l'assurance pension pour l'aidant informel 226

4 PRESTATIONS EN MILIEU STATIONNAIRE 226

4.1 Prestations en nature 227
4.2 Aides techniques 227

5 ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE 228

5.1 Introduction d'une demande de prestation 228
5.2 Evaluation médicale 228
5.3 Evaluation de base 229

6 DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS 229

6.1 Relevé-type 229
6.2 Plan de partage 230
6.3 Plan de prise en charge 230
6.4 Soins palliatifs 230

7 PRESTATAIRES 230

7.1 Réseau d'aide et de soins 230
7.2 Centre semi stationnaire 231
7.3 Etablissement d'aides et de soins à séjour continu 231
7.4 Etablissement à séjour intermittent 231

8 DROIT AUX PRESTATIONS 232

8.1 Ouverture du droit 232
8.2 Prise en charge des prestations en nature 232
8.3 Prise en charge des prestations en espèces 232
8.4 Révision des prestations 232
8.5 Suppression, réduction et restitution des prestations 233
8.6 Suspension des prestations 233
8.7 Prescription 233

9 CONCOURS AVEC D'AUTRES PRESTATIONS OU D'AIDES 234

9.1 Concours avec des prestations de l'assurance maladie 234
9.2 Concours avec des prestations de l'assurance accident ou de la législation sur les dommages de guerre 234
9.3 Concours avec la législation sur l'aide au logement 234
9.4 Concours avec les dispositions d'assistance sociale 234
9.5 Projets d'actions expérimentales 235

9 Régime complémentaire - Mutualité 237

1 LA MUTUALITÉ AU LUXEMBOURG 237

2 LA MUTUALITÉ DANS LE MONDE - RÔLE ET ACTIVITÉ DES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF DE PROTECTION SOCIALE 239

2.1 Introduction 239
2.2 Survol historique 242
2.3 Entreprise citoyenne et mouvement social 243
2.4 Valeur ajoutée 244
2.5 Inclusion sociale 245
2.6 Responsabilité sociale et développement durable 245
2.7 Place des organisations à but non lucratif dans le champ de la protection sociale 246
2.8 Rôle des organisations à but non lucratif 247

2.9 Discussion sur la protection sociale 248
2.10 Développement des organisations à but non lucratif 248
2.11 Quelles sont les relations/collaborations entre ces organisations et les autorités publiques ? 250
2.12 Conclusion 250

10 Prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle 253

1 ORIGINES 253

2 ÉVENTUALITÉS 254

2.1 Accident du travail proprement dit 254
2.2 Accident de trajet 254
2.3 Maladie professionnelle 255

3 PRESTATIONS 256

3.1 Prestations en nature 256
3.2 Prestations en espèces 256

4 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE 264

4.1 Déclaration des accidents et des maladies professionnelles 264
4.2 Procédure d'obtention de l'indemnité pour dégâts matériels, des rentes accident et des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux 265
4.3 Limitation dans le temps des prestations à charge de l'assurance accident 266

5 SYSTÈME BONUS-MALUS (APPLICABLE À PARTIR DE L'EXERCICE 2019) 267

11 Prestations en cas de vieillesse 269

1 CARRIÈRE D'ASSURANCE 270

1.1 Périodes d'assurance effectives 270
1.2 Périodes complémentaires 273

2 UNITÉ DE CALCUL 275

2.1 Contrôle de la carrière d'assurance 276

3 CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA PENSION 276

3.1 Dispositions anti-cumul 276

4 DÉTERMINATION ET PAIEMENT DE LA PENSION 278

4.1 Ouverture du droit 278
4.2 Procédure administrative 278

5 CALCUL DE LA PENSION 279

5.1 Eléments de pension 279
5.2 Les retenues sur les pensions de vieillesse 285

6 PENSIONS MINIMA ET MAXIMA 286

7 DYNAMISATION DES PENSIONS 287

7.1 Revalorisation au moment de l'attribution de la pension 287
7.2 Réajustement des pensions 287

8 REMBOURSEMENT DES COTISATIONS 288

8.1 Remboursement à l'âge de 65 ans 288
8.2 Remboursement en faveur d'un titulaire d'une pension de vieillesse 288

9 FORFAIT D'ÉDUCATION 288

9.1 Conception du forfait d'éducation 288
9.2 Champ d'application personnel 289
9.3 Ouverture du droit 290
9.4 Montant et modalités de calcul 291
9.5 Dispositions administratives 291

12 Prestations en cas d'invalidité 293

1 DEFINITION DE L'INVALIDITE 293

2 CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT 293

3 CONDITIONS D'OCTROI ET MODALITES DE PAIEMENT DE LA PENSION 294

3.1 Pension d'invalidité temporaire 294
3.2 Pension d'invalidité permanente 294
3.3 Reconduction de la pension d'invalidité en pension de vieillesse 295

4 CALCUL DE LA PENSION 295

4.1 Principes de calcul 295
4.2 Exemple de calcul d'une pension d'invalidité 297

5 PENSION MINIMUM 298

5.1 Principe légal 298
5.2 Exemple de calcul d'une pension minimum 298

6 RETRAIT DE LA PENSION D'INVALIDITE 300

7 DISPOSITIONS ANTI-CUMUL 300

7.1 Concours d'une pension d'invalidité avec une activité professionnelle 300

8 CONCOURS D'UNE PENSION D'INVALIDITE AVEC UNE RENTE D'ACCIDENT 300

9 PROCEDURE ADMINISTRATIVE EN MATIERE DE PENSION 300

9.1 La présentation de la demande 300
9.2 L'instruction de la pension 302

10 INCAPACITE DE TRAVAIL ET REINSERTION PROFESSIONNELLE 302

10.1 Procédure de reclassement professionnel 303
10.2 Incidence sur la relation de travail 307
10.3 Aides prévues en cas de reclassement professionnel interne ou externe 308

13 Prestations en cas de survie 309

1 PENSION DE SURVIE DU CONJOINT OU PARTENAIRE 310

1.1 Conditions d'attribution 310
1.2 Droits à pension du conjoint divorcé 310
1.3 Personnes assimilées au conjoint survivant 311
1.4 Mode de calcul 311
1.5 Dispositions anti-cumul 312
1.6 Modalités de paiement 313

2 LA PENSION D'ORPHELIN 313

2.1 Conditions d'octroi 313
2.2 Mode de calcul et dispositions anti-cumul 314

3 EXEMPLES DE CALCUL 315

3.1 Exemples de calcul des pensions de survie 315
3.2 Exemples d'application des dispositions anti-cumul 316
3.3 Calcul de la pension de survie en cas de divorce 318

4 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE 319

5 COMPLÉMENT EN CAS DE DÉCÈS (TRIMESTRE DE FAVEUR) 319

14 Régimes de pension du secteur public 321

1 GÉNÉRALITÉS 323

2 RÉGIME DE PENSION SPÉCIAL TRANSITOIRE 323

2.1 Champ d'application personnel 323
2.2 Champ d'application matériel 324
2.3 Détermination des prestations 325
2.4 Procédures 327
2.5 Dynamisation des pensions 327

3 RÉGIME DE PENSION SPÉCIAL 327

3.1 Champ d'application personnel 328
3.2 Champ d'application matériel 328
3.3 Détermination des prestations 329
3.4 Procédures 329

15 Coordination nationale des régimes légaux de pension 331

1 COORDINATION DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DES RÉGIMES SPÉCIAUX TRANSITOIRES 332

1.1 Passage d'un régime spécial transitoire vers le régime général : assurance rétroactive auprès du régime général 332
1.2 Passage du régime général vers le régime spécial transitoire : transfert de cotisations vers le régime spécial transitoire 333
1.3 Affiliation concomitante au régime général et à un régime spécial transitoire : cumul de prestations 334

2 COORDINATION DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DES RÉGIMES SPÉCIAUX 335

3 DISPOSITIONS COMMUNES 336

3.1 Mise en compte des périodes d'éducation d'enfants 336
3.2 Instruction des demandes 336
3.3 Réduction et paiement des pensions 337

16 Régimes complémentaires de pension 339

1 CHAMP D'APPLICATION 340

2 ORGANISATION 340

2.1 Autonomie des entreprises et dispositions impératives 340
2.2 Prestations 341

3 DROITS DES SALARIÉS 342

3.1 Droit du travail 342
3.2 Affiliation 342
3.3 Acquisition, détermination, maintien, transfert individuel et rachat des droits acquis 342
3.4 Transfert d'entreprise 343
3.5 Travailleur détaché dans un autre pays membre de l'Union européenne 344
3.6 Principe d'égalité de traitement entre hommes et femmes 344
3.7 Information des salariés 344

4 FINANCEMENT 344

5 ASSURANCE INSOLVABILITÉ 345

6 MESURES FISCALES 346

6.1 Principe général 346
6.2 Taxe rémunératoire 347

7 AUTORITÉ COMPÉTENTE 347

17 Prestations familiales et indemnité de congé parental 349

1 ALLOCATIONS FAMILIALES 349

1.1 Conditions d'attribution 350
1.2 Durée du paiement 351
1.3 Montant de l'allocation familiale 352
1.4 Attributaire et paiement de l'allocation familiale 352

2 ALLOCATION SPECIALE SUPPLEMENTAIRE 353

3 ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE 353

3.1 Condition d'attribution 353
3.2 Montant de l'allocation 354
3.3 Paiement de l'allocation 354

4 ALLOCATION DE NAISSANCE 354

4.1 Conditions d'attribution 354
4.2 Montant et modalités de paiement 356

5 CONGE PARENTAL 356

5.1 Conditions d'attribution et bénéficiaires 357
5.2 Demande de l'indemnité 358
5.3 Caractéristiques de l'indemnité 359
5.4 Statut juridique 360
5.5 Modèles de congé parental 362
5.6 Modalités relatives au congé parental 364
5.7 Procédure de demande 365
5.8 Report du deuxième congé parental 366

18 Prestations de chômage 369

1 CHÔMAGE COMPLET - RÉGIME GÉNÉRAL 369

1.1 Bénéficiaires 369
1.2 Conditions d'octroi des prestations 370
1.3 Paiement des prestations 373
1.4 Durée d'indemnisation 373
1.5 Niveau des prestations 374
1.6 Fin du droit 375

2 JEUNES CHÔMEURS 376

2.1 Champ d'application personnel 376
2.2 Délai de carence 377
2.3 Prestations 377

3 CHÔMEURS INDÉPENDANTS 377

3.1 Champ d'application personnel 377
3.2 Prestations 378

4 INSERTION PROFESSIONNELLE, LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE ET L'OCCUPATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI 378

5 STAGE DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE AU PROFIT DES DEMANDEURS D'EMPLOI 378

6 CHÔMAGE INVOLONTAIRE DU AUX INTEMPÉRIES ET LE CHÔMAGE ACCIDENTEL OU TECHNIQUE INVOLONTAIRE 381

6.1 Chômage dû aux intempéries 381
6.2 Chômage accidentel ou technique involontaire 382
6.3 Champ d'application personnel 382
6.4 Champ d'application matériel 383

7 CHÔMAGE PARTIEL DE SOURCE CONJONCTURELLE 385

19 Préretraite 387

1 LES DIFFÉRENTES FORMES DE PRÉRETRAITE 387

1.1 Préretraite - solidarité 387
1.2 Préretraite progressive 388
1.3 Préretraite - ajustement 388
1.4 Préretraite des travailleurs postés et des travailleurs de nuit 389

2 L'INDEMNITÉ DE PRÉRETRAITE 390

20 Revenu minimum garanti et autres prestations mixtes 391

1 REVENU MINIMUM GARANTI 392

1.1 Notion 392
1.2 Champ d'application 393
1.3 Conditions générales d'ouverture du droit à un revenu minimum garanti 394
1.4 Détermination de la communauté domestique 396
1.5 Détermination du revenu minimum garanti 397

2 INDEMNITÉ D'INSERTION 397

2.1 Conditions d'attribution 397
2.2 Détermination des ressources 398
2.3 Activités d'insertion 398

3 ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE 402

3.1 Conditions d'attribution 402
3.2 Détermination des ressources 403
3.3 Prise en considération de l'obligation alimentaire 405
3.4 Procédures 407
3.5 Révision de la décision d'attribution 408
3.6 Restitution de l'allocation complémentaire 408
3.7 Garantie de la restitution par une hypothèque légale 409
3.8 Cession, mise en gage et saisie 410
3.9 Présentation des demandes 410
3.10 Instruction des demandes 412
3.11 Contrôles 414

4 LA SITUATION DE REVENU POUR PERSONNES HANDICAPÉES 414

4.1 Notion de salarié handicapé 414
4.2 Conditions générales d'attribution de la qualité de salarié handicapé 415
4.3 L'octroi du revenu pour personnes gravement handicapées 415
4.4 Cas particulier 416
4.5 Dispositions administratives 418

5 ALLOCATION DE VIE CHÈRE 418

6 AVANCE ET RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES 421

21 Financement 423

1 GÉNÉRALITÉS SUR LE FINANCEMENT EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE 423

1.1 Sources de financement 423
1.2 Systèmes de financement 424
1.3 Distinction entre les différents systèmes de
1.4 financement 424
1.5 Caractéristiques des différents systèmes de financement 426
1.6 Introduction d'un impôt d'équilibrage budgétaire temporaire 428

2 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ 428

2.1 Système de financement 428
2.2 Cotisations 429
2.3 Contribution de l'Etat 434
2.4 Administration du patrimoine 434

3 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE 434

3.1 Système de financement 434
3.2 Contribution dépendance 435
3.3 Administration du patrimoine 436

4 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE PENSION 437

4.1 Système de financement 437
4.2 Les cotisations 437
4.3 Contribution des pouvoirs publics 442

5 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT 444

5.1 Système de financement 444
5.2 Les cotisations 444
5.3 Contributions financières de l'Etat 444

6 FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES 445

6.1 Système de financement 445
6.2 Cotisations 445
6.3 Contributions de l'Etat 445

7 FINANCEMENT EN MATIÈRE DE CHÔMAGE 446

8 FINANCEMENT DES PRESTATIONS MIXTES 447

9 FINANCEMENT DE LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS 448

9.1 Système de financement 448
9.2 Assiette de cotisation 448
9.3 Classes de cotisation 448
9.4 Taux de cotisation 449
9.5 Surprime 450

22 Organisation 451

1 LES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE 452

1.1 Gouvernance des institutions de sécurité sociale 452
1.2 Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale 453
1.3 La Caisse nationale de santé 454
1.4 Les caisses de maladie du secteur public 458
1.5 La Mutualité des employeurs 460
1.6 La Caisse nationale d'assurance pension 460

1.7 Le Fonds de compensation 462
1.8 Association d'assurance accident 465
1.9 La Caisse pour l'avenir des enfants 465
1.10 Le Centre commun de la sécurité sociale 466

2 ADMINISTRATIONS DE LA SECURITE SOCIALE 468

2.1 L'Inspection générale de la sécurité sociale 468
2.2 Le Contrôle médical de la sécurité sociale 468
2.3 Cellule d'évaluation et d'orientation 470
2.4 Agence pour le développement de l'emploi 472

3 ORGANES CONSULTATIFS 473

3.1 Action concertée 473
3.2 Commission consultative de l'assurance dépendance 473
3.3 Commission de qualité des prestations 474
3.4 Action concertée de l'assurance dépendance 475

4 LES ORGANISMES COMPÉTENTS EN MATIÈRE D'ASSISTANCE SOCIALE 475

4.1 Le Fonds national de solidarité 475
4.2 Service national d'action sociale 476
4.3 Services régionaux d'action sociale 476
4.4 Comité interministériel à l'action sociale 476
4.5 Conseil supérieur de l'action sociale 477
4.6 Offices sociaux 477

23 Juridictions de la sécurité sociale et voies de recours 479

1 LE CONSEIL ARBITRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 480

2 LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 483

3 POURVOI EN CASSATION 484

4 PROCÉDURES PARTICULIÈRES DEVANT LES JURIDICTIONS SOCIALES 485

5 LES RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES 489

6 RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE D'ASSURANCE ACCIDENT 490

24 Nouvelles mesures législatives et réglementaires intervenues 491

1 PRINCIPALES MESURES EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE INTERVENUES ENTRE LE 1*ER* JANVIER 2012 ET LE 1*ER* JANVIER 2017 491

1.1 Assurance maladie-maternité 491
1.2 Assurance pension 492

1.3 Assurance dépendance 494
1.4 Assurance accident 494
1.5 Prestations familiales 494
1.6 Droit international 496

2 RELEVÉ CHRONOLOGIQUE DES MESURES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES INTERVENUES DU 1ER JANVIER 2015 AU 1ER JANVIER 2017 496

2.1 Dispositions générales et communes 496
2.2 Assurance maladie-maternité 498
2.3 Assurance dépendance 500
2.4 Assurance accident 500
2.5 Assurance pension 501
2.6 Prestations familiales 502
2.7 Assistance sociale et autres prestations mixtes 502
2.8 Instruments internationaux 503

25 Principes généraux du droit international de la sécurité sociale 505

1 ÉGALITÉ DE TRAITEMENT 506

2 DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE 506

3 CONSERVATION DES DROITS EN COURS D'ACQUISITION 508

4 MAINTIEN DES DROITS ACQUIS 509

5 SERVICE DES PRESTATIONS À L'ÉTRANGER 510

6 COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS 511

26 Coordination des régimes de sécurité sociale à l'intérieur de l'Union européenne 513

1 OBJECTIF DE LA COORDINATION EUROPÉENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE 514

2 PRINCIPES GÉNÉRAUX 515

2.1 Egalité de traitement 515
2.2 Assimilation des faits 515
2.3 Maintien des droits en cours d'acquisition (Totalisation des périodes) 516
2.4 Maintien des droits acquis (Exportation des prestations) 516

3 CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL 517

3.1 Champ d'application du règlement (CE) n°883/2004 517
3.2 Extension aux ressortissants de pays tiers 517

4 DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE 518

4.1 Principe - Application de la législation du pays d'emploi 518
4.2 Exception - Le détachement 518
4.3 Autres règles dérogatoires 519

5 CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL 519

6 MALADIE ET MATERNITÉ / PATERNITÉ 520

6.1 Généralités sur les prestations 520
6.2 Droit aux prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat d'affiliation 520
6.3 Service des prestations en nature en cas de séjour dans un autre Etat membre 520
6.4 Soins programmés dans un autre Etat membre 522
6.5 Droit aux prestations en nature dans l'Etat de résidence et l'Etat d'affiliation pour certaines catégories de personnes 523
6.6 Droit aux prestations en espèces en cas de séjour ou de résidence dans un autre Etat membre 524

7 DÉPENDANCE 524

7.1 Qualité d'ayant droit 524
7.2 Détermination du droit 525
7.3 Evaluation 525

8 PENSIONS 525

8.1 Vieillesse et décès 525
8.2 Invalidité 527
8.3 Pensions d'orphelin 528
8.4 Personnes couvertes par un régime spécial des fonctionnaires 528
8.5 Personnes couvertes par un régime spécial des fonctionnaires internationaux 528

9 ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES 529

10 ALLOCATION DE DÉCÈS 529

11 CHÔMAGE 529

11.1 Totalisation 529
11.2 Chômeurs se rendant dans un autre Etat membre 530
11.3 Particularités pour les chômeurs frontaliers et saisonniers 530

12 PRESTATIONS FAMILIALES 531

13 PRESTATIONS SPÉCIALES À CARACTÈRE NON CONTRIBUTIF 532

14 PRERETRAITE 533

15 LA SITUATION PARTICULIÈRE DU FRONTALIER 534

15.1 Soins de santé 534
15.2 Indemnités de maladie 535
15.3 Formalités administratives et procédures en matière de pension 536

16 REMBOURSEMENT ENTRE INSTITUTIONS COMPÉTENTES ET INSTITUTIONS QUI ONT SERVI DES PRESTATIONS 538

17 AUTRES PRINCIPES APPLICABLES 538

17.1 Critères pour le maintien en vigueur des conventions de sécurité sociale 538
17.2 Introduction du principe de bonne administration 538
17.3 Echange électronique d'informations sur la sécurité sociale 539

18 LES ORGANES SUR LE PLAN EUROPÉEN 540

18.1 La commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale 540
18.2 Le comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale 540
18.3 La commission des comptes 541
18.4 La commission technique 541

19 ACCORD SUR L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN 541

20 ACCORD ENTRE L'UNION EUROPÉENNE ET LA SUISSE SUR LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES 542

20.1 Les objectifs de l'accord sont 543
20.2 Reprise de l'acquis communautaire 543
20.3 Spécificités de la coordination 544
20.4 Echange d'information entre institutions 544

27 Autres instruments multilatéraux de coordination internationale 545

1 INSTRUMENTS DE COORDINATION DU CONSEIL DE L'EUROPE 545

1.1 Accords intérimaires européens 545
1.2 Convention européenne de sécurité sociale et l'accord complémentaire pour l'application de la convention européenne de sécurité sociale 546

1.3 Convention européenne d'assistance sociale et médicale 547

2 SÉCURITÉ SOCIALE DES BATELIERS RHÉNANS 548

2.1 Historique 548
2.2 Accord dérogatoire conclu sur base de l'article 16 du règlement (CE) 883/2004 en ce qui concerne la législation applicable pour les bateliers rhénans 551
2.3 L'Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure 553
2.4 L'Accord rhénan se distingue également par les structures mises en place 554

3 LA CONVENTION EUROPÉENNE CONCERNANT LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS DES TRANSPORTS INTERNATIONAUX 555

28 Conventions bilatérales de sécurité sociale 557

1 GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES RELATIONS BILATÉRALES 557

1.1 Conventions bilatérales existantes 557
1.2 Conventions bilatérales en cours de ratification 558
1.3 Principes 558
1.4 Champ d'application 559
1.5 Particularités 561
1.6 Imposition 561

2 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA BELGIQUE SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS 561

2.1 Champ d'application matériel 561
2.2 Champ d'application personnel 562
2.3 Conception générale en ce qui concerne les soins médicaux 562
2.4 Bénéficiaires du complément luxembourgeois 562
2.5 Détermination du complément 563
2.6 Extension du droit de bénéficier des prestations sur le territoire compétent 563
2.7 Dispositions administratives 564
2.8 Dispositions particulières concernant les prestations de naissance 565

3 ACCORD ENTRE LE LUXEMBOURG ET LE PORTUGAL SUR LA RECONNAISSANCE RÉCIPROQUE DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ DES DEMANDEURS DE PENSION 566

3.1 Champ d'application personnel 567
3.2 Reconnaissance mutuelle de l'invalidité 567
3.3 Procédure administrative 567

4 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA FRANCE SUR LA SECURITE SOCIALE ET PROTOCOLE ADDITIONNEL 568

5 ACCORD ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA FRANCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION ET DE L'ENTRAIDE ADMINISTRATIVE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE 569

6 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA BELGIQUE SUR LA COOPÉRATION ET L'ENTRAIDE ADMINISTRATIVE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE 570

7 CONVENTIONS BILATÉRALES CONCLUES ENTRE LE LUXEMBOURG ET DES PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN 570

8 ECHANGE DE LETTRE EN VUE DE FACILITER L'APPLICATION DES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE 571

29 La définition de la notion de sécurité sociale dans le droit international 575

1 INTRODUCTION 575

2 LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES INSTRUMENTS PROTÉGEANT LES DROITS DE L'HOMME 578

2.1 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU 578
2.2 La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe 579

3 LES INSTRUMENTS DE SÉCURITÉ SOCIALE 580

3.1 Les conventions de l'OIT 580
3.2 Le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe 581

4 CONCLUSION 583

30 Instruments normatifs internationaux 585

1 LE CODE EUROPÉEN DE SÉCURITÉ SOCIALE ET SON PROTOCOLE 586

1.1 Mise en œuvre des principes du Code 587
1.2 Historique 587

1.3 Structure et ratification du Code 588
1.4 Mécanisme de contrôle 590

2 CODE RÉVISÉ DE SÉCURITÉ SOCIALE 593

3 CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE 593

3.1 Droits garantis par la charte 594
3.2 Mécanisme de contrôle 595

4 LES INSTRUMENTS NORMATIFS DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL 596

4.1 Introduction 596
4.2 Conventions élaborées sous l'égide de l'OIT en matière de sécurité sociale et ratifiées par le Luxembourg 596
4.3 Résolution de l'OIT concernant la sécurité sociale 597
4.4 Discussion récurrente sur l'objectif stratégique de la protection sociale (sécurité sociale) en vertu du suivi de la déclaration de l'OIT de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable 601

31 Collaboration internationale en matière de protection sociale 609

1 L'UNION EUROPÉENNE 609

2 LE CONSEIL DE L'EUROPE 611

3 L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 614

3.1 Mission 614
3.2 Activités 615
3.3 Déclaration de la 28e assemblée générale de l'Association internationale de la sécurité sociale (Beijing 2004) 617

Introduction

1

1 NOTION DE SÉCURITÉ SOCIALE

L'expression sécurité sociale caractérise un ensemble d'efforts destinés à la réparation des conséquences de divers événements qualifiés de "risques sociaux". Ces efforts se reflètent dans des politiques de sécurité sociale qui, pour réaliser leurs buts, se concrétisent dans des systèmes de sécurité sociale juridiquement structurés.

Les politiques et systèmes de sécurité sociale ont des objectifs précis, à savoir protéger, dans une mesure suffisante, toute personne contre un certain nombre d'éventualités qui sont susceptibles de réduire ou de supprimer son activité, de lui imposer des charges supplémentaires, de la laisser dans le besoin en tant que survivant ou de la réduire à l'état de dépendance.

Sur le plan mondial, l'**Organisation internationale du travail**, dans sa **Convention no 102** concernant la norme minimum de la sécurité sociale adoptée à Genève le 28 juin 1952 et ratifiée par le Luxembourg par la loi du 13 janvier 1964, a retenu neuf éventualités qui sont les suivantes:

1. la maladie (soins);
2. la maladie (indemnités compensant la perte du revenu);
3. le chômage;
4. la vieillesse;
5. l'accident du travail et la maladie professionnelle;
6. la maternité;
7. l'invalidité;
8. le décès;
9. les charges familiales.

L'Etat qui désire ratifier la convention no 102 doit s'engager à organiser une protection contre trois au moins de ces neuf éventualités.

Les éventualités précitées sont généralement regroupées en plusieurs **branches**. Au Luxembourg, le regroupement se présente comme suit:

1. assurance maladie-maternité;
2. assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles;
3. assurance vieillesse-invalidité et survie;
4. prestations familiales;
5. chômage.

Le domaine spécial de la dépendance est géré par l'assurance maladie-maternité.

La division des systèmes de sécurité sociale en différentes branches dont chacune couvre une éventualité, sinon un groupe d'éventualités étroitement liées entre elles, s'explique par le processus historique qui a présidé à leur développement.

2 SOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Pour découvrir les sources de la sécurité sociale il y a lieu de remonter au début du dix-neuvième siècle et même au-delà, alors que la révolution française reconnut un droit à l'assistance à chacun et que ce droit fut conçu comme un substitut du droit du travail. La révolution industrielle du dix-neuvième siècle engendra de graves problèmes sociaux suite à l'apparition de grandes manufactures qui attiraient la population des campagnes surpeuplées dans les nouvelles villes industrielles où elle devait constituer bientôt une classe nouvelle, celle de l'ouvrier. Déracinés et ayant perdu tout soutien de la part de leur famille d'origine, ces ouvriers vivaient dans des quartiers misérables, dépendant totalement pour leur subsistance des salaires leur payés, soit au jour, soit à la semaine. En cas de maladie, d'accident de travail, de crise économique avec le chômage en résultant, ils étaient réduits à l'indigence, comme le furent les survivants en cas de décès du chef de famille. Pour sortir de ce carcan et pour se garantir une sécurité économique, il resta à la population ouvrière des techniques qui n'ont pas été spécialement prévues pour résoudre des problèmes posés par les risques sociaux, mais qui pouvaient, éventuellement, leur être appliquées. Ces techniques furent les suivantes: l'épargne, qui est une technique individuelle, la responsabilité de l'employeur, la mutualité, le sursalaire familial et l'assistance sociale.

2.1 Epargne

Pour se prémunir contre les événements susceptibles de menacer sa sécurité, l'individu peut songer à épargner. Il met "de côté" une certaine fraction de son revenu de façon à pouvoir en disposer en temps voulu et faire

face à la maladie, la vieillesse etc. L'épargne s'analyse en une renonciation à une consommation actuelle en vue d'une consommation future.

Quant aux avantages on peut souligner que l'épargnant peut utiliser quand et comme il le désire les sommes épargnées et mettre l'accent sur les vertus morales de cet effort de prévoyance individuelle; il convient par ailleurs de ne pas oublier le rôle social qui peut être celui des institutions d'épargne dans le placement et l'investissement des sommes qui leur sont confiées.

Cependant les limites de l'épargne sont nombreuses. Pour jouer un rôle sérieux dans la garantie de la sécurité économique des individus, l'épargne suppose d'abord qu'ils puissent épargner, autrement dit qu'ils puissent renoncer à employer immédiatement une fraction de leur revenu: cette renonciation est impossible pour ceux qui sont contraints d'utiliser la totalité de leur revenu à la satisfaction des besoins les plus urgents. Or, on remarquera que les classes déshéritées, qui peuvent difficilement épargner, sont justement les plus vulnérables aux risques qui menacent leur sécurité économique.

D'un autre côté, l'épargne qui est un procédé volontaire, suppose également que les individus ont intérêt à épargner, intérêt qui lui-même suppose une certaine stabilité monétaire: si la valeur réelle des sommes épargnées se détériore, la consommation future ne correspondra pas à celle à laquelle il est immédiatement renoncé par l'épargnant et dans ces conditions, le sacrifice pourra paraître vain.

Ajoutons enfin et surtout que l'épargne est un procédé de prévoyance individuel: l'épargnant, faisant face avec ses propres ressources aux événements qui menacent sa sécurité économique, en supporte lui-même la charge. On peut donc considérer l'épargne comme un mode de protection au sens large, mais non comme une véritable technique de garantie: elle permet peut-être à l'intéressé de ressentir moins cruellement les incidences patrimoniales des risques économiques, mais ces incidences ne sont pas modifiées.

En définitive, retenons que cette technique, individuelle et volontaire, ne peut jouer un rôle appréciable que pour la protection de classes sociales disposant de hauts revenus et dans un climat de stabilité monétaire suffisante.

2.2 Responsabilité de l'employeur

La méthode consiste à rendre l'employeur individuellement responsable de l'entretien du travailleur en cas de maladie ou d'accident. Cette responsabilité est fondée sur l'idée que l'autorité quasi-paternelle exercée par le maître sur son serviteur lui conférait une responsabilité correspondante. Cette responsabilité fut corroborée sur le plan juridique par la théorie du risque professionnel. D'après cette théorie, l'employeur doit réparation parce qu'il expose les travailleurs à un risque dans l'exercice d'une activité dont il tire

profit. Comme cette responsabilité dépasse souvent les moyens des petites entreprises, celles-ci eurent recours à l'assurance soit par le biais d'assurances privées, soit par le biais de mutualités entre employeurs.

Cette technique n'avait aucun effet lorsque l'entrepreneur était insolvable, que son entreprise n'était pas assurée, alors que l'assurance-responsabilité était facultative. En outre, elle était inapplicable en cas de décès de l'ouvrier, comme elle l'était en cas de vieillesse qui est un risque indépendant de toute intervention d'un tiers.

2.3 Mutualité

Comme un peu partout en Europe, des sociétés de secours mutuels furent créées au Luxembourg depuis la moitié du 19e siècle. Elles avaient pour objet de fournir à leurs membres une aide financière en cas de maladie, de décès ou de chômage. C'est surtout dans les milieux des ouvriers que se ressentit la nécessité de se prémunir de la misère par la solidarité.

Au Luxembourg, la mutualité est le précurseur de la sécurité sociale. Les sociétés de secours mutuels ou sociétés de mutualistes ou encore mutuelles furent officiellement reconnues par l'Etat par la loi du 11 juillet 1891.

Par le développement de la sécurité sociale et son extension à l'ensemble des groupes socioprofessionnels, les mutuelles se limitent de nos jours à un rôle avant tout complémentaire au régime général obligatoire.

Le caractère mutualiste est accordé à chaque société qui est reconnue par le ministre de la Sécurité sociale en vertu de la loi du 7 juillet 1961 (qui a repris la loi du 11 juillet 1891), à condition que les statuts soient conformes aux dispositions légales. Cette loi fixe le champ d'activité réservé aux sociétés mutualistes (prestations, recettes et gestion).

Les sociétés de secours mutuels sont des groupements à but non-lucratif de personnes physiques qui sont gérées par les membres eux-mêmes. Elles ne sont pas à confondre avec les associations sans but lucratif qui elles sont régies par la loi modifiée du 21 avril 1928 sur les associations sans but lucratif et les établissements d'utilité publique.

Les principes sur lesquels se base la mutualité sont la solidarité et le volontariat. Les personnes adhérentes se regroupent à titre volontaire dans un but d'entraide mutuelle. Elles sont accessibles à tous sans discrimination aucune et elles ne pratiquent pas d'exclusion de risque.

La réalisation la plus importante de la mutualité luxembourgeoise dans la période d'après guerre consiste dans la création de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM). Le but de cette société mutualiste est la prise en charge de frais de soins de santé qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

La mutualité, avec les coopératives et les associations, fait partie de l'économie sociale.

2.4 Sursalaire familial

Pendant la première guerre mondiale, suite à de violentes grèves dans les fabriques d'armement et autres industries, les employeurs français payèrent des sursalaires à leurs ouvriers, dont un important contingent de femmes qui avaient la charge d'enfant(s). Les grèves avaient leur origine dans le fait que les ouvriers ne pouvaient plus guère nourrir convenablement leurs familles suite à une flambée de prix des denrées de première nécessité due à la spéculation. Compte tenu de la situation particulière, cette initiative permettait d'éviter une augmentation générale des salaires, tout en aidant ceux que l'enchérissement du coût de la vie frappait le plus durement.

L'octroi d'un sursalaire familial ne se généralisa cependant qu'à partir du moment où les employeurs entreprirent de créer des caisses de compensation qui, par un étalement des charges des prestations, permettaient d'éviter certaines distorsions dans les prix de revient et partant l'embauchage systématique de travailleurs avec charge d'enfants.

Au terme de cette évolution, les premiers régimes légaux d'indemnisation virent le jour en Belgique (1930) et en France (1932).

3 APPARITION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE LÉGALE ET OBLIGATOIRE

3.1 Premier système d'assurances sociales

Il revint au chancelier allemand **Bismarck** de créer en Allemagne ce premier système d'assurances sociales en Europe entre 1883 et 1889. En Prusse, une législation sociale avait posé d'importants jalons sur le plan accidents du travail et sur le plan maladie en 1854. La Bavière, le Wurtemberg et le Grand-Duché de Bade avaient adopté des dispositions similaires entre 1869 et 1875. Le système allemand fut repris entre 1901 et 1911 par le Luxembourg qui était uni à l'Allemagne sur le plan économique par une union douanière (Zollverein).

Le système dit bismarckien présente les caractéristiques suivantes:

- l'assurance s'applique obligatoirement aux ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un certain seuil;
- la charge financière est répartie entre les employeurs et les assurés; aux cotisations s'ajoute une subvention de l'Etat;
- les cotisations et les prestations en espèces sont proportionnelles aux salaires;
- les partenaires sociaux participent à la gestion du système.

3.2 Courant atlantique ou bévéridgien

Un deuxième courant apparut vers la deuxième guerre mondiale. Une loi américaine, le social security act de 1935, qui s'inscrivait dans la politique du new deal promue par Roosevelt, comportait des mesures relatives au chômage, une politique d'assistance aux plus déshérités et l'introduction d'une assurance sociale vieillesse et décès pour les salariés.

Mais la véritable naissance de ce second courant de la sécurité sociale remonte à 1941, année de la présentation en Angleterre du fameux rapport de Lord **Beveridge** qui marqua une étape fondamentale dans l'évolution des idées en matière de protection sociale.

Les traits caractéristiques de ce rapport peuvent être résumés comme suit:

- les catégories de personnes ne sont plus définies en fonction de leur statut professionnel, mais le droit à la sécurité sociale est étendu à l'ensemble de la population active ou inactive;
- la protection est étendue au chômage, au décès et aux charges familiales;
- la sécurité sociale garantit des prestations uniformes, c'est-à-dire forfaitaires et identiques, quel que soit le niveau des gains antérieurs et indépendamment du statut professionnel des intéressés en vue de garantir un revenu minimum;
- les contributions ou cotisations sont uniformisées (du moins en principe); certains risques sont financés par voie fiscale.

Le droit à la sécurité sociale n'est plus fondé sur l'activité professionnelle et sur la contribution que chacun fournit à la société, mais sur les besoins individuels. Ces besoins sont pris en considération au nom d'une solidarité naturelle entre les membres d'une collectivité nationale. Il s'agit d'assurer une meilleure répartition des revenus en fonction des besoins de chacun. La sécurité sociale revêt la forme d'un système de garantie d'un minimum social.

Ce deuxième concept de sécurité sociale élargit le champ d'application des assurances sociales tout en introduisant de nouvelles modalités de prestations et de financement.

4 CONCEPTIONS ACTUELLES

4.1 Conception alimentaire de la sécurité sociale

Dans cette conception, toutes les personnes dont la vulnérabilité à certains événements est la même, doivent bénéficier d'une protection identique. Les allocations servies sont indépendantes des ressources des intéressés. En toutes circonstances, l'individu est automatiquement pourvu d'un revenu minimum. On retrouve cette conception alimentaire de la sécurité sociale dans les législations des pays anglo-saxons et scandinaves.

4.2 Conception indemnitaire de la sécurité sociale

Dans cette optique, c'est moins la responsabilité de la collectivité qui prédomine que les droits acquis par le travail. Dans cette conception commutative, on assure à chaque travailleur pendant les périodes d'incapacité forcée un revenu de remplacement en rapport avec le revenu perdu.

Parfois, lors de la détermination des prestations, on doit tenir compte de l'étalement du revenu sur le cours d'une vie. Dans les cas les plus défavorisés, on peut prévoir que les prestations de l'assurance sociale ne peuvent pas descendre au-dessous d'un minimum déterminé. Un autre moyen consiste à calculer les prestations non pas à partir du gain réel des intéressés, mais sur un salaire minimum fictif. Par ailleurs, la rémunération d'activité n'est souvent pas intégralement compensée alors qu'on estime que les charges imposées aux bénéficiaires de prestations sont souvent moins importantes que celles imposées à des personnes en activité.

4.3 Assistance sociale

Même dans les pays qui s'appuient principalement sur des systèmes d'assurance sociale, l'assistance sociale est prévue comme système supplémentaire ("safety net"), afin d'aider les personnes qui ne peuvent bénéficier, pour une raison ou une autre, du système principal ou qui en reçoivent des prestations insuffisantes.

Les principales caractéristiques de l'assistance sociale peuvent être décrites comme suit:

- le financement est assuré par l'Etat ou les collectivités locales;
- pour l'appréciation de l'état de nécessité, les ressources du demandeur sont prises en considération (means test);
- la prestation a pour objet d'assurer un minimum garanti uniforme compte tenu des ressources personnelles de l'intéressé;
- l'assistance sociale dépend souvent de l'enquête sociale qui permet à l'opposé de la sécurité sociale - un certain degré d'appréciation.

5 RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE EN EUROPE [1)]

La présente section précise la nature des régimes de protection sociale ou groupes de régimes en vigueur en Europe. Ces groupes peuvent bien entendu présenter d'immenses disparités, c'est pourquoi nous commencerons par illustrer les différences pouvant exister d'un pays à l'autre.

Vus d'en bas, les systèmes de protection sociale des Etats membres donnent une image de diversification extrême, au point qu'il semble impossible de trouver des points communs et presque inutile de parler de modèle social européen. Chaque pays a instauré l'Etat-providence en suivant un cheminement qui lui est propre et qui influence aujourd'hui encore ses politiques (et sa politique). Les experts estiment souvent que la persistance de la dynamique nationale éclipse nettement la convergence au niveau européen. Néanmoins, comme l'abondante littérature consacrée aux modèles (ou régimes, ou types) d'Etat-providence le montre, certains pays possèdent d'avantage de caractéristiques communes que d'autres. Ils partagent en réalité un certain nombre d'ingrédients institutionnels systématiquement liés qui ont engendré une logique évolutive distincte au fil du temps et qui prédéterminent aujourd'hui de la même manière le programme des réformes, tant sur le plan des contraintes que des possibilités. A la lumière de cette littérature, on peut distinguer quatre groupes d'Etats-providence: il s'agit des modèles scandinave, anglo-saxon, continental et méridional. Les caractéristiques institutionnelles de base sur lesquelles se fonde cette subdivision sont: 1) la couverture des risques et l'admissibilité aux prestations; 2) la structure des prestations; 3) les mécanismes de financement, et 4) l'organisation matérielle du système.

5.1 Scandinavie

Dans les pays scandinaves, la protection sociale est un droit conféré à chaque citoyen. La couverture est véritablement universelle et tous les citoyens ont droit aux mêmes montants de base (qui sont relativement élevés par comparaison avec les autres pays) lors de la survenance de risques sociaux - même si les personnes ayant un emploi rémunéré perçoivent des prestations supplémentaires octroyées par des régimes professionnels obligatoires. Outre des prestations généreuses visant à garantir le revenu, les systèmes scandinaves offrent un large éventail de services sociaux organisés par l'Etat ainsi que de nombreux programmes actifs concernant le marché du travail, qui alimentent le taux d'emploi élevé des travailleurs des deux sexes. Le service public procure également un grand nombre d'emplois. La fiscalité joue un rôle déterminant (mais pas exclusif) dans le financement de l'Etat-providence; le niveau des dépenses et d'imposition est élevé par rapport aux

---

1) Extrait du rapport d'EUROSTAT "La situation sociale dans l'Union européenne 2000".

autres pays. L'assistance sociale joue un rôle plutôt limité, résiduel et visant à l'intégration. Les différentes fonctions de la protection sociale sont fortement intégrées et l'octroi de prestations et de services incombent principalement aux autorités publiques (nationales et locales). Le seul secteur qui demeure en grande partie en dehors de ce cadre organisationnel intégré est l'assurance chômage, qui n'est pas officiellement obligatoire et est directement gérée par les syndicats.

5.2 Royaume-Uni et Irlande

Le deuxième modèle de l'Europe sociale repose sur les idées de Beveridge et trouve son application au Royaume-Uni et en Irlande. La couverture de la protection sociale est très complète, mais pas totalement universelle (sauf dans le domaine des soins de santé): les inactifs et les salariés gagnant moins d'un certain revenu n'ont pas accès aux prestations de l'assurance nationale. Ces prestations - forfaitaires - sont en outre beaucoup moins élevées qu'en Scandinavie. Par contre, l'éventail de formules d'assistance sociale et de prestations liées au niveau des ressources est nettement plus large. Les services sociaux et de soins de santé sont financés par la fiscalité, mais les cotisations occupent une part importante du financement des prestations en espèces. Les niveaux d'imposition et des dépenses sont demeurés relativement faibles (par comparaison avec la Scandinavie et l'Europe continentale). Il en va de même pour l'emploi dans le secteur public. Comme en Scandinavie, le cadre organisationnel de l'Etat-providence est fortement intégré (et englobe en outre l'assurance chômage). Il est également entièrement géré par le service public: au Royaume-Uni, les partenaires sociaux sont très peu impliqués dans l'élaboration des politiques et la gestion de celles-ci.

5.3 Europe continentale

Ce groupe comprend l'Allemagne, la France, les pays du Benelux, l'Autriche, certains des nouveaux pays ayant adhérés à l'Union européenne en 2004 et (hors UE) la Suisse. La tradition bismarckienne axée sur le lien entre la position professionnelle (et/ou la situation de famille) et les droits sociaux est toujours manifeste tant dans le domaine de la garantie de revenus que dans le secteur des soins de santé. Seuls les Pays Bas et la Suisse ont rendu cette tradition en partie hybride en introduisant certains régimes de portée universelle. Les formules des prestations (proportionnelles aux revenus) et le financement (par le biais des cotisations de sécurité sociale) reflètent en grande partie la logique de l'assurance - même si ce n'est pas le cas d'un point de vue strictement actuariel - et sont souvent soumis à des règles différentes en fonction des groupes professionnels. Les taux de remplacement sont généreux et la couverture est très complète (quoique fragmentée), ce qui entraîne des niveaux élevés de dépenses et d'imposition. L'approche axée sur les professions se manifeste également dans l'organisation et la gestion. Les syndicats et organisations patronales

participent activement à la gestion des régimes d'assurance en laissant une autonomie marginale au service public - particulièrement dans le secteur de la santé. La majorité de la population est couverte par l'assurance sociale, en vertu de droits individuels ou dérivés. Les obligations de l'assurance prennent automatiquement effet dès qu'un travailleur occupe un emploi rémunéré - même si, en Allemagne et en Autriche, un seuil de revenu minimum est requis. Dans les pays du groupe continental, les citoyens qui passent à travers les mailles du filet de l'assurance sociale peuvent recourir à un réseau de prestations d'aide sociale relativement substantielles.

5.4 Europe méridionale

Le dernier groupe d'Etats-providence comprend l'Italie, l'Espagne, le Portugal et la Grèce. Le degré de maturité de la protection sociale varie d'un pays à l'autre: le système italien a vu le jour longtemps avant les trois autres, ce qui se reflète dans les niveaux des dépenses et d'imposition (en particulier pour le Portugal et la Grèce). Les Etats-providence du sud de l'Europe possèdent plusieurs caractéristiques institutionnelles communes qui les distinguent quelque peu du groupe continental. Leur couverture présente deux facettes: elle est clairement bismarckienne dans le domaine du transfert de revenus (les régimes de retraite y sont très généreux) et bévéridgienne dans le secteur des soins de santé, puisque ces pays ont mis en place des services de santé nationaux universels (bien que cette universalité ne soit complète qu'en Italie et en Espagne). Le filet de sécurité suppléant l'assurance sociale n'est pas très étoffé dans ces pays. Les fonds professionnels et les partenaires sociaux y jouent un rôle déterminant au niveau de la politique de garantie des revenus. Leur influence est moindre dans le secteur des soins de santé, qui sont en grande partie décentralisés, notamment en Italie et en Espagne. Les pays méridionaux font beaucoup appel aux charges sociales, mais la fiscalité remplace progressivement les cotisations comme source de financement des services sociaux et de santé (ici encore, ce processus est achevé en Italie et en Espagne). La famille, dont l'importance demeure très grande en Europe méridionale, remplit généralement une fonction de courtier pour ses membres dans le domaine de l'assurance sociale.

Développement de la sécurité sociale au Luxembourg

2

1 PHASE DE CRÉATION DES PRESTATIONS

1.1 Sécurité sociale

Le **développement** de la sécurité sociale au Luxembourg s'est fait par étapes. D'un côté on assiste à un développement par catégories socioprofessionnelles, d'un autre côté à un développement par branches de risques.

Depuis leurs origines au début du 20ième siècle, les assurances sociales se limitaient principalement aux salariés, à l'exception de l'assurance accident qui couvrait également les exploitants agricoles. Les lois du 31 juillet 1901, du 5 avril 1902 et du 6 mai 1911 ont introduit successivement un régime obligatoire d'assurance maladie, d'assurance d'accident et d'assurance pension pour les ouvriers ainsi que pour les employés privés dont le revenu ne dépassait pas un certain plafond. Les différentes branches furent reprises par la loi du 17 décembre 1925 dans le Code des assurances sociales.

Progressivement, la protection sociale a été étendue à toute la population active. La loi du 29 janvier 1931 a introduit une couverture des employés privés par une assurance pension générale. Après la seconde guerre mondiale, la loi du 29 août 1951 a créé l'assurance générale obligatoire contre la maladie pour les fonctionnaires et employés. Du côté des professions indépendantes, les artisans ont disposé les premiers d'un régime d'assurance pension, introduit par la loi du 21 mai 1951. Cette catégorie socioprofessionnelle ainsi que les commerçants et industriels sont assurés contre la maladie depuis la loi du 29 juillet 1957. Une caisse de pension pour les commerçants et industriels a été créée par la loi du 22 janvier 1960.

Dans le secteur agricole, les lois du 3 septembre 1956 et du 13 mars 1962 ont créé respectivement une caisse de pension et une caisse de maladie agricoles.

La loi du 23 mai 1964 règle l'assurance maladie et l'assurance pension des travailleurs intellectuels indépendants en les admettant aux régimes applicables aux employés privés. Les fonctionnaires et employés du secteur public (Etat, communes, établissements publics, CFL) bénéficient d'un

régime statutaire de pension. Les lois du 8 janvier 1996 et du 8 août 1998 ont réalisé la convergence de ces régimes statutaires avec le régime général.

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique (entrée en vigueur 1er janvier 2009), a mis fin à la distinction entre les catégories socioprofessionnelles des employés privés et des ouvriers sur le plan de la sécurité sociale et du droit du travail. Plus particulièrement, au niveau de la sécurité sociale, le statut unique entraîne la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie et la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension du secteur privé.

1.2 Allocations familiales

Parallèlement à cette extension de la couverture sociale à toutes les catégories socioprofessionnelles, l'arsenal de protection a été complété par l'introduction des allocations familiales. Le développement des prestations familiales est passé par plusieurs étapes.

Les allocations familiales ont été introduites pour la première fois pendant la première guerre mondiale par certains employeurs du secteur de la sidérurgie qui ont alloué un supplément de salaire aux travailleurs ayant des enfants à charge. Les prestations familiales ont également été introduites sur le plan du secteur public avant la deuxième guerre mondiale. La loi du 20 octobre 1947 a constitué la première base légale créant les allocations familiales en faveur de tous les salariés. La loi du 10 août 1959 a étendu le bénéfice des allocations aux non-salariés, en prévoyant en outre l'adaptation du régime des salariés du secteur privé à celui en vigueur pour les fonctionnaires de l'Etat. Tout en faisant un pas important dans la voie d'uniformisation des allocations familiales, la loi de 1959 laisse persister une inégalité entre le régime général et le régime des salariés surtout au niveau des taux des prestations.

Aussi la loi du 29 avril 1964 a-t-elle uniformisé les barèmes des allocations familiales des deux régimes. L'augmentation des barèmes à partir du troisième enfant a établi un meilleur équilibre entre les familles ayant des enfants à charge et les familles qui n'en ont pas. Malgré l'uniformisation des allocations et leur extension à tous les enfants élevés au Luxembourg, cette loi a maintenu le système hétéroclite de financement de 1947 et la gestion des prestations par quatre caisses distinctes.

La loi du 19 juin 1985 a réalisé la fusion des quatre caisses existantes au sein d'un seul organisme, la **Caisse nationale des prestations familiales**, et a redéfini les modalités de financement des prestations, notamment en introduisant un taux de cotisation uniforme pour tous les employeurs. En outre, elle consacre le droit personnel des enfants aux allocations familiales par une nouvelle définition des ayants droit.

La loi du 23 juillet 2016 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant[1)] présente un ensemble de modifications législatives et règlementaires visant une adaptation profonde de la législation nationale en matière des prestations familiales.

Le plus grand changement consiste dans l'individualisation du montant de l'allocation familiale. Cette individualisation abolit la notion de groupe familiale qui prévoyait une augmentation plus que proportionnelle de l'allocation de famille avec le nombre d'enfants. Le montant est fixé à 265 euros par mois par enfant. Le nouveau montant se compose de l'ancien montant de l'allocation familiale pour un seul enfant, augmenté du boni pour enfant. Ce montant est majoré mensuellement de 20 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de 12 ans.

Pour l'allocation de rentrée scolaire le groupe familial est également abrogé. Le montant est fixé à 115 euros par enfant pour les enfants âgés de plus de six ans et à 235 euros par enfant pour les enfants âgés de plus de douze ans. Le montant pour les enfants âgés de plus de 12 ans est plus élevé que le montant pour un enfant sous l'ancien régime afin de tenir compte du fait que les manuels scolaires pour les lycées sont payants.

La dénomination de la Caisse nationale des prestations familiales a été changée en " Caisse pour l'avenir des enfants " pour mettre l'accent sur le changement de la politique familiale en faveur des enfants.

1.3 Prestations de maternité

Un certain nombre de conventions internationales de travail contenant des dispositions relatives à la maternité furent ratifiées par le Luxembourg au cours du 20e siècle. C'est par la loi du 3 juillet 1975 concernant la protection de la maternité de la femme au travail qu'un texte coordonné fut approuvé, texte qui présentait tant un aspect du droit social (avec l'introduction du congé de maternité indemnisé par les caisses de maladie), qu'un aspect du droit du travail (en prévoyant notamment des interdictions de licenciement, des limitations de durée de travail etc.).

Après un premier renouvellement du texte initial en 1998, c'est dans le cadre des directives européennes que la loi du 1er août 2001 a été mise en place. C'est ce texte qui précise notamment la notion de dispense de travail et qui établit aujourd'hui le cadre des prestations en espèces.

---

1) Pour plus de précision à ce sujet, il est renvoyé au chapitre 17 - Prestations familiales.

1.4 Indemnité de congé parental

La loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental[1)] a comme objectif principal de mieux concilier vie privée et professionnelle et prévoit ainsi :

- une flexibilisation des heures des périodes de congé ;
- une augmentation de l'indemnité de congé parental. L'indemnité forfaitaire sous l'ancien régime a été remplacée par un réel revenu de remplacement ;
- d'autres changements au niveau des conditions liées au congé parental comme par exemple une augmentation de la limite d'âge de 5 à 6 en cas de naissance et de 12 ans en cas d'adoption de l'enfant pour lequel le deuxième congé parental peut être pris.

1.5 Indemnités de chômage

Le chômage, en tant que situation du travailleur se trouvant sans emploi pour des raisons indépendantes de sa volonté, figure d'après les normes internationales parmi les risques couverts par la sécurité sociale. La loi du 6 août 1921 pose la base de la législation sur le chômage en introduisant des allocations de secours de chômage financées par les communes, les patrons et les ouvriers. Pour obtenir ces secours, les chômeurs devaient établir la preuve de leur état de nécessité. En réponse à la crise économique frappant les pays industrialisés dans la 2e moitié des années 70, la loi du 30 juin 1976 a réformé tout le système d'aides aux chômeurs en créant un fonds de chômage et en réglementant l'octroi des indemnités de chômage complet. Le réseau des instruments protecteurs du chômeur complet est amélioré par l'extension du champ d'application personnel et matériel et par l'augmentation du niveau des prestations. D'autres mesures sont prises pour favoriser l'emploi des jeunes et la réinsertion des chômeurs dans la vie active. La loi du 12 mai 1987 introduit une véritable réforme d'ensemble de la loi 1976 et en particulier une réforme profonde de la législation du fonds de chômage, dénommé désormais fonds pour l'emploi. La loi de 1987 élargit et renforce la couverture sociale des chômeurs et particulièrement des chômeurs âgés.

Des dispositions spécifiques ont été prévues pour le chômage partiel à cause des intempéries hivernales (loi du 28 janvier 1971) et pour le chômage partiel de source conjoncturelle (loi du 26 juillet 1975) et structurelle (loi du 24 décembre 1977). La loi du 25 avril 1995 prévoit désormais l'indemnisation en cas de chômage involontaire dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique involontaire.

---

1) Pour plus de précision à ce sujet, il est renvoyé au chapitre 17 - Prestations familiales.

1.6 Reclassement professionnel interne et externe

Par le dispositif du reclassement professionnel interne et externe, le législateur a créé un système cohérent de protection des salariés incapables d'exercer les tâches correspondant à leur dernier poste de travail pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure. L'objectif est donc de coordonner les mesures d'emploi et les différentes prestations de sécurité sociale en faveur des personnes qui ne peuvent plus exercer leur dernière profession tout en n'étant pas frappées d'une incapacité de travail générale sur le marché du travail.

La loi du 23 juillet 2015[1)] a renforcé et amélioré la procédure du reclassement professionnel interne et externe par les modifications suivantes :

- Nouvel accès à la procédure de reclassement professionnel interne et externe

Un des grands principes de la réforme consiste à favoriser le reclassement professionnel interne. Ainsi, les salariés bénéficient d'une nouvelle voie d'accès au reclassement professionnel interne, parallèle aux voies d'accès actuelles, dans le cadre des examens médicaux du médecin du travail.

En effet, un employeur occupant au moins 25 salariés doit dorénavant procéder à un reclassement professionnel interne si un salarié est déclaré inapte à un poste à risques et est occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise. Cette nouvelle voie d'accès est ouverte même si le salarié concerné ne se trouve pas en arrêt de travail.

Auparavant seulement les employeurs occupant au moins 50 salariés avaient l'obligation de réaffecter un salarié déclaré inapte à un poste à risques occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise et ne devaient pas entamer la procédure de reclassement professionnel interne. La nouvelle voie d'accès transforme cette obligation en obligation de reclassement professionnel interne.

- Suppression des Quotas

Le Code du travail a prévu qu'un employeur du secteur privé occupant au moins 25 salariés était tenu d'employer à temps plein au moins un travailleur handicapé et ceux occupant au moins 50 salariés étaient tenus d'employer à temps plein, dans la proportion de deux pour cent de l'effectif de leurs salariés des travailleurs handicapés.

Afin de renforcer le reclassement professionnel interne, ces quotas sont supprimés car ce lien se faisait au détriment des personnes handicapées. En outre, toutes les entreprises occupant au moins 25 salariés au lieu de 50 salariés sont tenus de procéder à un reclassement professionnel interne.

---

1) Loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (Mém. A 143 du 27 juillet 2015, p.2946).

- Renforcement de la sanction patronale

Au cas où l'employeur refuse de procéder au reclassement professionnel interne il doit dorénavant payer au Fonds pour l'emploi une taxe de compensation équivalent à l'ancien revenu cotisable au titre de l'assurance pension pendant 24 mois au lieu de 50% du salaire social minimum.

- Accélération de la procédure

Auparavant le Contrôle médical de la sécurité sociale a saisi la Commission mixte s'il a constaté auprès d'un salarié une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Ensuite, la Commission mixte a saisi le médecin de travail compétent.

Afin d'accélérer la procédure, la deuxième étape a été supprimée, c'est-à-dire la saisine du médecin du travail par la Commission mixte. La saisine du médecin de travail compétent se fait dorénavant directement par le Contrôle médical de la sécurité sociale ensemble avec la saisine de la Commission mixte.

- Décisions de la Commission mixte

La Commission mixte peut maintenant également prendre des décisions de non-reclassement professionnel. Avant la réforme, la Commission mixte pouvait seulement se prononcer sur un reclassement professionnel interne ou externe.

En outre, la Commission mixte peut être saisie par les deux voies d'accès à la procédure de reclassement professionnelle, c'est-à-dire par celle du Contrôle médical de la sécurité sociale et par celle du médecin du travail compétent.

Les décisions de la Commission mixte s'imposent automatiquement en matière de sécurité sociale pour éviter d'autres recours sans changement de faits sur l'aptitude au poste de travail dans le cadre du droit de la sécurité sociale.

Les salariés disposent ainsi de voies de recours directes et uniformes devant les juridictions sociales.

- Statut spécifique de salarié en reclassement professionnel

Souvent les salariés se trouvant en reclassement professionnel externe ont refusé d'occuper un nouveau poste de travail au risque de perdre en cas de fin du nouveau contrat de travail les droits résultants de la décision de la Commission mixte. Afin de remédier à cette situation, un véritable statut spécifique de personne en reclassement professionnel est créé.

Ce statut garantit au salarié le maintien des droits acquis par la décision de la Commission mixte jusqu'à la récupération des capacités de travail initiales. Même, si le salarié accepte un nouveau travail et s'il le perd par la suite, il bénéficie toujours du statut de personne en reclassement profes-sionnel.

Le salarié en reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'entreprise ou en cas de licenciement collectif peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel externe.

- Réévaluation périodique par le médecin de travail

Le médecin du travail compétent pourra dorénavant procéder à des évaluations périodiques du salarié reclassé. Il communique tout changement à la Commission mixte. Il peut proposer des adaptations du poste de travail en faveur du salarié ou si le salarié a récupéré ses capacités de travail initiales la perte du statut spécifique. La Commission mixte prendra alors une nou-velle décision.

- Simplification du mode de calcul de l'indemnité compensatoire

Au cas où le reclassement professionnel comporte une diminution de la rémunération du salarié, celui-ci a droit à une indemnité compensatoire.

Le calcul de cette indemnité a été simplifié en prenant comme base de référence le revenu cotisable au titre de l'assurance pension au lieu de la différence entre l'ancien salaire et le nouveau salaire.

Avec cette méthode le Centre commun de la sécurité sociale a accès aux données relatifs et peut procéder au calcul de l'indemnité. La liquidation finale revient à l'administration compétente, en espèces l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

- Création d'une indemnité professionnelle d'attente

L'indemnité professionnelle d'attente est attribuée au salarié dont la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage a pris fin et qui n'a pas pu être reclassé, à condition qu'il bénéficie du statut de personne en reclassement professionnel et qu'il a travaillé pendant dix ans au moins sur son dernier poste de travail.

L'indemnité d'attente actuelle est remplacée par l'indemnité professionnelle d'attente. L'ancienne indemnité d'attente correspondait au montant de la pension d'invalidité auquel le salarié aurait eu droit. La nouvelle prestation est détachée de toute logique de pension et correspond à 80% de l'ancien revenu professionnel de l'assuré. Elle a les caractéristiques d'un revenu de remplacement payé en continuation du chômage.

Elle sera soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaire et sera pris en considération lors du calcul de la pension du salarié. L'indemnité est pour moitié à charge de l'organisme d'assurance pension compétent et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi.

- Affectation à des travaux d'utilité publique

Dorénavant le salarié se trouvant en reclassement professionnel externe peut être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'Etat, des communes

et des syndicats communaux, des établissements publics et des fondations pour une durée de quatre mois au moins.

1.7 Revenu minimum garanti

La loi du 26 juillet 1986 relative à la lutte contre la pauvreté a introduit la notion de revenu garanti minimum dans le système de protection sociale. Le gouvernement entendait mettre en œuvre une politique globale et coordonnée en matière de lutte contre la pauvreté en offrant en faveur des catégories les plus menacées un droit, sous certaines conditions, à un revenu mensuel garanti. Le revenu minimum garanti consiste en une prestation de complément accordée jusqu'à concurrence d'un seuil de ressources défini en fonction de la composition de la communauté domestique et accordé indépendamment des causes qui ont conduit à la situation de nécessité.

A l'époque, cette loi que certains qualifièrent d'historique et rangèrent parmi les grandes lois sociales du 19e et du 20e siècle, fut - en ce qui concerne les principes et les grandes lignes - approuvée par tous les avis et adoptée par une écrasante majorité des députés.

Grâce à elle, le Luxembourg se dotait d'une législation moderne, instrument privilégié de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale qui frappent tous les pays du monde, y compris ceux de l'Union européenne.

Même si, après plusieurs modifications, des désaccords persistent en ce qui concerne certaines modalités d'application, la loi modifiée du 26 juillet 1986 a fait globalement ses preuves en contribuant à maintenir la cohésion sociale et en préservant une fraction non négligeable de notre population de la pauvreté et de l'exclusion.

Dans une société riche et hautement industrialisée comme la nôtre, un dispositif tel que le revenu minimum garanti ne suffit sûrement pas pour résoudre à lui seul tous les phénomènes d'exclusion. En raison de leur caractère multidimensionnel, ces phénomènes demandent de multiples réponses de la part de toutes les instances publiques et privées concernées.

La loi a deux fonctions de base :

- conférer aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne sont pas à même de vivre des fruits de leur travail, le droit d'accéder à une qualité de vie minimale qui varie en fonction de la richesse de la société ;
- procurer un travail à ceux qui sont aptes à travailler mais qui se trouvent plus ou moins durablement privés d'un emploi. Ceci permet leur réaffiliation aux régimes de protection de la sécurité sociale, contribue à préserver leurs capacités de travailler et leur confère le sentiment d'appartenir à la société qui continue à attacher une valeur fondamentale au travail individuel.

La loi du 29 avril 1999, dans la foulée des modifications antérieures, a accentué et renforcé les deux axes esquissés ci-avant, tout en s'efforçant de rendre l'accès aux prestations prévues moins restrictif et de faciliter son application concrète.

1.8 Préretraite

Par la loi du 24 décembre 1990 la préretraite, qui jusqu'alors était une mesure provisoire prorogée d'année en année, a reçu un caractère définitif et a été intégrée définitivement dans la législation. Il s'agit d'une mesure qui remplit des fonctions multiples, à savoir : la prévention du chômage en cas de restructurations des entreprises ou des mutations technologiques ; le raccourcissement du temps de travail ; la possibilité aux entreprises de procéder à un ajustement de la situation d'âge des effectifs et des coûts en permettant l'embauche compensatrice parallèle.

A cet effet, la préretraite comprend trois formes : la préretraite-solidarité, la préretraite-ajustement et la préretraite des travailleurs postés et de nuit.

1.9 Assurance dépendance

Par la loi du 19 juin 1998 une assurance dépendance a été introduite dans le système de sécurité sociale luxembourgeois. Il s'agit d'une nouvelle branche de la sécurité sociale qui crée une protection contre un risque de la vie en couvrant les aides et les soins requis par les personnes dépendantes dans les actes essentiels de la vie. Il s'agit d'une assurance obligatoire sur base de l'activité professionnelle ou du revenu de remplacement avec couverture des membres de la famille de l'assuré. L'assurance est caractérisée par la création au profit des personnes protégées d'un droit inconditionnel à des prestations en nature et, subsidiairement, à des prestations en espèces pour leur permettre de se procurer des aides et des soins dans les actes essentiels de la vie auprès de tierces personnes. Un système d'évaluation, d'orientation et de prise en charge a été créé. Les relations avec les prestataires d'aides et de soins dans le cadre du maintien à domicile et en établissement ont été organisées. Un système de financement mixte afin de créer une assise financière à la nouvelle forme d'assurance a été institué.

1.10 Pensions complémentaires

La loi du 8 juin 1999 a créé un cadre légal à une pratique existante, les régimes complémentaires de pension.

Avant cette loi, le Luxembourg ne disposait d'aucun instrument juridique cohérent en la matière. Les régimes complémentaires de pension relevaient exclusivement des entreprises qui disposaient d'une grande liberté à ce niveau, de sorte que coexistaient une grande diversité de régimes.

Outre le manque de protection des droits des affiliés qui résultait d'un tel système, d'autres facteurs ont rendu nécessaire la création d'un cadre légal dont notamment le développement rapide du secteur des services (ce

secteur prévoit un système de rémunérations croissantes avec l'ancienneté, de sorte que pour ces salariés la formule de pension légale conduit à des taux de remplacement assez bas par rapport au dernier traitement touché) et l'émergence d'un droit communautaire en la matière exigeant au niveau national la création d'un cadre légal.

La loi du 8 juin 1999 vise exclusivement les régimes complémentaires de pension de nature collective instaurés dans le cadre du deuxième pilier, c'est-à-dire mis en place par une entreprise au profit de ses salariés, afin de les faire entrer dans le bénéfice de prestations destinées à compléter celles des régimes légaux de sécurité sociale en cas de retraite, décès, invalidité ou survie.

2 PHASE D'HARMONISATION ET D'AMÉLIORATION DES PRESTATIONS

2.1 Assurance pension

Le développement progressif et sectoriel de l'assurance pension engendrant bon nombre de particularismes a posé le problème de la coordination nationale des régimes de pension. Ainsi la loi du 16 décembre 1963 a pour objet de résoudre les problèmes que pose l'affiliation successive ou alternative d'une personne à divers régimes de pension. La nécessité d'établir une coordination des régimes de pension résulte du fait que chaque organisme de pension subordonne l'octroi des prestations à l'accomplissement d'un stage d'affiliation d'une certaine durée et au maintien des droits jusqu'à la résiliation de l'événement qui donne lieu à pension. Lors du passage d'un régime à un autre, il se peut donc que ces conditions ne soient pas remplies et que l'intéressé soit privé de tout droit de pension ou perde le bénéfice d'une partie de sa carrière d'affiliation. La loi de 1963 pose que les périodes d'affiliation auprès de tous les régimes de pension sont totalisées comme si elles étaient réalisées auprès d'un même organisme. Les conditions de stage et de maintien des droits sont donc appréciées par chaque organisme d'après sa législation sur la base de l'ensemble de la carrière assurée.

La loi unique du 13 mai 1964 a eu pour objet l'amélioration des régimes de pension et a introduit le principe de l'ajustement des pensions dans le régime des salariés. Cette loi constitue l'une des plus importantes en matière d'assurance pension contributive. Elle a établi certains principes qui sont encore applicables de nos jours. La composition et le calcul des pensions sont uniformisés dans tous les régimes et le financement des différents régimes est aligné. Enfin la loi unique introduit le principe de l'ajustement des pensions au relèvement du niveau de vie dans le régime des salariés. Ce principe a été étendu progressivement aux artisans (loi du 5 août 1967), aux

commerçants et industriels (loi du 4 février 1970) ainsi qu'aux exploitants agricoles (loi du 14 février 1974).

Des améliorations substantielles ont été obtenues par la loi du 25 octobre 1968 qui a introduit les majorations spéciales en cas d'invalidité ou de décès précoces dans les régimes de pension contributifs. Le relèvement des pensions insuffisantes par suite de l'invalidité ou du décès prématuré est obtenu par l'addition de périodes d'assurance fictives aux périodes d'assurance effectives jusqu'à l'accomplissement de l'âge de référence de l'assuré fixé à 55 ans. En outre, la loi prévoit un allégement des conditions d'octroi de la pension d'invalidité et de survie.

De même la loi du 28 juillet 1969 apporte une amélioration supplémentaire au régime de pension en instituant un régime d'achat rétroactif de périodes d'assurances auprès des régimes de pension des salariés et des indépendants. Cette mesure tient compte du fait que lors de la création d'un régime de pension les personnes ayant déjà atteint un âge avancé n'ont pas eu la possibilité d'accomplir le stage d'assurance requis par la loi ou bien ne touchent qu'une pension inférieure à celle qui résulterait d'une carrière d'assurance normale. La loi de 1969 consacre le principe du rachat dans tous les régimes de pension contributifs. Jusqu'alors seuls les employés privés pouvaient bénéficier de cette faculté.

Des modifications et mesures d'harmonisation ponctuelles ont été apportées par les lois du 3 septembre 1972 et du 14 mai 1974 dans les régimes de pension contributifs. La loi du 3 septembre 1972 a introduit une condition de stage supplémentaire, à savoir une condition de résidence de 15 ans, en vue de l'octroi de la part fondamentale intégrale à charge de l'Etat et des communes. Elle prévoit une uniformisation du stage d'assurance pour l'octroi tant de la pension de vieillesse que de la pension d'invalidité dans et entre les différents régimes de pension contributifs. Enfin, elle a fait disparaître la proratisation de la part fondamentale en cas de migration interne et a créé un nouveau mode de répartition des charges entre les organismes pour les parts fixes autres que la part fondamentale. La loi du 17 mai 1974 a apporté des améliorations substantielles au régime d'assurance pension, parmi lesquelles figurent notamment celles relatives au relèvement de la pension minimum ainsi que l'adaptation des majorations spéciales dues en cas d'invalidité précoce. En outre la loi a introduit, en matière d'invalidité, des mesures destinées à garantir à l'assuré invalide une meilleure continuité de la prise en charge par les organismes de la sécurité sociale.

L'ajustement a engendré de graves disparités financières entre les différentes caisses. D'un côté, l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité et la caisse de pension des artisans accusent un découvert important dans le financement de l'ajustement. De l'autre côté, la caisse de pension des employés privés et celle des commerçants et industriels enregistrent un excédent pour ce même élément. Au regard de ces problèmes financières, la loi du 27 décembre 1975 a introduit un système de

compensation entre les régimes de pension contributifs pour les charges de l'ajustement des pensions au niveau des salaires. Le législateur a recherché une mise en compte plus équitable des charges d'ajustement dans le cadre de l'assurance migratoire et a créé une communauté de risque pour le financement de l'ajustement.

Pareillement en raison de problèmes financiers, engendrés par une situation démographique alarmante à cause de la proportion élevée de personnes âgées et de la régression des assurés actifs, la loi du 23 décembre 1976 a prévu la fusion de la caisse de pension des artisans et de celle des commerçants et industriels dans une seule caisse.

La fusion des deux caisses constitue par ailleurs une étape en vue de la réforme générale des régimes de pension. Dans cette même voie, la loi du 29 mars 1979 a réalisé une harmonisation complète du régime de pension agricole avec les autres régimes de pension contributifs.

La loi du 31 juillet 1980, de son côté, apporte une amélioration considérable au régime de pension. Elle introduit des mesures qui visent la revalorisation des pensions inférieures aux minima inscrits dans les régimes de pension contributifs pour certaines catégories de bénéficiaires de pension qui peuvent se prévaloir de périodes d'activité professionnelle non soumises à l'assurance obligatoire. Il s'agit principalement des générations d'entrée des assurés qui au moment de la création de leur régime de pension ou au moment de leur affiliation obligatoire avaient déjà atteint un certain âge de sorte qu'ils n'ont pas pu accomplir les stages prescrits pour l'obtention des pensions minima.

Les problèmes financiers rencontrés par certaines caisses de pension proviennent du fait que les modalités de financement datent du début des années 60 et n'ont pas subi de révision fondamentale, bien que les conditions économiques et la structure démographique aient connu de profondes modifications depuis lors. Ainsi la loi du 23 mai 1984 a entrepris une refonte complète des modalités de financement de l'assurance pension contributive afin de les adapter dans la mesure du possible aux contraintes économiques et démographiques actuelles et futures. Elle a introduit une communauté de risque généralisée. Dans la mesure où la loi maintenait la structure administrative des quatre caisses de pension, cette communauté de risque était réalisée par des transferts de compensation entre les quatre caisses. En outre, un système de financement unique couvrait l'ensemble des charges du régime d'assurance. La nature mixte du financement était conservée, c.-à-d. les charges du régime étaient couvertes, d'une part, par des cotisations prélevées sur les revenus professionnels des assurés et, d'autre part, par une participation directe des pouvoirs publics. Toutefois, au lieu de se faire au niveau des prestations, cette participation se faisait dorénavant au niveau des ressources.

L'évolution de l'harmonisation et l'uniformisation des régimes de pension contributifs s'achève avec la loi du 27 juillet 1987. La loi a créé un régime contributif unique d'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie en fusionnant les quatre régimes de pensions contributifs. L'autonomie de gestion des caisses de pension est maintenue car celles-ci restent compétentes pour les groupes socio-professionnels couverts par elles. Simultanément, elle réalise des améliorations dans la protection sociale dans des situations concrètes bien définies, notamment par l'introduction de "l'année bébé". L'objectif à long terme consiste à freiner l'augmentation du coût du système de protection en matière de pensions, compte tenu de l'évolution démographique et économique. Aussi le Gouvernement affichait sa volonté de veiller à ce que l'évolution des régimes contributif et statutaire se poursuive, de sorte que le clivage entre les deux se dissipe et disparaisse progressivement.

Compte tenu de l'introduction par la loi de 1987 d'un régime contributif unique d'assurance pension, les dispositions de la loi de 1963 ayant pour objet la coordination des régimes de pension ont été rendues caduques dans une large mesure. La loi du 22 décembre 1989 a procédé à une nouvelle définition précise et claire des droits et devoirs incombant à chaque caisse de pension en cas d'assujettissement d'un assuré à plusieurs régimes.

Enfin, en vue de modifier structurellement les pensions du régime contributif dans le sens d'une plus grande justice distributive et de rapprocher progressivement les régimes contributif et statutaire, différentes améliorations structurelles aux pensions du régime contributif ont été apportées par la loi du 24 avril 1991, notamment par l'introduction du droit à une pension de vieillesse anticipée à l'âge de 57 ans. La transformation de l'avance sur ajustements futurs de 7% inscrite dans la loi du 27 juillet 1987 en une amélioration structurelle définitive, l'augmentation de l'ordre de 10% de toutes les pensions, la modification du mode de calcul des futurs ajustements et le relèvement du plafond cotisable constituent les éléments essentiels de l'essai du rapprochement des pensions des deux régimes.

Par la loi du 3 août 1998 le législateur a institué des régimes de pension spéciaux (qui s'apparentent cependant largement au régime général du secteur privé) pour les agents du secteur public, qui sont entrés en service après le 31 décembre 1998. Les agents qui étaient en service à cette même date voient leur ancien système statutaire aboli et soumis à un régime spécial transitoire.

Le 1er avril 2000, le Gouvernement a chargé le Bureau international du travail d'une étude sur la situation actuarielle et financière du régime général de pension. Cette étude, présentée en février 2001 aboutit à la conclusion que " les calculs sous le statu quo montrent que la situation financière du régime général d'assurance pension du Luxembourg est saine. " A la suite de la publication du rapport du BIT le Gouvernement a réuni au sein d'une table ronde sur les pensions les représentants des groupes parlementaires et des

partenaires sociaux. Les conclusions retenues lors de cette table ronde on été traduites dans la loi du 28 juin 2002 qui prévoit une augmentation linéaire des majorations forfaitaires de 11,9%, l'allocation d'un complément de fin d'année, l'augmentation du taux des majorations proportionnelles de 1,78 à 1,85%, l'introduction d'une augmentation échelonnée en fonction de l'âge et de la carrière d'assurance, le relèvement des pensions minima au niveau du salaire social minimum en valeur semi-nette, le relèvement du taux d'immunisation du revenu minimum garanti à 30% pour les personnes actives et pensionnées, l'attribution des pensions de conjoint survivant à 100% si la pension est inférieure au niveau de la pension minimum, l'abrogation des dispositions anti-cumul en cas de concours d'une pension de conjoint survivant avec une pension d'orphelin, l'extension des baby-years pour les naissances antérieures au 1er janvier 1988 ; l'introduction d'un forfait d'éducation accordé aux femmes qui n'ont pu bénéficier des "années bébés".

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'asssurance pension a apporté certaines modifications en matière d'assurance pension afin d'assurer la viabilité et la consolidation financière à long terme du régime dans le contexte d'une espérance de vie accrue des bénéficiaires dans un sytème qui approche l'état de maturité.

La susdite loi a pour objectif d'inciter les assurés à prolonger leur vie active. Elle ne vise pas à diminuer de façon pure et simple les prestations des assurés ou de recalculer impérativement l'âge legal de la retraite des assurés mais les incite à adapter leur comportement en conformité avec un environnement qui change. Un assuré qui part plus tard en retraite et qui perçoit donc moins longtemps sa pension aura droit à des prestations plus élevées. Un assuré qui part plus tôt pourra profiter d'une pension moins élevée plus longtemps.

Cette loi a également rendu la legislation en matière de cumul d'une pension avec un salaire moins restrictive. Ainsi le cumul d'une pension et d'un salaire est possible jusqu'au plafond fixé à la moyenne des cinq revenus annuels cotisables les plus élevés.

En outre, la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a introduit une différenciation entre d'une part le mécanisme de revalorisation des salaires inscrits dans la carrière de l'assuré lors du calcul de la pension, à savoir pour l'actualisation des salaires inscrits dans la carrière en valeur année de base 1984 au niveau des salaires de l'économie au moment du calcul de la pension et d'autre part celui qui consiste à ajuster au fur et à mesure, au cours de la retraite, le niveau des pensions à l'évolution des salaires. Ainsi, le terme de " *revalorisation* " est utilisé dans le contexte de l'inscription des salaires et des revenus dans la carrière en valeur de l'année 1984 et lors du calcul initial de la pension au moment de l'octroi de la pension et le terme de " *réajustement* " est utilisé pour ajuster les pensions en cours à l'évolution des salaires.

2.2 Assurance maladie

La première loi luxembourgeoise en matière d'assurances sociales datée du 31 juillet 1901 concernant l'assurance obligatoire des ouvriers contre les maladies, n'a guère été modifiée au sens d'une restructuration fondamentale de l'assurance. La situation sociale cependant souffre d'une disproportion entre l'augmentation progressive de la consommation des soins de santé et les capacités de financement des caisses de maladie. Certains facteurs socio-économiques, notamment l'extension progressive de l'assurance maladie des ouvriers à d'autres catégories de travailleurs et l'amélioration caractérisée de la longévité de la population, ont créé auprès de certaines caisses une situation financière alarmante.

La loi du 2 mai 1974 était essentiellement motivée par le souci d'assainir d'urgence la situation financière de la caisse de maladie des ouvriers. Elle a apporté une uniformisation des conditions de financement et des prestations des différentes caisses de maladie en appliquant les principales dispositions du Code des assurances sociales aux différents régimes à l'exception du régime agricole. La loi de 1974 a prévu notamment une participation accrue de l'Etat au financement des dépenses et la création d'un fonds de gros risques. Du côté des professions indépendantes, la loi du 22 mai 1974 a uniformisé les conditions de financement et les prestations des différentes caisses.

Les assurés de la caisse de maladie agricole étaient les derniers à ne pas avoir encore bénéficié entièrement des réformes opérées par la loi du 2 mai 1974. La loi du 20 avril 1977 a assimilé le régime agricole aux autres régimes d'assurance maladie en ce qui concerne les prestations en nature, et d'autre part, elle a étendu au régime agricole différentes dispositions d'ordre financier déjà prévues pour les autres caisses de maladie.

Même si la loi du 2 mai 1974 a uniformisé les prestations de toutes les caisses de maladie, elle a laissé d'assez grandes disparités en matière de cotisations, de sorte que, suivant la caisse compétente, les assurés avaient à supporter des cotisations plus ou mois élevées pour le même montant de prestations. L'idée d'une fusion des caisses, qui paraît justifiée en ce qu'elle réaliserait l'égalité de traitement des assurés en matière de cotisation dans une plus grande communauté de risque, s'est heurtée à des difficultés d'ordre fonctionnel et des questions de personnel. La loi du 27 juillet 1978 a pour objet de réaliser le même objectif par la voie indirecte, en uniformisant pour tous les assurés, à l'exception des exploitants agricoles, tant le plafond cotisable que le taux de cotisation. Afin d'éliminer les causes des disparités sur le plan des charges de l'assurance maladie, l'uniformisation de la cotisation était accompagnée d'un système de compensation sur les soldes positifs et les soldes négatifs de toutes les caisses de maladie.

En vue de poursuivre l' œuvre d'harmonisation de l'assurance maladie, la loi du 23 avril 1979 a introduit les principales dispositions du Code des assurances sociales dans le régime des professions indépendantes. Elle

tendait principalement vers l'harmonisation des dispositions ayant trait à la coassurance des membres de famille, à certaines questions administratives et aux voies et recours. La même loi a introduit au profit de cette catégorie socioprofessionnelle une indemnité pécuniaire en cas de maladie. L'indemnité pécuniaire consistait dans un montant forfaitaire qui ne pouvait dépasser le salaire social minimum, sauf si l'assuré justifiait une perte de gain plus élevée, auquel cas l'indemnité pouvait être augmentée d'un pourcentage déterminé. Le bénéfice de cette indemnité était étendu aux travailleurs intellectuels indépendants par le règlement grand-ducal du 24 mai 1979 et aux agriculteurs par la loi du 18 décembre 1986.

Vers la fin des années 1980 l'assurance maladie était gérée par neuf caisses de maladie indépendantes les unes des autres, chaque caisse de maladie ayant sa loi organique propre. Elles étaient réunies en une Union des caisses de maladie dont le rôle, plutôt effacé, se limitait à la négociation des conventions avec les prestataires de soins. En outre, le secteur de la santé connut au cours de ces années une progression dépassant sensiblement le taux de croissance économique absorbant une part toujours croissante des ressources nationales.

La loi du 27 juillet 1992 a reformé l'assurance maladie et le secteur de la santé en introduisant les modifications suivantes :

- la codification de la législation en matière d'assurance maladie : en effet, la législation en matière d'assurance maladie faisait l'objet de lois multiples. Le régime des ouvriers était intégré au Code des assurances sociales (depuis 1925), les employés privés, les professions indépendantes, les agriculteurs étaient régis par des lois spéciales qui, néanmoins, pour les employés privées et les indépendants, contenaient de nombreux renvois aux dispositions du livre Ier du Code des assurances sociales ;
- la réorganisation de l'Union des caisses de maladie : la loi a prévu que celle-ci était dorénavant placée sous l'autorité d'un conseil d'administration et d'une assemblée générale, en outre elle a servi de cadre pour la création d'un certain nombre de services qui reprendraient une partie non négligeable des attributions incombant à l'époque aux différentes caisses ; en effet, l'Union des caisses de maladie ne se limitait plus à préparer les négociations avec les prestataires de soins, mais assumait l'ensemble du travail administratif dans la mesure où l'assurance maladie était appelée à rémunérer directement le prestataire sans passer par l'intermédiaire du patient (tiers payant), en conséquence, les caisses de maladie n'intervenaient plus et les hôpitaux, laboratoires, pharmaciens et autres, présentaient leur demande en paiement auprès d'un service administratif unique pour l'ensemble des assurés ; la mise en place d'un service commun de la comptabilité assurait dorénavant le versement des prestations en nature dans le cadre du tiers payant,

mais également des autres prestations, ceci sur ordre du service compétent de la caisse de maladie concernée, les comptabilités individuelles des différentes caisses seraient en conséquence supprimées ;

- l'introduction de mécanismes de régulation de dépenses :
  - budgets de dépenses des médecins et médecins-dentistes ;
  - nomenclature des actes médicaux qui, non seulement énumérait les différents actes, mais les désignera par une lettre clé et un coefficient ;
  - cette nouvelle nomenclature s'étendait aux professions paramédicales, établissements de cure, établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, laboratoires d'analyses médicales, fournisseurs de prothèses ;
  - budgets dans le secteur hospitalier : les dépenses étaient divisées en dépenses directement proportionnelles à l'activité et en dépenses indépendantes de l'activité ;
- la redéfinition du contenu de la négociation entre Union des caisses de maladie et prestataires : les conventions déterminaient les droits et obligations réciproques et contenaient des dispositions d'ordre général destinées à rester stables, et destinées à être négociées pour une durée indéterminée, dénonçables moyennant préavis ;
- réaménagement de la procédure de négociation entre l'Union des caisses de maladie et les prestataires :
  - introduction d'un calendrier de la négociation ;
  - représentativité des groupements professionnels des prestataires : elle s'apprécie au moment de la négociation de la convention et par la suite, lors des refixations tarifaires annuelles, les groupements signataires sont présumés représentatifs ;
  - redéfinition des compétences de la commission de conciliation et d'arbitrage et renforcement de ses attributions ;
- réaménagement de l'intervention de l'État : la loi a fait intervenir l'État au niveau des cotisations (et non plus au niveau des prestations), solution qui s'applique depuis 1985 à l'assurance pension ;
- introduction du budget annuel des dépenses de l'assurance maladie : le budget annuel est établi et le taux de cotisation est fixé par l'Union des caisses de maladie elle-même, les budget et taux de cotisation doivent être approuvés par l'assemblée générale et l'instance de tutelle ;
- instauration du double degré de juridiction en cas de litige assuré/ caisse/ Union des caisses de maladie ;
- instauration d'une Commission de surveillance.

La loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique a apporté des changements majeurs à la matière de l'assurance maladie. Les principaux traits ayant un impact au niveau de la sécurité sociale sont :

- **l'instauration d'un régime unique pour les employés privés et les ouvriers :** la nouvelle loi opère une suppression des distinctions socioprofessionnelles entre employés privés et ouvriers. Désormais, on parle uniformément de "salariés".
- **la généralisation de la continuation de la rémunération en cas de maladie :** l'indemnisation en cas d'incapacité de travail des salariés s'aligne sur le système appliqué aux employés privés. Ainsi, le Code du travail dispose que le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.
- **la modification de l'assiette cotisable :** l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie est constituée par le revenu professionnel de l'assuré. Pour les activités salariées, le revenu professionnel correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires. Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. Un règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation.
- **la fusion des caisses de maladie et des caisses de pension du secteur privé :** alors qu'avant l'introduction d'un statut unique, les différentes caisses étaient classifiées d'après l'appartenance socioprofessionnelle de leurs assurés, désormais les caisses de maladie du secteur privé sont classifiées par branches de risques. Depuis le 1er janvier 2009, les six caisses de maladie du secteur privé - Caisse de maladie des employés privés (CMEP), Caisse de maladie des ouvriers (CMO), Caisse de maladie agricole (CMA), Caisse de maladie des professions indépendantes (CMPI) et Caisses de maladie des employés et des ouvriers de l'ARBED (CMEA et CMOA) - et l'Union des caisses de maladie sont fusionnées en la Caisse nationale de santé (CNS). De même, les quatre caisses de pension du régime général - Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, Caisse de pension des employés privés, Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels, Caisse de pension agricole, sont regroupées au sein de la Caisse nationale d'assurance pension.

- **la création d'une Mutualité des employeurs :** la Mutualité, constituée sous la forme juridique d'un établissement public, a pour but d'assurer tous ou en partie les risques encourus par les employeurs du fait de la généralisation de la continuation de la rémunération. Pendant la période de conservation légale, la Mutualité rembourse intégralement le salaire et prend en outre en charge les autres avantages avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant le congé pour raisons familiales, le congé d'accompagnement et les périodes d'essai visées par le Code du travail. Y sont affiliés obligatoirement tous les employeurs ; les travailleurs non-salariés peuvent s'affilier sur une base volontaire.

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit de nouveau des modifications importantes en matière de sécurité sociale :

- **Introduction du médecin référent :** L'assuré a la possibilité, sur base volontaire, de désigner un médecin référent. En l'occurrence, le médecin a le libre choix d'accepter ou de refuser la demande du patient de devenir son médecin référent. Le rôle principal du médecin référent est de coordonner et de mieux organiser les soins dispensés aux assurés. Il représente le premier recours dans la chaîne de parcours de soins du patient. Le médecin référent assure également le suivi du dossier de soins partagé de l'assuré. En effet, ceci s'avère utile vu que le médecin référent est le mieux placé pour proposer au patient le meilleur traitement et de le sensibiliser à la surconsommation vu qu'il dispose d'une vue globale de l'état de santé et de la situation sociale du patient.
- **Intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations :** La présente loi prévoit l'introduction de ces dépenses dans le financement général par cotisations. Dans le futur, les dépenses de maternité sont réparties solidairement entre les assurés, les employeurs et l'Etat comme tous les autres risques de maladie.

  Cette démarche est principalement motivée par le fait de remédier au nombre croissant des dispenses de travail automatiques accordées aux femmes enceintes par les employeurs. De plus, au niveau international, il est exceptionnel voir unique que la maternité soit prise en charge à 100% par l'Etat.
- **Introduction d'un taux de cotisation unique en matière d'assurance maladie-maternité :** Vu qu'il est difficile d'intégrer les prestations en espèces de maternité dans le taux de cotisation des prestations en espèces et en vue de simplifier la gestion administrative, la loi prévoit la création d'un taux de cotisation unique en matière d'assurance maladie-maternité. Ce taux de cotisation unique fixé à 5,60% sera majoré de 0,5% pour les assurés ayant droit

à une prestation en espèce. Cette majoration est introduite afin de ne pas défavoriser ceux qui n'ont pas droit à une indemnité pécuniaire comme par exemple les pensionnés.

Dorénavant, toutes les charges de l'assurance maladie-maternité y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité sont financées par cet unique taux de cotisation.

- **Commission de surveillance :** Les modifications apportées à la Commission de surveillance sont les suivantes :
  - le Président pourra être remplacé par un vice-président ;
  - la composition de la commission a changé. La commission n'est plus composée par des membres fixes, mais le Président désigne pour chaque réunion 4 délégués figurant sur des listes. En effet, tous les cinq ans le comité directeur de la Caisse nationale de santé, le Collège médical, le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes, le Conseil supérieur des professions de santé et les groupements professionnelles signataires d'une convention avec la Caisse nationale de santé envoient une liste avec dix délégués au Président de la Commission de surveillance ;
  - en outre, les sanctions que le Conseil arbitral de la sécurité sociale peut prononcer ont été renforcées.
- **Commission de nomenclature :** La présente loi créée la base pour une réforme des nomenclatures actuelles. Une telle réforme s'avère nécessaire dû aux nombreuses faiblesses que représentent ces dernières. En outre, la composition de la Commission de nomenclature est devenue plus paritaire. Le nombre des représentants des prestataires de soins a été augmenté au même niveau que celui des membres nommés par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé, la Sécurité sociale et la Caisse nationale de santé.
- **Cellule d'expertise médicale - Conseil scientifique :** Il est instituée une Cellule d'expertise médicale afin d'appuyer la Commission de nomenclature dans ses travaux notamment dans le domaine scientifique. Une des missions de cette Cellule d'expertise médicale est de donner son avis sur les affaires dont est saisie la Commission de nomenclature. La Cellule d'expertise médicale et le Conseil scientifique collaborent ensemble surtout en ce qui concerne l'élaboration des bonnes pratiques médicales et leur promotion envers les prestataires.

- **Le dossier de soins partagé :** Un dossier de soins partagé est établi pour chaque patient. Les prestataires des soins y versent les données médicales du patient ainsi que toute information pertinente concernant l'état de santé du patient afin de lui accorder la meilleure prise en charge et d'assurer une utilisation efficiente des services de santé. Les personnes qui ont accès au dossier de soins partagé sont le médecin référent, le médecin traitant et les professionnels de santé participant à la prise en charge du patient. Le patient a toujours la possibilité de s'opposer au partage des données le concernant et il peut à tout moment consulter son dossier. De plus, le patient a le droit de savoir qui d'autre a encore accès à son dossier.
- **Agence nationale des informations partagées :** L'Agence nationale des informations partagées a comme mission principale la gestion du dossier de soins partagé. En outre, il est prévu que cette Agence participe à d'autres projets relatifs au partage, à l'échange et à la documentation de données.
- **Tiers payant social :** Les assurés se trouvant dans une situation financière peu favorable ont la possibilité de demander une prise en charge directe par la voie du tiers payant des prestations de soins de santé. La décision d'accorder à une personne la prise en charge directe est prise par les offices sociaux tels que reformés par la loi du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.
- **Substitution des médicaments et fixation des prix des médicaments :** La base de remboursement permet la prescription respectivement la délivrance des médicaments les moins chers appartenant au même groupe de principe actif principal qui n'est plus protégé par un brevet dans le pays. Une liste contenant les médicaments substituables est établie par la Direction de la santé. S'il existe une base de remboursement pour un médicament donné il appartient au médecin de prescrire le médicament le moins cher ou sinon au pharmacien d'informer l'assuré qu'il existe un médicament moins cher. L'assuré n'est pas obligé de prendre le médicament le moins cher. Cependant, la prise en charge par l'assurance maladie-maternité se fait sur base du moins cher. En outre, l'attribution de la fixation des prix des médicaments est transférée des attributions du ministère de l'Economie vers les attributions du ministère de la Sécurité sociale.
- **Enveloppe budgétaire du secteur hospitalier :** La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit l'introduction d'une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. Cette enveloppe sera fixée pour deux exercices. Pour la période du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2012 la progression annuelle par rapport à l'année 2010 est fixée à 3%. En effet, le gouvernement établit une enveloppe budgétaire globale pour tout le secteur hospitalier. Par après, la Caisse nationale de santé

prend en charge les dépenses des hôpitaux suivant leur budget arrêté séparément, mais en tenant compte de l'enveloppe budgétaire globale. Les hôpitaux doivent établir leurs budgets également pour deux années. Cette enveloppe budgétaire globale s'étendant sur deux exercices oblige les hôpitaux à mieux planifier et organiser leurs activités.

- **Procédure de médiation :** La procédure en soi est maintenue et précisée. En outre, une distinction entre la procédure de fixation de la lettre clé et des litiges relatifs en matière conventionnelle est prévue. La procédure de médiation sur l'adaptation de la lettre clé prévoit qu'en cas d'échec de la médiation, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ce dernier rend alors une sentence arbitrale non-susceptible de recours.

  En ce qui concerne le volet sur les dispositions conventionnelles, le médiateur dresse également un procès-verbal de non-conciliation en cas d'échec qu'il transmet au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions. Les dispositions obligatoires sont alors fixées par voie de règlement grand-ducal.

Personnes protégées

3

La couverture de l'ensemble de la population active s'est réalisée par la soumission progressive des différentes activités économiques à l'assurance obligatoire. Au terme de cette évolution, la sécurité sociale assure une protection contre les différents risques à l'ensemble de la population active. Les différents régimes sont donc à caractère professionnel, à l'exception des prestations familiales qui répondent aux caractéristiques d'un régime universaliste.

1 ASSURANCE OBLIGATOIRE

L'affiliation aux différents régimes de sécurité sociale se fait obligatoirement en raison de l'exercice d'une occupation professionnelle rémunérée. Le principe de l'affiliation est double :

- le droit de la sécurité sociale subordonne toute activité professionnelle à l'assurance ;
- les règles d'organisation de la sécurité sociale veulent que les personnes concernées soient assurées obligatoirement auprès des organismes compétents pour leur groupe socio-professionnel et selon les risques à couvrir.

En dehors des personnes assurées obligatoirement du chef de leur occupation professionnelle, il y a celles qui le sont du fait qu'elles touchent un revenu de remplacement.

La sécurité sociale est structurée d'après le schéma bismarckien qui fait un départage entre les salariés (depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, la distinction entre employés privés et ouvriers a été abolie) et indépendants. Les travailleurs indépendants forment trois sous-groupes, à savoir les indépendants faisant le commerce (c.-à-d. les artisans, commerçants et industriels nécessitant une autorisation d'établissement pour l'exercice de leurs activités), les travailleurs intellectuels indépendants (c.-à-d. les professions libérales, artistes, consultants etc...) et les indépendants du domaine agricole au sens large (c.-à-d. les cultivateurs, horticulteurs, maraîchers, sylviculteurs et viticulteurs).

1.1 Assurance maladie-maternité

Toutes les personnes qui ont au Luxembourg une occupation professionnelle à titre de salarié ou d'indépendant sont assurées obligatoirement contre ce risque et une retenue de cotisation pour l'assurance maladie est opérée.

Il en est de même des personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement et des bénéficiaires du revenu minimum garanti qui ne bénéficient pas d'une protection à un autre titre, par exemple si un complément revenu minimum garanti est accordé à un bénéficiaire de pension.

Par ailleurs sont assujettis à cette assurance pour autant qu'ils n'aient pas de protection en tant que membre de famille (coassuré), les étudiants poursuivant leurs études au Luxembourg, ainsi que les enfants mineurs et les infirmes, catégories pour lesquelles une prise en charge par l'Etat des cotisations afférentes est possible.

Les jeunes au pair sont également assurés pendant leur séjour auprès de la famille d'accueil.

1.2 Assurance pension

Sont soumises à l'assurance obligatoire contre le risque vieillesse et invalidité toutes les personnes qui exercent au Luxembourg, contre rémunération, une activité professionnelle salariée ou indépendante ou qui justifient de périodes assimilées à de telles périodes d'activité professionnelle.[1)]

1.3 Assurance accident

Sont assurés obligatoirement contre ce risque notamment les personnes qui exercent au Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle à titre de salariée ou d'indépendant. Il en est de même pour les apprentis bénéficiant au Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée ainsi que les personnes y effectuant un stage rémunéré ou non en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle.

Les personnes exerçant au Luxembourg moyennant rémunération une activité professionnelle pour un tiers, sans être établies légalement à leur propre compte, sont également assurées à titre obligatoire et comme salariées dudit tiers.

Sont également soumises d'office à l'assurance obligatoire sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, les personnes exerçant une activité agricole ou y assimilée pour le compte d'une tierce personne, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une

---

1) En ce qui concerne ces périodes, voir chapitre 11 - Prestations en cas de vieillesse.

durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier. Il en est de même des membres de famille.

Les jeunes au pair bénéficient également d'une protection en matière d'assurance accident pendant leur séjour auprès d'une famille d'accueil.

Par ailleurs les dispositions de l'assurance accident sont applicables[1)] sous certaines conditions :

- aux écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, y compris les activités péripréscolaires et périuniversitaires et les enfants âgés de moins de 6 ans accueillis dans un organisme agréé ; ainsi qu'aux chargés de cours, moniteurs et surveillants ;
- aux personnes participant aux cours de formation continue et examens y relatifs organisés ou agréés par l'Etat, les communes et les chambres professionnelles ainsi qu'aux chargés de cours et aux membres ou auxiliaires des jurys afférents ;
- aux délégués syndicaux ;
- aux personnes participant aux actions de secours et de sauvetage ;
- aux bénéficiaires du revenu minimum garanti qui profitent d'une mesure d'insertion professionnelle et sociale ;
- aux personnes faisant l'objet d'une mesure légale d'insertion sociale ou de mise au travail ainsi que les détenus ou retenus occupés pour le compte de l'administration pénitentiaire ou le Centre de rétention ;
- aux demandeurs d'emploi bénéficiant d'une mesure d'insertion professionnelle ;
- dans l'exercice de leurs fonctions, aux députés et autres personnes ayant un mandat politique ;
- aux personnes exerçant à titre bénévole une activité dans les domaines social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique au profit d'un organisme agréé [2)];
- dans le cadre des examens par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou la Cellule d'évaluation et d'orientation, l'assuré ou la personne dépendante ainsi que la tierce personne qui l'accompagne en raison de son état de santé ainsi que le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet se présentant notamment auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi ;
- aux personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger ;

---

1) *Pour plus de précisions sur les différents cas visés, il est renvoyé à la dernière partie de ce chapitre qui traite des situations spécifiques.*

2) *En vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique.*

- aux personnes handicapées inscrite dans un service de formation agréé ;
- aux membres de la Fédération des Associations des Parents d'Elèves et de ses associations-membres, à savoir les associations de parents d'élèves de l'école fondamentale et les associations de parents d'élèves de l'enseignement postprimaire, participant à une réunion ou une activité organisée par la fédération ou une de ses associations-membres, les représentants des parents d'élèves de l'enseignement fondamental intervenant au niveau d'une école de l'enseignement fondamental, d'une commission scolaire communale ou de la commission scolaire nationale ;
- les candidats effectuant le stage préparant à l'obtention de l'attestation habilitant à faire des remplacements dans l'enseignement fondamental.

2 ASSURANCE VOLONTAIRE

2.1 Assurance maladie-maternité

En matière d'assurance maladie-maternité, deux formes d'assurance volontaire peuvent être distinguées.

a) Assurance continuée

La personne qui est âgée de 18 ans au moins, qui réside au Luxembourg et qui perd la qualité d'assuré ou la protection en qualité de membre de famille, après en avoir bénéficier pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la perte de cette qualité, peut demander à continuer son affiliation. Cette demande doit être présentée au Centre commun de la sécurité sociale sous peine de forclusion dans un délai de trois mois suivant la perte de l'affiliation.

b) Assurance facultative

Les personnes résidant au Luxembourg qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie ont la faculté de s'assurer volontairement. Le droit aux prestations n'est ouvert qu'après un stage d'assurance de trois mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale.

c) Dispositions administratives

Pour les assurés au titre de l'assurance maladie volontaire, l'assiette de cotisation correspond au minimum cotisable.

Les cotisations au titre de l'assurance facultative sont dues à partir du jour de la présentation de la demande.

Les cotisations au titre de l'assurance continuée ne sont dues qu'à partir de la fin de la période du maintien du droit aux prestations de soins de santé, à savoir le mois en cours et les trois mois subséquents après la cessation de l'affiliation. Les cotisations sont réclamées par extraits de compte mensuels.

L'obtention des prestations est subordonnée au paiement des cotisations échues. Le droit aux prestations au titre de l'assurance facultative est par ailleurs suspendu pendant les trois premiers mois à partir de la présentation de la demande au Centre commun de la sécurité sociale.

L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré. Elle prend également fin de plein droit en cas de non paiement des cotisations à deux échéances ainsi qu'en cas de nouvelle affiliation à l'assurance obligatoire pendant une période continue de six mois ouvrant de nouveau droit à l'admission à l'assurance continuée.

Les cotisations d'assurance volontaire faisant double emploi avec l'assurance obligatoire sont remboursées à l'intéressé.

2.2 Assurance pension

En matière d'assurance vieillesse-invalidité deux formes d'assurance volontaire sont prévues, à savoir l'assurance continuée et l'assurance facultative. Par ailleurs un achat de périodes et la possibilité d'une restitution de cotisations remboursées sous l'empire de l'ancienne législation sont prévus.

a) Assurance continuée

Les personnes qui justifient de 12 mois d'assurance obligatoire pendant une période de référence de 3 années précédant la perte de la qualité d'assuré obligatoire ou la réduction de l'activité professionnelle, peuvent demander de continuer ou de compléter l'assurance. La période de référence de 3 ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes assimilées ainsi qu'à des périodes d'assurance continuée ou complémentaire antérieures ou correspondant au bénéfice d'un complément au revenu minimum garanti. La demande visant la continuation de l'assurance doit être présentée sous peine de forclusion au Centre commun de la sécurité sociale, au titre du régime auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu dans un délai de 6 mois suivant la perte de l'affiliation. Ce délai de 6 mois est suspendu à partir du jour de la demande en obtention d'une pension d'invalidité jusqu'à la date où la décision est coulée en force de chose jugée.

Par ailleurs, l'assuré social qui remplit les mêmes conditions que celles décrites ci-avant, peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire (assurance complémentaire).

b) Assurance facultative

Les personnes qui ne remplissent pas les conditions pour être admises à l'assurance continuée peuvent, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, s'assurer facultativement à partir du premier jour du mois suivant celui de la présentation de la demande pendant les périodes au cours desquelles elles n'exercent pas ou réduisent leur activité professionnelle pour des raisons familiales. Les intéressés doivent résider au Luxembourg, être affiliés obligatoirement pendant au moins 12 mois et, au moment de la demande, ne pas avoir dépassé l'âge de 65 ans ni avoir droit à une pension personnelle.

c) Achat rétroactif de périodes

Les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour des raisons familiales, soit quitté un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou un régime de pension d'une organisation internationale prévoyant un forfait de rachat ou un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un achat rétroactif (achat de périodes). Les conditions sont identiques à celles prévues en matière d'assurance facultative, à l'exception de l'avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale qui n'est pas exigé en matière d'achat rétroactif.

d) Dispositions administratives[1)]

L'assuré qui abandonne ou réduit son activité professionnelle peut continuer ou compléter son assurance en présentant une demande écrite auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

Peut compléter par des cotisations volontaires celles versées au titre de l'assurance obligatoire, l'assuré qui justifie de 12 mois d'assurance au titre de l'assurance obligatoire pendant une période de 3 années précédant la demande. Cette période de référence de 3 ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes assimilées ou d'assurance continuée.

La demande pour l'assurance continuée vaut également comme demande au titre de l'assurance complémentaire et inversement.

Les personnes qui remplissent les conditions prévues pour l'assurance facultative peuvent s'assurer pendant les périodes de mariage, d'éducation d'un enfant mineur ou d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante en présentant une demande écrite à introduire auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

---

1) Les assurances continuées ou facultatives en cours au 1er janvier 2013 et portant sur moins de douze mois par année civile restent régies par les anciennes dispositions réglementaires en vigueur jusqu'à cette date, à moins que l'assuré n'opte ultérieurement irrévocablement pour l'application des nouvelles dispositions réglementaires.

L'assurance continuée, complémentaire ou facultative prend effet le premier jour du mois suivant celui de la demande. Cependant, en cas d'assurance continuée ou complémentaire, l'assuré peut demander qu'elle prenne effet au plus tôt le premier mois suivant celui de la perte de l'affiliation ou de la réduction de l'activité professionnelle.

Pour les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliées par l'Etat, l'assurance facultative rétroagit au jour du début de l'occupation.

L'assurance continuée, complémentaire ou facultative doit couvrir une période continue.

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum mensuel, ni supérieure au quintuple de ce salaire. Toutefois, l'assuré peut demander qu'elle soit réduite à un tiers du salaire social minimum mensuel pendant un total ne dépassant pas soixante mois d'assurance au cours de sa carrière d'assurance. Pour compter cette durée maximale, ne sont pas pris en considération les mois mis en compte au titre de l'assurance obligatoire.

Compte tenu des dispositions prévisées, l'intéressé est libre de fixer l'assiette de cotisation, sans que cette dernière ne puisse dépasser :

- soit le plafond fixé à la moyenne des cinq salaires annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance relevée, le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum mensuel ;
- soit l'indemnité dont bénéficie l'assuré en sa qualité de membre de la chambre des députés ;
- soit la rémunération réalisée par l'assuré au cours de l'année précédant l'année de cotisation auprès d'un organisme international officiel qui ne le fait pas bénéficier d'un régime statutaire prévoyant le paiement d'une pension périodique ;
- soit le dernier traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, avant l'admission à l'assurance continuée ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial, relevé le cas échéant, jusqu'à concurrence du double du salaire social minimum de référence. En cas de congé pour travail à mi-temps ou de service à temps partiel, le traitement correspondant à une tâche complète est pris en compte ;
- soit la différence entre, d'une part, le traitement pensionnable payé du chef de l'exercice, pendant l'assurance complémentaire ou facultative, d'une activité soumise à un régime de pension transitoire spécial et, d'autre part, le dernier traitement pensionnable payé avant l'admission à cette assurance déterminé conformément au tiret qui précède ;

- soit la rémunération de la personne occupée auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger affiliée par l'Etat.

Dans la limite des plafonds visés ci-dessus, l'assuré peut en outre fixer l'assiette de cotisation à une, deux, trois, quatre ou cinq fois le salaire social minimum mensuel.

En cas d'assurance complémentaire ou facultative, l'assiette prévisée comprend l'assiette de l'assurance obligatoire.

L'option retenue au moment de la demande vaut pour les années civiles subséquentes, sauf adaptation à opérer au mois de janvier de chaque année.

Les cotisations sont réclamées par extraits de compte mensuels, sous réserve d'une régularisation à la clôture de l'exercice.

Pour les assurés exerçant une activité indépendante, toute cotisation indûment payée au titre de l'assurance obligatoire peut être portée en compte comme cotisation de l'assurance continuée pour les périodes afférentes si l'assurance continuée est recevable pour ces périodes.

L'assurance continuée, complémentaire ou facultative n'ouvre droit à des prestations que pour autant qu'elle soit valablement couverte de cotisations.

Les sommes qui auraient été acceptées contrairement aux dispositions légales ou réglementaires sont remboursées et n'entrent pas en ligne de compte pour la détermination des droits de l'assuré.

L'assurance est résiliée sur déclaration écrite de l'intéressé ou en cas de non-paiement des cotisations dans un délai de 3 mois à partir de la mise en demeure notifiée par lettre recommandée dans les 3 mois de l'extrait de compte. Elle est annulée avec effet rétroactif au premier jour du mois pour lequel la cotisation n'a pas été payée intégralement.

La demande en vue d'un achat rétroactif de périodes d'assurance doit être présentée auprès de la Caisse nationale d'assurance pension. Cette caisse est chargée de l'instruction du dossier.

La période à couvrir rétroactivement ne peut, ni se situer avant l'âge de 18 ans, ni excéder :

- les périodes de mariage ;
- les périodes d'éducation d'un enfant mineur ;
- les périodes d'aides et de soins assurés à une personne reconnue dépendante ;
- les périodes d'affiliation à un régime de pension étranger ou à un régime de pension d'une organisation internationale ;
- les périodes ayant donné lieu à paiement de l'indemnité prévue par l'article 16 de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, tel qu'il a été abrogé par la loi du 25 juillet

1985 (cet article prévoyait pour la femme fonctionnaires mariée qui quittait le service de l'Etat sans pouvoir prétendre à pension, un versement unique d'un douzième de son dernier traitement) ;

- les périodes d'occupation auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger se situant avant les 1*er* septembre 2001.

Pour un mois d'assurance à couvrir rétroactivement, il est mis en compte, à la demande de l'intéressé, un revenu correspondant, soit au minimum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant ces périodes, soit au double de ce minimum. En aucun cas, les revenus portés en compte au titre de l'assurance obligatoire et de l'achat rétroactif ne peuvent dépasser le maximum cotisable en vigueur auprès de la Caisse nationale d'assurance pension pendant l'année de calendrier en question.[1)]

Le montant à verser pour la couverture rétroactive des périodes d'assurance est calculé sur base des revenus visés ci-avant à l'aide du taux de cotisation global applicable au moment de la réception de la demande.

Le montant nominal des cotisations ainsi calculées est augmenté des intérêts composés au taux de 4% l'an. Les intérêts courent par année pleine à partir de l'année qui suit celle à couvrir rétroactivement jusqu'à la fin de l'année précédant celle de la réception de la demande.

La caisse de pension fixe le montant des cotisations à régler, sous peine de déchéance, dans les trois mois qui suivent la notification de la décision.

Toutefois, à la demande de l'assuré avant l'expiration du délai, la caisse de pension accorde un paiement par annuités dont le nombre ne peut pas dépasser cinq. Ces annuités, majorées d'intérêts composés au taux de 4% l'an, sont à payer, sous peine de déchéance, dans le délai de 10 jours à partir des échéances fixées.

Aucun versement ne peut être accepté en cas d'invalidité, de décès ou en cas de déchéance conformément à ce qui précède. Toutefois, les droits attachés aux paiements déjà effectués restent acquis à l'intéressé en étant imputés en priorité sur les mois entiers les plus anciens.

En cas de litige relatif à l'achat de périodes d'assurance, la décision susceptible de recours est prise par le comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension et communiquée au demandeur par lettre recommandée.[2)]

---

1) *Pour les périodes d'affiliation à un régime de pension étranger ou à un régime de pension d'une organisation internationale, des dispositions particulières s'appliquent.*

2) *Pour plus de précisions concernant l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension, voir règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 (Mém. A 52 du 11 mai 1999, p.1290).*

e) La restitution de cotisations remboursées

Les personnes qui avaient par le passé demandé un remboursement de la moitié des cotisations portées à leur compte peuvent faire revivre les droits attachés à la partie non remboursée lorsqu'elles ont accompli une nouvelle période d'assurance de 48 mois au titre de l'assurance obligatoire ou continuée. En outre, elles peuvent restituer le montant des cotisations remboursées revalorisées.[1)]

2.3 Assurance accident

Les exploitants agricoles dont la dimension économique n'atteint pas un certain seuil [2)] et qui ne tombent de ce fait pas sous l'obligation d'assurance peuvent s'assurer volontairement.

3 DROITS DERIVÉS

Les droits dérivés sont des droits dont peuvent se prévaloir d'autres personnes que celles qui ont payé des cotisations.

3.1 Droits dérivés en matière de soins de santé - des ayants-droits pour les soins de santé

Le bénéfice de l'assurance maladie s'étend :

- au conjoint ;
- au partenaire : par partenariat il y a lieu d'entendre une communauté de vie de deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple et qui ont fait une déclaration par écrit auprès de l'officier de l'état civil (loi modifée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats) ;
- au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire tient le ménage de l'assuré principal ;
- aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il reçoit une modération d'impôt ;
- aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour autant que l'assuré, son conjoint ou son partenaire soit attributaire de la modération d'impôt ;

---

1) *Pour les modalités et les conditions suivant lesquelles les assurés ayant bénéficié d'un remboursement de cotisations peuvent restituer les cotisations remboursées : voir règlement grand-ducal modifié du 5 mai 1999 (Mém. A 52 du 11 mai 1999, p.1290).*

2) *Loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural, article 2, paragraphes 8 et 9 (Mém. A 67 du 20 mai 2008, p.894).*

- aux enfants pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée lorsqu'ils sont âgés de moins de 30 ans et qu'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule.

Le bénéfice de la protection est subordonné à la condition que l'intéressé ne soit pas affilié personnellement et, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle, qu'il réside au Luxembourg.[1)]

Dans des cas exceptionnels et pour des motifs graves, la Caisse nationale de santé peut accorder dispense des conditions d'âge et de résidence.

Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui avec lequel il vit en communauté domestique ou qui lui assure l'éducation et l'entretien. Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

3.2 Droits dérivés en matière d'assurance pension et d'assurance accident - Prestations de réversion

Des pensions et des rentes de réversion sont prévues au profit des conjoints et des partenaires, ainsi que pour les orphelins en cas de décès de l'assuré, principal soutien de la famille.

Dans certains cas des pensions de réversion peuvent être allouées également à des parents qui ont tenu le ménage de l'assuré avant son décès.[2)]

4 PRISE EN CHARGE PAR L'ETAT DES COTISATIONS

4.1 En matière d'assurance maladie

En matière d'assurance maladie l'Etat prend en charge les cotisations des enfants mineurs et des infirmes qui résident au Luxembourg et ne bénéficient pas d'une protection en tant que membre de famille ou qui ne sont pas assurés à un autre titre.

Par ailleurs l'Etat prend également en charge les cotisations pour les volontaires de l'armée et les membres de l'armée et de la police, pour le personnel des établissements pénitentiaires, le personnel du Centre de rétention, pour des jeunes qui participent à des activités de volontariat, ainsi que pour les sportifs d'élite.

---

1) Cette condition de résidence au Luxembourg ne s'applique pas en cas d'application d'un instrument international bi- ou multilatéral. Il est renvoyé aux chapitres 25 et suivants.

2) Il est renvoyé à ce sujet aux chapitres 11 et 13.

4.2 En matière d'assurance pension

En matière d'assurance pension, l'Etat paye les cotisations du parent ayant pris un congé parental.

Comme pour l'assurance maladie, l'Etat prend en charge les cotisations des volontaires de l'armée et des jeunes qui participent à des activités de volontariat, ainsi que pour les sportifs d'élite.

4.3 Pour les salariés handicapés[1)]

L'Etat peut accorder la prise en charge des cotisations au titre de l'assurance pension complémentaire aux travailleurs indépendants qui ont obtenu la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé, lorsqu'ils poursuivent leur activité professionnelle sur le territoire du Luxembourg.

Dans certains cas de rigueur à caractère social dûment établi, l'Etat peut prendre à sa charge, en tout ou en partie, les cotisations d'assurance obligatoire.

Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi accordera la prise en charge pour la durée d'une année sur proposition de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel du salarié handicapé. La prise en charge est renouvelable dans les mêmes conditions.

Les demandes de prise en charge sont à adresser au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi qui les transmet à la prédite commission pour avis.

Les intéressés sont tenus de signaler à l'Agence pour le développement de l'emploi tout fait de nature à apporter un changement aux conditions d'attribution du bénéfice de la prise en charge par l'Etat.

Les cotisations prévues ci-avant sont payées par l'Etat sur base d'un extrait de compte individuel ou collectif établi par le Centre commun de la sécurité sociale.

Les cotisations prévues par l'assurance pension complémentaire sont remboursées par l'Etat aux ayants droit contre production des pièces justificatives.

4.4 Mesures en faveur de l'emploi

La législation luxembourgeoise[2)] sur les aides et mesures en faveur de l'emploi prévoit un certain nombre d'aides à l'embauche, et notamment la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales normalement à charge des employeurs.

---

1) *Règlement grand-ducal du 28 octobre 2013 portant modification du règlement grand-ducal du 7 octobre 2004 portant exécution de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A n°15 du 29 janvier 2014, p. 138).*

2) *Loi modifiée du 22 décembre 2006 promouvant le maintien dans l'emploi et définissant des mesures spéciales en matière de sécurité sociale et de politique de l'environnement (Mém. A n°239 du 29 décembre 2006, p. 4710).*

a) Les mesures qui s'adressent aux demandeurs d'emploi

Les mesures en faveur de l'emploi des jeunes

Aussi l'Agence pour le développement de l'emploi peut faire bénéficier le jeune demandeur d'emploi, inscrit depuis trois mois au moins et âgé de moins de 30 ans accomplis soit d'un contrat d'appui-emploi soit d'un contrat d'initiation à l'emploi.

Une exception à la durée d'inscription peut être accordée par l'Agence pour le développement de l'emploi sur avis motivé du ministre ayant la Formation professionnelle dans ses attributions pour les jeunes demandeurs d'emploi orientés vers un apprentissage en attendant la conclusion d'un contrat d'apprentissage.

Le contrat appui-emploi (secteur public et associations sans but lucratif) a pour but d'offrir au jeune une initiation et une formation pratique et théorique auprès d'un promoteur du secteur public ou associatif en vue d'augmenter ses compétences et de faciliter son intégration respectivement réintégration sur le marché du travail. La durée du contrat est de 12 mois. Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut autoriser une prolongation maximale de 6 mois sur demande motivée du promoteur.

Le jeune non diplômé âgé de plus de 18 ans touche une indemnité égale à 100% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés. Le jeune non diplômé âgé de moins de 18 ans touche une indemnité égale à 80% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés. Pour les jeunes détenteurs d'un brevet de technicien supérieur respectivement d'un diplôme de bachelor ou master, l'indemnité est portée à 130%. Le promoteur peut lui verser une prime de mérite facultative non remboursable par le fonds pour l'emploi.

Le Fonds prend en charge intégralement l'indemnité si le contrat appui-emploi est conclu avec l'Etat. Aux promoteurs autres que l'Etat, le Fonds pour l'emploi rembourse, pendant les 12 premiers mois 75% de l'indemnité. En cas de prolongation du contrat, le Fonds rembourse seulement encore une quote-part de 50% au promoteur.

L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales prévues en matière de salaires et le Fonds pour l'emploi prend à charge la part patronale des cotisations de sécurité sociale.

Le **contrat d'initiation à l'emploi (secteur privé)**) est conclu entre l'Agence pour le développement de l'emploi, le promoteur et le jeune et a essentiellement pour but d'offrir au jeune pendant les heures de travail une formation pratique facilitant l'intégration sur le marché du travail. Le contrat d'initiation à l'emploi est réservé aux promoteurs qui peuvent offrir au jeune demandeur une réelle perspective d'emploi à la fin du contrat. Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois. Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut autoriser une prolongation maximale de 6 mois sur demande motivée du promoteur.

Le jeune non diplômé âgé de plus de 18 ans touche une indemnité égale à 100% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés. Le jeune non diplômé âgé de moins de 18 ans touche une indemnité égale à 80% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés. Pour les jeunes détenteurs d'un brevet de technicien supérieur respectivement d'un diplôme de bachelor ou master, l'indemnité est portée à 130%.

Le promoteur peut lui verser une prime de mérite facultative non remboursable par le fonds pour l'emploi.

Le Fonds pour l'emploi prend en charge la part patronale des cotisations sociales et rembourse au promoteur une quote-part correspondant à 50% de l'indemnité touchée par le jeune pour les 12 premiers mois. En cas de prolongation du contrat, le Fonds rembourse seulement encore une quote-part de 30% au promoteur.

En vue de garantir une égalité de traitement en matière de conditions d'accès à ces mesures, le taux de prise en charge par le Fonds pour l'emploi pour les employeurs du secteur privé est majoré de 15% en cas d'embauche de jeunes du sexe sous-représenté dans le secteur d'activité et/ou la profession en question.

L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales prévues en matière de salaires et le Fonds pour l'emploi prend à charge la part patronale des cotisations de sécurité sociale.

b) Les aides qui s'adressent aux employeurs

L'aide à l'embauche de chômeurs âgés et de chômeurs de longue durée

Le Fonds pour l'emploi rembourse aux employeurs du secteur privé les cotisations de sécurité sociale, part employeur et part assuré, pour les chômeurs embauchés, indemnisés ou non, âgés de 45 ans accomplis et inscrits auprès d'un bureau de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis au moins un mois.

Les demandeurs d'emploi âgés de 40 à 44 ans accomplis doivent être inscrits auprès d'un bureau de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis trois mois au moins et ceux âgés de 30 à 39 ans depuis 12 mois au moins.

La condition d'inscription ne s'applique pas aux demandeurs d'emploi concernés par un plan de maintien dans l'emploi ou dont le contrat de travail a été résilié avec effet immédiat suite à une déclaration en état de faillite.[1)]

---

1) Selon l'article 2 de la loi du 19 avril 2012 modifiant les articles L.126-1 et L.541-1 du Code du travail (Mém. A 82 du 30 avril 2012, p.930), la dispense de l'application de la condition des durées d'inscription respectives prévue à cet alinéa peut être accordée, par simple demande introduite auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi par un employeur ayant embauché un salarié dont le contrat de travail a été résilié avec effet immédiat suite à une déclaration en état de faillite survenue après le 1er juin 2011.

Pour les chômeurs âgés de 45 ans, le remboursement des cotisations est maintenu jusqu'au jour de l'attribution d'une pension de vieillesse. Pour les chômeurs âgés entre 40 et 44 ans, le remboursement est maintenu pendant trois ans et pour les chômeurs âgés entre 30 et 39 ans pendant deux ans.

Le remboursement est en principe subordonné à la condition que le chômeur soit embauché moyennant soit contrat de travail à durée indéterminée soit d'un contrat de travail à durée déterminée de 18 mois au moins et que la durée de travail hebdomadaire atteigne au moins 16 heures.

Tout employeur désireux de bénéficier de l'aide en question est tenu, sous peine de forclusion, d'adresser une demande au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi dans les 6 mois suivant l'embauche du chômeur.

Le remboursement se fait sur base d'une déclaration trimestrielle adressée, avec pièces à l'appui, à l'Agence pour le développement de l'emploi.

L'aide fiscale

On peut signaler que la loi a prévu également une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauche de chômeurs.

Entreprises éligibles

Peuvent obtenir la bonification d'impôt les contribuables engageant des chômeurs

- dans une entreprise commerciale, industrielle, minière ou artisanale ;
- dans le cadre d'une exploitation engendrant un bénéfice agricole et forestier ;
- dans le cadre de l'exercice d'une profession libérale.

Sont exclus du bénéfice de la bonification de l'impôt :

- les entreprises de travail intérimaire ;
- les ménages privés.

Chômeurs donnant droit à la bonification d'impôt

Les chômeurs ouvrant droit à la bonification d'impôt sont les demandeurs d'emploi inscrits au moins depuis 3 mois auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et assignés par le service de placement de l'Agence.

La bonification peut également être accordée pour :

- l'embauche d'un salarié bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel interne ou externe ;
- l'embauche d'un demandeur d'emploi au cours ou suite à son affectation à une mesure pour l'emploi (contrat d'initiation à l'emploi, stage de réinsertion).

Les périodes de placement dans une mesure pour l'emploi qui précèdent l'embauche sont alors prises en compte pour la computation du délai de 3 mois d'inscription auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi.

La bonification ne s'applique pas pour :

- l'embauche d'un chômeur qui peut bénéficier d'une des aides pour salariés handicapés ;
- l'embauche d'un chômeur engagé pour pourvoir au remplacement de salariés admis à la préretraite solidarité ;
- le placement d'un chômeur dans le cadre d'une mesure pour l'emploi ;
- le remboursement des charges patronales pour les douze mois à compter de la date d'embauche.

L'embauchage doit se faire moyennant un contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée ou dans un contrat de travail déterminé en vue d'un remplacement d'un congé parental ne pouvant pas porter sur une durée de travail inférieure à 16 heures par semaine. En cas de contrat à durée déterminée, la durée du contrat doit être de 18 mois.

Pour la durée des 36 mois à compter du mois de l'embauchage et sous réserve de la continuation du contrat de travail pendant cette période, la bonification mensuelle d'impôt par chômeur est de 15% du montant de la rémunération mensuelle brute déductible comme dépense d'exploitation.[1)]

5 RÈGLES GÉNÉRALES

5.1 Principe de l'unicité de l'affiliation

Personne ne peut faire partie de plus d'une caisse de maladie. En cas d'exercice d'une activité relevant soit de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, soit de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, soit de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois et d'une activité relevant de la Caisse nationale de santé, la première caisse reste compétente (pour les services entrant dans ses attributions), sauf option contraire.

En cas de cumul de différentes activités relevant de différentes caisses de maladie (sont visées les trois caisses du secteur public non concernées par la fusion des caisses suite à l'introduction du statut unique), la compétence de la caisse est déterminée en raison de l'occupation comportant le nombre d'heures le plus élevé.

---

1) Pour de plus amples renseignements sur les aides et mesures en faveur de l'emploi : consulter le site Internet de l'Agence pour le développement de l'emploi : http://www.adem.public.lu/ fr/index.html.

En cas de cumul d'une activité avec une pension, la nature de l'activité est prise en considération.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, les différentes caisses de pension (Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, Caisse de pension des employés privés, Caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels, Caisse de pension agricole) sont regroupées au sein de la Caisse nationale d'assurance pension. Ainsi, dans le régime général applicable au secteur privé et règlementé dans le Code de la sécurité sociale, on n'opère plus de différence suivant l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle donnée.

En cas d'affiliation simultanée ou successive au régime général et à un ou plusieurs régimes spéciaux transitoires, l'organisme du régime spécial transitoire auquel l'assuré était soumis reste compétent à l'exclusion de tout organisme du régime général. Si l'assuré était soumis simultanément ou successivement à deux régimes spéciaux transitoires, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu.

En cas d'affiliation simultanée ou successive au régime spécial transitoire et à un ou plusieurs régimes spéciaux, est compétent l'organisme du régime auquel l'assuré était soumis en dernier lieu. Si l'assuré était soumis en dernier lieu simultanément à deux régimes, l'organisme compétent est celui de l'activité principale.

Est considérée comme activité principale celle dont le revenu est le plus élevé, sinon la plus ancienne.[1)]

5.2 Dispense de l'assurance

Sont dispensées de l'assurance obligatoire (maladie et vieillesse-invalidité) les personnes qui exercent leur activité professionnelle uniquement d'une façon occasionnelle et non habituelle et ce pour une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser 3 mois par année de calendrier.

Sur demande de l'intéressé, le comité directeur du Centre commun de la sécurité sociale peut dispenser de l'affiliation les conjoints aidants ou partenaires, sauf s'il s'agit d'un conjoint ou d'un partenaire d'un assuré agricole ou aidant agricole.

---

1) Pour plus de précisions : voir loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mém. A 70 du 8 août 2000, p.1404).

Peuvent encore être dispensées sur demande les personnes exerçant pendant une durée ne dépassant pas une année une activité professionnelle au Luxembourg et affiliées à un régime de sécurité sociale étranger.[1] Cette dispense peut être prorogée jusqu'à concurrence d'une nouvelle période d'une année par le Centre commun de la sécurité sociale et au-delà de cette limite par le ministre de la Sécurité sociale.

Sur demande de l'intéressé, l'activité exercée à titre accessoire dans le domaine culturel ou sportif au service d'une association ne poursuivant pas de but lucratif est dispensée de l'assurance maladie et vieillesse, si le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas deux tiers du salaire social minimum par an. Cette législation permet de tenir compte du niveau des indemnités que touchent par exemple les directeurs de sociétés de musique ou de chant ou encore les entraîneurs dans les différentes disciplines sportives, de sorte que de telles activités peuvent être dispensées si les indemnités versées ne dépassent pas 15.988,72 € (1.1.2017) par an.

Sont encore dispensées de l'assurance, les activités indépendantes exercées à titre principal ou accessoire lorsque le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an, à savoir 7.994,36 € (1.1.2017).

5.3 Exemption de l'assurance

Ne sont pas assujetties à l'assurance maladie, les personnes soumises à un autre régime en raison de leur activité au service d'un organisme international ou en vertu d'une pension leur accordée à ce titre.

Ne sont pas assujettis à l'assurance pension au titre de leur activité statutaire les fonctionnaires, employés ou agents de l'Etat, des communes, des établissements publics, des chemins de fer et des organismes internationaux officiels qui ont droit pour eux et leurs survivants à des pensions en vertu de leur régime statutaire.

Ne sont pas assujettis à l'assurance pension les agents de la Banque centrale du Luxembourg, qui dispose de son propre régime de pension.

Les fonctionnaires, employés ou agents de l'Etat, des communes, des établissements publics et des chemins de fer relèvent du régime spécial transitoire ou, s'ils sont entrés en service après le 1*er* janvier 1999, des régimes de pension spéciaux.

Les bénéficiaires d'une pension de vieillesse qui exercent une activité pour leur propre compte après l'âge de 65 ans ne sont pas soumis à l'assurance. En cas d'exercice d'une occupation salariée après l'âge de 65 ans par un bénéficiaire de pension de vieillesse, la cotisation est due comme en cas d'assujettissement. La moitié du montant nominal de la cotisation à supporter par l'assuré est remboursée sur demande par année de calendrier.

---

1) En matière d'assurance pension l'employeur doit néanmoins la part de cotisation lui incombant.

Ne sont pas assujetties à l'assurance accident, les personnes soumises à un régime similaire en raison de leur activité au service d'un organisme international.

5.4 Exclusion de l'assurance

Sont exclues de l'assurance accident obligatoire, les activités agricoles lorsque leur activité est exercée dans une exploitation agricole dont la dimension économique ne dépasse pas un certain seuil.

5.5 Détachement à l'étranger

Les assurés normalement occupés par une entreprise au Luxembourg, et qui effectuent un travail limité dans le temps à l'étranger, sont détachés temporairement par leur employeur et restent affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise.

Pour la matière du détachement il y a cependant lieu de se référer pour la plupart des situations aux dispositions inscrites dans les instruments bi- ou multilatéraux de sécurité sociale.[1)]

5.6 Procédure d'affiliation

Toutes déclarations d'entrée ou de sortie ainsi que tous changements généralement quelconques ayant une influence sur les modalités de l'assurance sont à adresser à la section affiliation du Centre commun de la sécurité sociale dans un délai de 8 jours, sous peine d'amende d'ordre. Ces déclarations sont faites par les employeurs pour les assurés salariés et par les assurés eux-mêmes s'ils sont des indépendants ou affiliés volontaires, continués ou statutaires.

Aux fins de vérification des données recueillies, le Centre commun peut s'entourer de tous renseignements qu'il juge utiles.

Dans l'accomplissement de sa mission le Centre commun bénéficie de l'aide de toutes administrations, les changements d'état civil ou de charge de famille étant fournis notamment par les officiers de l'état civil par l'intermédiaire du Centre des technologies de l'information de l'Etat.

Le Centre commun procède à l'affiliation des assurés et transmet sans délai toutes les données jugées nécessaires aux institutions de sécurité sociale compétentes.

Le Centre commun envoie à chaque assuré une carte de légitimation qui vaut, le cas échéant, accusé de réception de la déclaration d'entrée. En cas de cessation de l'assurance le Centre commun avise aux moyens devant permettre d'informer les assurés de la cessation de leurs assurances. Il procède pour tous les assurés au renouvellement de la carte de légitimation si cela s'avère nécessaire.

---

1) En ce qui concerne ces dispositions, voir chapitres 25 et 26 - "Principes généraux du droit international de la sécurité sociale" et "La coordination à l'intérieur de l'Union européenne".

5.7 Déclaration et perception des cotisations

La section affiliation du Centre commun de la sécurité sociale est chargée de la perception et du recouvrement des cotisations pour toutes les institutions de sécurité sociale.

Les employeurs sont tenus à déclarer tous les mois les rémunérations brutes effectivement versées.

Par dérogation à la procédure normale, les employeurs déclarent les rémunérations nettes convenues, le cas échéant, avec les personnes qu'ils occupent dans le cadre de leur vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de leurs enfants ainsi que pour leur assurer des aides et des soins nécessaires en raison de leur état de dépendance.

La rémunération nette déclarée par l'employeur pour les personnes qu'il occupe dans le cadre de sa vie privée pour des travaux de ménage, pour la garde de ses enfants ainsi que pour lui assurer des aides et des soins en raison de son état de dépendance est adaptée d'office à l'évolution de l'indice pondéré du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements des fonctionnaires de l'Etat.

Compte tenu de cette adaptation, la rémunération nette déclarée est communiquée à la fin de chaque semestre à l'employeur et à l'assuré.

Elle est acquise définitivement comme assiette de cotisation et pour le calcul des prestations, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale par écrit une différence avec la rémunération, ceci sous peine de forclusion au plus tard au cours de l'exercice qui suit celui auquel elle se rapporte.

Dans ce dernier cas, le Centre commun de la sécurité sociale met en compte, le cas échéant, après vérification la rémunération effective qui sera à son tour sujette aux adaptations futures d'office.

Pour les occupations du domaine domestique, le Centre commun procède également à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations. Il s'agit en l'occurrence d'un impôt forfaitaire de 10%. L'impôt perçu est transmis chaque mois à l'Etat ensemble avec les données nominatives servant de base à cette perception. Les employeurs obtiennent à titre de frais de domesticité et d'aide dépendance ainsi que pour la garde d'enfants un abattement fiscal forfaitaire du revenu imposable.

Par dérogation à ce qui précède, l'employeur est autorisé à limiter la déclaration de la rémunération mensuelle au septuple du salaire social minimum pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et à déclarer annuellement, aux fins de la perception de la contribution dépendance, le montant total des rémunérations des salariés dépassant cette limite. La déclaration en bloc annuelle n'est autorisée que pour les salariés dont la rémunération dépasse le septuple du salaire social minimum pour chaque mois de l'année et uniquement au cas où cette condition est remplie dans le chef de trois salariés au moins. La déclaration de la rémunération mensuelle

ainsi que la déclaration en bloc doivent parvenir au Centre commun sur support informatique.

Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations au Centre commun de la sécurité sociale par voie électronique.

Les employeurs disposant d'équipements informatiques peuvent être autorisés à procéder au transfert des données sur support informatique ainsi qu'au calcul des cotisations à condition de se conformer aux normes établies par le Centre commun. Par ailleurs le Centre commun peut passer des conventions spéciales avec les employeurs ou certaines catégories d'assurés.

Les revenus professionnels des indépendants tels que déterminés dans les législations afférentes sont fournis annuellement par l'administration des contributions.

A moins qu'il n'existe de convention spéciale, le Centre commun envoie au début de chaque mois aux employeurs des listes regroupant l'ensemble des ouvriers et des employés qu'ils occupent. Sur ces listes les employeurs sont tenus d'indiquer pour chaque personne toutes les rémunérations et tous autres avantages et indemnités généralement quelconques, soumis à cotisation en vertu de dispositions légales, dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance. Ils sont tenus en outre d'indiquer les modifications intervenues d'un mois à l'autre, soit par rapport au montant des rémunérations, soit par rapport à la composition du personnel soumis à l'assurance, en y ajoutant le cas échéant les dates d'entrée et de sortie. Les avantages et indemnités généralement quelconques sont à inscrire séparément. Les listes sont à retourner dans les 10 jours à la section affiliation sous peine d'amende d'ordre.

La section affiliation du Centre commun procède au calcul des cotisations en se basant sur les lois et règlements applicables à chaque institution de sécurité sociale.

La perception des cotisations dues aux institutions de sécurité sociale s'opère tous les mois.

Le Centre commun surveille les délais de paiements et procède au lancement des rappels et des sommations ainsi qu'au calcul des intérêts moratoires.

Les chefs d'entreprise et autres employeurs qui n'exécutent pas ou qui exécutent tardivement les obligations leur imposées par des dispositions légales, réglementaires ou statutaires, ceux qui fournissent tardivement ou d'une façon inexacte les renseignements auxquels ils sont tenus, ceux qui ne se conforment pas aux mesures de contrôle ainsi que ceux qui ne paient pas les cotisations à l'échéance peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne

pouvant pas dépasser 2.500 €. Dans les mêmes conditions les assurés peuvent être frappés d'une amende d'ordre ne pouvant pas dépasser 750 € [1].

Au fur et à mesure de la rentrée des fonds, le Centre commun adresse à chaque institution des avances appropriées par rapport aux montants dus.

Les institutions de sécurité sociale peuvent charger le Centre commun du recouvrement forcé des prestations que la loi, les règlements et les statuts mettent à charge des employeurs et des assurés.

Avant la fin de chaque année civile le Centre commun adresse à chaque assuré un relevé de compte annuel indiquant respectivement les journées ou les mois d'assurance, ainsi que les montants de rémunérations ou cotisations inscrits à son compte pour l'année précédente.[2]

6 SITUATIONS SPÉCIFIQUES

La présente section n'est pas structurée selon un plan intellectuel rigoureux. Sont présentées simplement des situations spécifiques selon un ordre alphabétique et sans distinction de champ d'application matériel ou personnel.

6.1 Actions de secours et de sauvetage

Les règles de l'assurance accident s'appliquent aux actions de secours et de sauvetage apportées à la personne ou aux biens d'un tiers en péril, aux exercices théoriques et pratiques se rapportant directement à ces actions, pour autant que ces activités se situent dans le cadre d'une association ou d'un corps poursuivant habituellement et bénévolement de tels objectifs ainsi qu'à l'action de secours et de sauvetage apportée spontanément par un particulier à la personne ou aux biens d'un tiers exposé à un péril imminent sur le territoire du Luxembourg.

6.2 Activités bénévoles

Les règles de l'assurance accident s'appliquent aux activités exercées à titre bénévole dans les domaines social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique au profit d'un organisme agréé par l'Etat.

6.3 Activités scolaires reconnues par l'assurance accident

Ont droit aux prestations de l'assurance accident, les écoliers, élèves et étudiants dans l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.

---

1) *Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.*

2) *Pour plus d'information sur l'organisation et le fonctionnement du Centre commun de la sécurité sociale, sur l'affiliation et la perception des cotisations : voir règlement grand-ducal modifié du 12 mai 1975 (Mém. A 32 du 4 juin 1975, p.701).*

Par enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, on entend :

- celui organisé par un établissement d'enseignement public ou privé établi sur le territoire luxembourgeois ;
- celui suivi dans un établissement d'enseignement public ou privé établi à l'étranger par des personnes ayant leur domicile légal au Luxembourg ;
- celui dispensé par les institutions d'enseignement musical.[1)]

En dehors des activités inscrites au programme des établissements visés ci-avant, l'assurance s'étend à des activités connexes à ces programmes et organisées par ces mêmes établissements. Ces activités, exercées au Luxembourg et à l'étranger, sont les suivantes:

- le séjour dans les cantines et les internats ;
- les cours de rattrapage, les études surveillées, les activités guidées, les loisirs surveillés, et les visites guidées ;
- les voyages d'études et séjours à l'étranger et ceux organisés au Luxembourg pour les élèves et étudiants étrangers dans le cadre d'échanges internationaux ;
- les contrôles médicaux, les consultations, examens, essais d'intégration scolaire et autres activités organisées par les services médico-psycho-pédagogiques et d'orientation scolaire et par les centres, instituts et services d'éducation différenciée [2)];
- les journées d'information et d'orientation scolaire ou professionnelle;
- les manifestations organisées en collaboration avec l'école dans le domaine de la sécurité routière et de l'épargne scolaire ;
- les activités de recherche et les stages des élèves et étudiants dans les entreprises ou administrations ;
- l'ensemble des activités organisées dans le cadre des projets d'établissement prévus dans l'enseignement [3)];
- les cours de langue et de culture maternelle organisés à l'intention des enfants de parents immigrés et autorisés par le ministère de l'Education nationale ;
- les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique ;
- l'activité des servants de messe appelés pendant les heures de classe à assister à des cérémonies religieuses.

---

1) *Au sens de la loi modifiée du 28 avril 1998 portant harmonisation de l'enseignement musical dans le secteur communal (Mém. A 35 du 7 mai 1998, p.491).*

2) *Prévus par la loi modifiée du 14 mars 1973 portant création d'instituts et de services d'éducation différenciée (Mém. A 16 du 19 mars 1973, p.395).*

3) *Loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue (Mém. A 43 du 12 septembre 1990, p.569).*

Par activités *péripréscolaires*, *périscolaires* et *périuniversitaires*, on entend les activités énumérées ci-après organisées pour les écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, soit par l'Etat ou les communes, soit par des organismes agréés[1]:

- le séjour dans les internats, les structures d'accueil sans hébergement pour enfants, les centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes et dans les centres d'animation et de vacances ;
- les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique si elles sont organisées par des associations œuvrant exclusivement dans le cadre des établissements d'enseignement ;
- les voyages, visites et séjours organisés dans le cadre d'échanges des jeunes en vertu d'accords bilatéraux et de programmes internationaux, tant pour les voyages et séjours des jeunes luxembourgeois à l'étranger que pour les voyages et séjours des jeunes étrangers au Luxembourg ;
- la participation à des stages, journées d'études, camps, activités d'animation de loisirs et de vacances et colonies de vacances ;
- la vente de fleurs, insignes et cartes autorisée par le ministre ayant dans ses attributions l'Education nationale ;
- les activités socio-éducatives dans le cadre de centres, foyers et maisons pour jeunes, groupes guides et scouts et organismes et associations pour jeunes;
- la participation à la formation d'animateurs ;
- les activités de consultation, d'aide, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation et d'orientation pour enfants et jeunes dans des services spécialisés.
- l’ensemble des activités organisées dans l’encadrement périscolaire offert par la commune ou par le syndicat des communes.

Pour les activités précédantes, l'assurance ne s'étend non seulement à l'activité elle-même, mais également au séjour éventuel et aux loisirs connexes à l'activité ainsi qu'aux trajets y relatifs.

Le droit aux prestations est suspendu jusqu'à concurrence du montant des prestations de même nature auxquelles ouvrent droit à l'étranger les activités dont il s'agit.

---

1) *En vertu de la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique ou spécialement agrées à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions le Trésor et le Budget, la Sécurité sociale, l'Education nationale, la Formation professionnelle et les Sports, la Famille, la Solidarité sociale et la Jeunesse, la Culture, l'Enseignement supérieur et la Recherche, ainsi que la Promotion féminine (Mém. A 82 du 24 septembre 1998, p.1600).*

Toutefois les personnes visées ne bénéficient de l'indemnisation des dégâts matériels accessoires subis par un véhicule automoteur que dans la mesure où, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, elles n'ont pas pu utiliser des transports en commun.

6.4 Aidants

La sécurité sociale s'applique au conjoint ou partenaire et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, aux parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré principal affilié comme indépendant, pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de 18 ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale.

Le statut de conjoint-aidant est réservé à la seule personne qui apporte son aide à son conjoint en dehors d'un lien sociétaire (ex : le conjoint d'un médecin, d'un avocat etc.) Par contre, ce statut n'est pas prévu pour le conjoint engagé dans le cadre d'une société. Celui-ci pourra dès lors être affilié comme salarié de la société, à condition de ne pas remplir lui-même les conditions pour être qualifié d'indépendant.

Sauf pour le conjoint ou partenaire d'un assuré agricole ou aidant agricole, une dispense d'affiliation peut être demandée pour le conjoint aidant.

6.5 Aidants informels œuvrant dans le cadre de l'assurance dépendance

Dans le cadre de l'assurance dépendance la personne soignée à domicile a droit à différentes prestations exprimées soit en heures d'aide accordées, soit en indemnités pécuniaires.

En outre des prestations supplémentaires à domicile sont prévues, notamment à l'égard de l'aidant informel qui doit être en mesure d'assurer les aides et soins demandés par la personne dépendante d'après un plan de prise en charge arrêté d'avance.

Le législateur a prévu deux mesures à ce sujet :

D'une part, la prise en charge par l'assurance dépendance de la cotisation à verser à l'assurance pension.

Deux procédures sont possibles à ce niveau :

- ou bien la personne dépendante est soignée par une personne de son entourage (membre de famille, voisin(e), ami(e) …) à laquelle elle verse la prestation en espèces qu'elle reçoit de l'organisme gestionnaire de l'assurance-dépendance, à savoir la Caisse nationale de santé. Cette indemnité n'est pas soumise aux cotisations sociales en général. Toutefois, dans le but de faire bénéficier la personne soignante d'une assurance pension, le Centre commun de la sécurité sociale est à informer dans le cadre de la procédure simplifiée aussi bien de l'identité de l'aidant informel que du début de son activité ;
- ou bien la personne dépendante engage une personne et la déclare au centre commun suivant la procédure administrative simplifiée, et ceci en indiquant l'identité du salarié, la nature et la date du début de son activité, le nombre d'heures de travail prestées par semaine et le salaire net par heure. La personne à soigner utilise la prestation en espèces lui versée par la Caisse nationale de santé pour indemniser, du moins en partie, l'aidant informel. Cette fois-ci encore le salaire déclaré est soumis aux différentes cotisations sociales.

Dans les deux cas la cotisation pour l'assurance pension est prise en charge par l'assurance dépendance jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum. Le bénéficiaire de cette prise en charge ne doit pas bénéficier d'une pension personnelle.

6.6 Apprenants adultes

L'apprenant adulte est la personne majeure de moins de 25 ans qui fréquente les cours de formation professionnelle au Centre national de formation professionnelle continue et qui n'est pas sous contrat d'apprentissage. A ce titre, une indemnité de formation mensuelle lui est versée par le ministère de l'Education nationale et de la Formation professionnelle. Celle-ci est soumise aux charges sociales prévues en matière de salaire.

Les apprenants sont assurés obligatoirement contre les risques maladie (uniquement soins de santé), vieillesse/invalidité, dépendance et accident professionnel.[1)]

6.7 Artistes indépendants et intermittents du spectacle [2)]

Le législateur a prévu des dispositions particulières pour les artistes créateurs et interprètes dans les domaines des arts graphiques et plastiques, des arts

---

1) *Loi du 16 mars 2007 portant 1. organisation des cours de formation professionnelle au centre national de formation professionnelle continue 2. création d'une aide à la formation, d'une prime de formation et d'une indemnité de formation (Mém. A 54 du 11 avril 2007, p.904).*

2) *Pour plus de précisions, il convient de consulter la loi du 19 décembre 2014 relative a) aux mesures sociales au bénéfice des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle b) à la promotion de la création artistique (Mém. A 254 du 24 décembre 2014, p.4832).*

de la scène (notamment théâtre et danse), de la littérature, de la musique ainsi que de créateurs et/ou réalisateurs d' œuvres d'art et techniciens de scène qui se servent notamment de techniques photographiques, cinématographiques, sonores, audiovisuelles ou de toutes autres technologies de pointe, numériques ou autres, actuelles ou à venir.

Pourra être reconnu comme artiste professionnel indépendant la personne qui, en dehors de tout lien de subordination, détermine elle-même les conditions dans lesquelles elle effectue ses prestations artistiques et qui en assume le risque économique et social, le cas échéant à côté de l'exercice d'une activité professionnelle secondaire non artistique. Cette activité secondaire ne doit pas générer un revenu annuel supérieur à douze fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés.

Est intermittent du spectacle, l'artiste ou le technicien de scène qui exerce ses activités principalement de manière temporaire dans le cadre de projets individuels et limités dans la durée, de sorte qu'il alterne des périodes d'activité et des périodes d'inactivité. Ces activités sont exercées soit pour le compte d'une entreprise ou de tout autre organisateur de spectacle, soit dans le cadre d'une production cinématographique, audiovisuelle, musicale ou des arts de la scène et moyennant salaire, honoraires ou cachet sur base d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat d'entreprise.

Les artistes professionnels indépendants, sur demande écrite[1)] adressée au ministre, sont admis au bénéfice des aides à caractère social en faveur des artistes professionnels indépendants à condition :

1) d'être affiliés de manière continue au Grand-Duché de Luxembourg depuis au moins six mois précédant la date de la demande d'admission au bénéfice des mesures sociales et font preuve d'un engagement dans la scène artistique et culturelle luxembourgeoise ;

2) de répondre aux critères de la définition de l'artiste professionnel indépendant depuis au moins trois ans précédant immédiatement la demande ;

3) que leur activité artistique ait généré un revenu d'au moins quatre fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs non qualifiés au cours de l'année précédant immédiatement la demande ;

4) de ne pas être admis au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire ;

5) de ne pas toucher un revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère ;

6) de ne pas exercer une activité principale dans le domaine du commerce, de l'artisanat, de l'industrie ou des professions libérales.

---

1) Pour plus d'information concernant la demande d'admission : voir règlement grand-ducal du 2 septembre 2015 fixant le contenu du dossier à joindre à la demande d'admission au bénéfice des aides à caractère sociale en faveur des artistes professionnels indépendants et des intermittents du spectacle (Mém. A, n°187 du 30.09.2015).

Pour les artistes professionnels indépendants admis au bénéfice des aides à caractère sociale et dont les ressources mensuelles n'atteignent pas le salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés, le Fonds social culturel intervient mensuellement, et ce sur demande, pour parfaire le salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés sans que cette intervention mensuelle ne puisse dépasser la moitié dudit salaire.

Pour la détermination des ressources mensuelles de l'artiste sont pris en compte ses propres revenus bruts, professionnel ou non.

Aucune aide ne peut être perçue pour les mois pendant lesquels l'artiste professionnel indépendant :

- exerce une activité professionnelle secondaire non-artistique qui génère un revenu supérieur à la moitié du salaire social minimum mensuel pour travailleurs qualifiés ou ;
- est admis au bénéfice de l'indemnisation en cas d'inactivité involontaire ;
- touche un revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère.

Le bénéfice d'une indemnisation en cas d'inactivité involontaire est accordé aux intermittents du spectacle exerçant leur activité principale au Luxembourg, à condition :

- qu'ils justifient d'une période d'activités comptant 80 jours au moins et pendant lesquels une activité a été exercée soit pour le compte d'une entreprise ou de tout autre organisateur de spectacle, soit dans le cadre d'une production cinématographique, audiovisuelle, théâtrale ou musicale, ceci endéans la période de 365 jours de calendrier précédant la demande d'ouverture des droits en indemnisation,
- que cette activité ait généré un revenu au moins égal à quatre fois le salaire social minimum mensuel pour travailleurs non qualifiés au cours de l'année précédant immédiatement la demande ;
- que cette activité ait donné lieu à affiliation auprès d'un régime d'assurance pension ;
- qu'ils soient affiliés de manière continue au Grand-Duché de Luxembourg depuis au moins 6 mois précédant la date de la demande d'admission au bénéfice des mesures sociales et font preuve d'un engagement dans la scène artistique et culturelle luxembourgeoise ;
- qu'ils ne soient pas admis au bénéfice des aides en faveur des artistes professionnels indépendants ;
- qu'ils ne soient pas admis au bénéfice du revenu minimum garanti ;
- qu'ils ne soient pas admis au bénéfice de l'indemnité de chômage.

6.8 Les jeunes au pair

Les jeunes au pair venant de l'étranger séjournant temporairement au sein d'une famille d'accueil, exerçant de légères tâches courantes d'ordre familial, en vue de perfectionner leurs connaissances linguistiques et d'accroître leur culture générale sont également couverts par l'assurance maladie et l'assurance accident. La charge des cotisations incombe néanmoins à la famille d'accueil.

6.9 Bénéficiaires du revenu minimum garanti

Toute personne bénéficiaire d'une allocation complémentaire au titre du revenu minimum garanti est affiliée à la Caisse nationale de santé à condition de ne pas être assujettie à un autre titre. Elle est également affiliée à l'assurance pension si elle justifie d'une affiliation à l'assurance pension obligatoire de 25 années au moins. Dans ce cas, la part patronale et la part assuré sont imputées sur le Fonds national de solidarité.

L'indemnité payée dans le cadre des mesures d'insertion professionnelle est soumise aux charges sociales généralement prévues en matière de salaires.

Les mesures sociales complémentaires non indemnisées des bénéficiaires d'une allocation complémentaire sont couvertes par l'assurance accident.

6.10 Coopérants et agents de la coopération

Les personnes qui ont le statut de coopérant (issues du secteur privé) ou d'agent de la coopération (issues en principe du secteur public) sont soumises au régime général en matière de sécurité sociale. Quelques règles spécifiques leur sont applicables pour tenir compte de leur situation particulière.

L'Etat assume la différence entre le montant des frais pour soins médicaux effectivement exposés pendant la mission de coopération et les tarifs applicables par les caisses de maladie, déduction faite de la participation éventuellement à charge de l'assuré en vertu des lois, règlements ou statuts. La part différentielle à charge de l'Etat est remboursée par celui-ci aux caisses qui en font l'avance. Les prestations accordées à titre gratuit par l'intermédiaire d'un service de santé ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement.

Pour l'application de la législation concernant les prestations familiales, les périodes passées à l'étranger lors d'une mission de coopération sont assimilées à des périodes de résidence au Luxembourg.

L'agent employé ou ouvrier de l'Etat jouit durant la maladie de l'intégralité de sa rémunération, sans que ce droit puisse dépasser la durée maximale de 52 semaines.

Pendant la durée du congé légal de maternité, l'employeur fait, à charge de remboursement par les caisses de maladie, l'avance de l'indemnité pécuniaire de maternité.

Les périodes accomplies à l'étranger en tant qu'agent de la coopération sont prises en compte pour le stage prévu pour l'octroi des indemnités de chômage complet.

La part patronale des cotisations de sécurité sociale dues pour la durée de la mission de coopération est à charge de l'Etat. Elle est payée au Centre commun de la sécurité sociale par l'organisation non gouvernementale et remboursée à celle-ci par l'Etat sur présentation des pièces justificatives.

Nonobstant la rémunération effectivement payée au coopérant, est prise en compte pour la détermination des cotisations et des prestations, une rémunération de référence qui tient compte des éléments d'appréciation comme la rémunération que l'agent a touchée dans la profession dont il a abandonné l'exercice et le niveau de rémunération accordée pour une activité similaire exercée au service de l'Etat.

En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, le coopérant bénéficie de la conservation de la rémunération au moins pendant le mois de la survenance de l'incapacité de travail et les trois mois subséquents[1)].

6.11 Députés et autres mandats politiques

Ont droit aux prestations de l'assurance accident, les membres de la Chambre des députés, les représentants luxembourgeois au Parlement européen, les membres du Conseil d'Etat, les bourgmestres, échevins et membres du Conseil communal, les membres des organes des établissements publics communaux et des syndicats des communes, les membres des commissions consultatives instituées auprès des communes ainsi que les personnes appelées en vertu d'une disposition légale par l'Etat et les communes à participer à l'exercice d'un service public.

Les cotisations pour l'assurance maladie et l'assurance pension sont réparties par parts égales entre l'Etat et les députés.

6.12 Délégués syndicaux

Ont droit aux prestations de l'assurance accident les délégués des différentes branches professionnelles participant aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale et des juridictions sociales, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social créée

---

1) Pour plus de précisions sur les coopérants et les agents de la coopération : voir loi modifiée du 6 janvier 1996 (Mém. A 2 du 17 janvier 1996, p.7).

par une disposition légale ou réglementaire, à condition qu'ils ne soient pas assurés à un autre titre.

6.13 Enfants mineurs

Les enfants âgés de moins de 18 ans résidant au Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membres de famille sont assurés d'office en matière d'assurance maladie et l'Etat prend en charge les cotisations afférentes.

6.14 Fonctionnaires

Les fonctionnaires de l'Etat, des communes et des établissements publics entrés en service après le 31 décembre 1998[1)] bénéficient d'un régime spécial de pension. Les fonctionnaires entrés en service avant cette date jouissent d'un régime transitoire spécial. Par ailleurs un régime spécifique est applicable à tous les fonctionnaires en matière d'assurance accident. En ce qui concerne les soins médicaux, ils sont soumis au droit commun de l'assurance maladie.

6.15 Formation professionnelle

Les apprentis qui suivent une formation professionnelle indemnisée sont soumis obligatoirement à l'assurance maladie, à l'assurance accident et à l'assurance pension. Les périodes de formation professionnelle non indemnisées sont mises en compte comme période assimilée pour l'assurance pension.

6.16 Gens de mer

Le régime de sécurité sociale luxembourgeois s'applique aux gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et qui soit possèdent la nationalité luxembourgeoise ou celle d'un pays avec lequel le Luxembourg est lié par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale soit résident au Luxembourg ou sur le territoire d'un autre Etat de l'Union européenne.

Un accord dérogatoire à ce principe a été conclu pour les marins belges qui restent soumis au système de sécurité sociale de leur pays.

Pour les marins qui ne remplissent pas l'une des conditions (de nationalité ou de résidence) dont question ci-avant, les armateurs de navires battant pavillon luxembourgeois doivent contracter auprès d'une compagnie d'assurance privée une police d'assurance garantissant au personnel occupé sur leurs navires une protection répondant à certaines normes très strictes prévues dans la loi [2)]. Cependant le Gouvernement peut dispenser l'armateur

---

1) Pour plus de précisions il est renvoyé au chapitre 14 - "Les régimes de pension du secteur public".

2) Article 106 de la loi modifiée du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois (Mém. A 58 du 12 novembre 1990, p.808).

de cette obligation au cas où les gens de mer occupés sur le bateau battant pavillon luxembourgeois sont affiliés au régime de sécurité sociale dans leur pays de résidence et qu'ils ont droit à des prestations qui répondent aux mêmes normes.

Le droit aux prestations de soins de santé des gens de mer est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge.

6.17 Handicapés

Les personnes qui par suite d'infirmité physique ou intellectuelle se trouvent hors d'état de gagner leur vie qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membres de famille sont assurés obligatoirement en matière d'assurance maladie et l'Etat prend en charge les cotisations afférentes.

Une assurance obligatoire pour tous les régimes est par ailleurs prévue pour les salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés. Une assurance maladie obligatoire est prévue pour les personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées.

6.18 Indépendants

Sont définies comme indépendants au sens de la législation sociale, les personnes qui exercent au Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial.

Sont assimilés à ces personnes :

- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée ayant pour objet une telle activité qui détiennent plus de 25% des parts sociales,
- les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives ayant pour objet une telle activité qui sont délégués à la gestion journalière,

à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement.

A noter que les activités indépendantes, autres qu'agricoles, exercées à titre principal ou accessoire sont dispensées de l'assurance lorsque le revenu professionnel en retiré ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an ou si elles exercent l'activité dans une exploitation agricole dont la dimension économique n'atteint pas un certain seuil.

6.19 Membres d'associations religieuses

Les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale ont droit aux soins médicaux, à l'assurance accident et à l'assurance pension.

6.20 Mesures d'insertion sociale ou de mise au travail

Ont droit aux prestations de l'assurance accident, les personnes bénéficiant des :

- mesures consistant en un travail d'intérêt général non rémunéré qu'un condamné à un délit ne comportant pas une peine privative de liberté supérieure à six mois accomplit au profit d'une collectivité publique ou d'un établissement public ou d'une association ou d'une institution hospitalière ou philanthropique. Sont visées également les mesures de garde et de prévention que le tribunal de la jeunesse peut prendre à l'égard des mineurs qui comparaissent devant lui et qui peuvent consister notamment en des prestations éducatives ou philanthropiques. Par ailleurs sont visés les travaux dans l'intérêt de la communauté que le procureur général d'Etat a imposés lors de la procédure de la suspension probatoire ou du sursis probatoire ;
- tâches déclarées d'utilité publique et auxquelles sont affectés les chômeurs indemnisés. Sont visés également les cours, stages et autres mesures de préparation, d'initiation et d'orientation à la vie professionnelle organisés pour les demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi.

Par ailleurs l'assurance accident obligatoire est étendue aux stages effectués par une personne même en l'absence de toute rémunération en vue de son insertion ou réinsertion professionnelle.

6.21 Opérations pour le maintien de la paix

Les personnes participant à des opérations pour le maintien de la paix auxquelles le Luxembourg prend part dans le cadre d'organisations internationales, sont soumises au régime général en matière de sécurité sociale. Quelques règles spécifiques sont applicables pour tenir compte de la situation particulière des personnes concernées ; il est renvoyé à cet effet aux coopérants.

A noter que la loi sur le complément différentiel s'applique en matière d'opération pour la paix.

6.22 Représentations diplomatique, économique ou touristique

L'Etat procède à l'affiliation à la sécurité sociale luxembourgeoise des personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, s'il n'existe pas d'autre possibilité d'affilier ce personnel au titre de la législation où est située cette représentation.

Tant pour l'assurance maladie que pour l'assurance pension, les conditions et modalités de l'assurance facultative sont applicables.

Cette catégorie de personnes a également droit aux prestations de l'assurance accident.

6.23 Service volontaire pour jeunes[1)]

Les projets de service volontaire relèvent des domaines suivants : travail social et éducatif, culture, tourisme, sport, engagement pour la paix et réconciliation internationale, protection de l'environnement et coopération au développement. Le service volontaire est une activité à plein temps, non lucrative et non rémunérée, au bénéfice de la collectivité et qui est de la part du volontaire l'expression d'une décision libre et personnelle. Le service volontaire est incompatible avec toute activité rémunérée, à l'exception de la production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques ainsi que des activités accessoires d'enseignement.

Pour pouvoir participer à un service volontaire, le candidat doit avoir accompli sa scolarité obligatoire et être âgé de moins de 30 ans et résider légalement soit au Luxembourg, soit dans un des Etats visés par le programme européen "Jeunesse en action" pour la période 2007-2013[2)], soit dans un des Etats avec lesquels le Luxembourg a conclu un accord de coopération ou accord culturel (pour les autres condition d'admission il convient de consulter la loi).

Les volontaires sont assurés obligatoirement en matière d'assurance maladie/maternité, d'assurance accident et d'assurance pension.

L'Etat prend en charge les cotisations à la sécurité sociale des volontaires conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

Les volontaires ont droit au versement d'une aide financière mensuelle ne pouvant dépasser 800 euros par mois.

---

1) *Loi modifiée du 31 octobre 2007 concernant le service volontaire des jeunes (Mém. A 202 du 15 novembre 2007, p. 3546).*

2) *Voir site internet : http:// www.eacea.ec.europa.eu/youth*

6.24 Sportifs d'élite

L'Etat s'associe aux mesures du mouvement sportif pour soutenir le sportif d'élite dans sa carrière sportive et dans sa carrière professionnelle. Voilà pourquoi le législateur[1)] a créé un statut spécial dans l'intérêt de l'élite sportive.

Le terme sportif d'élite vise les athlètes dont la qualification sportive est reconnue en tant que telle par le comité olympique et sportif luxembourgeois (C.O.S.L.).

Pour autant que les sportifs d'élite ne sont pas assurés à un autre titre, l'Etat prend à charge, sur la base de l'assiette du salaire social minimum, les cotisations de sécurité sociale pour l'assurance maladie et l'assurance pension. Pour les sportifs d'élite qui réduisent leur activité professionnelle de façon à ce que leurs revenus tombent en dessous du salaire social minimum, l'Etat prend en charge les cotisations pour l'assurance pension calculées d'après leur revenu réel. Par ailleurs les règles de l'assurance accidents s'appliquent lors de l'activité sportive d'élite.

6.25 Travailleurs intérimaires

La législation[2)] définit l'entrepreneur de travail intérimaire comme étant "toute personne physique ou morale dont l'activité commerciale consiste à embaucher et à rémunérer des salariés en vue de les mettre à la disposition provisoire d'utilisateurs pour l'accomplissement d'une tâche précise et non durable".

Le Luxembourg est particulièrement touché par le phénomène du travail intérimaire et ceci surtout en raison du fait que des entreprises de travail intérimaire implantées au Luxembourg recrutent le plus souvent du personnel dans les pays limitrophes qui, en partie, est immédiatement prêté, dans le cadre de leur contrat de mission conclu pour une durée déterminée, à des entreprises utilisatrices œuvrant dans ces mêmes pays.

Le détachement des travailleurs intérimaires en matière de sécurité sociale est réglé par deux éléments de nature juridique permettant aux sociétés de travail temporaire de prester leurs services en dehors de leur pays d'origine, à savoir :

- le règlement 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et la décision A1 de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- une jurisprudence de la Cour de justice européenne de février 2000 (arrêt Fitzwilliam, référence C 202-97).

---

1) Loi modifiée du 3 août 2005 concernant le sport (Mém. A 131 du 17 août 2005, p.2270).

2) Voir : Code du travail, livre Ier, titre III Travail intérimaire, articles L.131-1 ss.

Ladite Cour a cependant réglementé strictement la faculté de détacher une personne dès le premier jour en imposant aux sociétés de travail intérimaire qui détachent du personnel d'exercer d'une manière habituelle des activités significatives sur le marché local. Cette restriction a pour but d'éviter des abus, notamment la création de sociétés de travail intérimaire du type "boîtes aux lettres".

Par ailleurs, il doit exister un lien organique entre l'entreprise d'envoi et le travailleur pendant la durée de son détachement.

6.26 Volontaires de l'armée et de la police

Les volontaires de l'armée sont obligatoirement affiliés à l'assurance maladie, à l'assurance accident et à l'assurance pension.

Les cotisations en relation avec l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale des volontaires de l'armée et de la police sont prises en charge intégralement par l'Etat.

En principe, le service de santé de l'armée assure le traitement médical des volontaires ; cependant ils peuvent avoir recours à des médecins spécialistes et, en cas d'urgence ou d'indisponibilité du médecin militaire, à un médecin civil.

Les volontaires bénéficient de la gratuité médicale, médico-dentaire et pharmaceutique dans la mesure du nécessaire et suffisant pour autant que le traitement médical et médico-dentaire est assuré par le service médical de l'armée. En contrepartie, le volontaire est tenu de se conformer aux dispositions suivantes :

- En cas de maladie ou d'accident, le volontaire doit obligatoirement contacter d'abord un des médecins militaires.
- Une exception à la procédure qui précède n'est faite qu'en absence des médecins militaires ou en cas d'urgence. Dans ces deux conditions, le volontaire peut consulter d'abord un médecin ou un (médecin-) dentiste civil. Le service médical de l'armée est à informer au plus tard le premier jour ouvrable qui suit.
- En cas d'incapacité de travail prescrite par un médecin ou un (médecin-) dentiste civil, le traitement médical sera assuré par le service médical de l'armée à l'infirmerie du centre militaire.

Toutefois, les frais résultant d'actes médicaux ou médico-dentaires prescrits par les médecins ou (médecins)-dentistes civils sont à charge des organismes de la sécurité sociale. De même, dans l'hypothèse précitée, la participation statutaire éventuelle est à charge du volontaire.

- En tout cas de figure, ce sont uniquement les médecins militaires et le (médecin-) dentiste de l'armée qui peuvent autoriser un traitement médical au domicile du volontaire malade ou blessé [1].

Pour les frais de soins de santé, les volontaires de même que les membres de carrière de l'armée, pourront obtenir un remboursement complémentaire en cas de détachement à l'étranger ou de missions autorisées par le ministre [2].

---

1) *Pour plus de précisions sur le statut des volontaires de l'armée : voir règlement grand-ducal modifié du 1er juillet 2008 (Mém. A 101 du 14 juillet 2008, p.1464).*

2) *Pour plus d'informations concernant les volontaires de l'armée : voir loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée (Mém. A 59 du 14 août 1997, p.1728).*

Relations avec les prestataires de soins

4

Pour l'Union européenne, on constate que dans un certain nombre d'Etats membres les services de santé publique sont financés par le budget de l'Etat, alors que dans d'autres, ils sont organisés et financés entièrement ou en partie par l'assurance maladie.[1] Le Danemark, la Suède, la Finlande, l'Irlande, le Portugal et le Royaume-Uni appartiennent au premier groupe de pays. L'Italie, la Grèce et l'Espagne ont un système mixte, dans lequel une partie du financement provient des cotisations d'assurance maladie, et le reste de l'impôt. La Belgique, la France, l'Allemagne, l'Autriche et les Pays-Bas ont des systèmes reposant entièrement sur le principe de l'assurance maladie.

L'organisation des soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale luxembourgeoise est un système indirect de prise en charge des frais (par opposition à un système direct où l'organisme de sécurité sociale assure lui-même les soins médicaux grâce à son propre personnel et à ses propres services).

Or, dans un système d'organisation indirecte il est important que les organismes de sécurité sociale aient conclu des accords avec le corps médical, les établissements délivrant les soins et les autres prestataires et fournisseurs de soins de santé, prévoyant les modalités et les tarifs pour les services pris en charge par l'assurance maladie.

Les relations entre les prestataires de soins (à l'exception des médecins) et l'assurance maladie sont réglées de façon différente suivant qu'il s'agit de prestations dispensées dans le secteur hospitalier ou en dehors de ce secteur.

Dans le secteur extrahospitalier, s'applique le principe du paiement à l'acte d'après un tarif fixé par convention collective suivant une nomenclature; dans le secteur hospitalier le principe de la budgétisation a été retenu.[2]

Il y a lieu à faire également une distinction entre les prestataires qui délivrent les prestations d'après des listes conventionnelles et les prestataires soumis à un système de nomenclature.

---

1) *Rapport sur la protection sociale en Europe, 1993, Commission européenne.*

2) *Toutefois les prestations des médecins délivrées dans l'enceinte des hôpitaux restent soumises au système de la nomenclature et sont prises en charge acte par acte.*

1. RELATIONS DANS LE SECTEUR STATIONNAIRE

1.1 Etablissements hospitaliers

Prise en charge des prestations en milieu hospitalier

Les actes et services des médecins et médecins-dentistes, salariés ou non de l'hôpital, sont pris en charge d'après la nomenclature des actes. Dans la mesure où d'autres professionnels de santé posent des actes au sein des établissements stationnaires, ceux-ci sont pris en charge d'après les nomenclatures afférentes. Lorsqu'il s'agit de professionnels de santé salariés de l'hôpital, la prise en charge passe par le budget hospitalier.

Sont considérées comme prestations du secteur hospitalier toutes les activités dûment autorisées en application de la législation sur les établissements hospitaliers et rentrant dans le champ d'application matériel de l'assurance maladie. Il convient de préciser que le secteur hospitalier visé par cette législation comprend les différentes catégories d'hôpitaux aigus ainsi que le Centre hospitalier neuro-psychiatrique, le Centre national de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, l'Institut national de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pour la chirurgie cardiaque et le Centre pour radiothérapie François Baclesse à Esch-sur-Alzette.

Depuis la réforme du système de soins de santé, les analyses de sang, effectuées par un laboratoire hospitalier et qui ne sont pas liées à un traitement médical dans l'hôpital, sont prises en charge suivant les mêmes modalités que les actes effectués par un laboratoire privé.

Le budget hospitalier

Le financement par l'enveloppe budgétaire globale

Le financement des établissements hospitalier est cadré par une enveloppe budgétaire globale fixée pour 2 semaines.

Pour l'exercice 2017, la progression annuelle de l'enveloppe budgétaire globale est fixée à 6,45% et pour l'exercice 2018 à 2,66%, suivant décision du Conseil de gouvernement.

Cette enveloppe budgétaire ne remplace pas les budgets individuels des hôpitaux mais constitue la limite à laquelle les établissements hospitaliers doivent se conformer.

Calendrier de l'élaboration de l'enveloppe

Il revient au gouvernement de fixer dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, l'enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir.

Annuellement, avant le 1er avril, l'Inspection générale de la sécurité sociale élabore une circulaire servant aux hôpitaux pour l'établissement de leurs budgets et comprenant l'estimation de l'évolution prévisible des facteurs économiques exogènes intervenant dans l'établissement des budgets.

Chaque établissement hospitalier soumet son budget pour les deux exercices à venir au plus tard le 1er juillet à la Caisse nationale de santé. La Caisse nationale de santé de son côté dresse pour le 15 juillet un tableau synthétique des demandes de budgets spécifiques et des activités prévisionnelles. Elle transmet ce tableau synthétique à l'Inspection générale de la sécurité sociale pour permettre à celle-ci l'établissement d'un rapport d'analyse prévisionnel.

Avant le 1er janvier, la Caisse nationale de santé soumet par écrit tout différend éventuel à une Commission des budgets hospitaliers.

La Caisse nationale de santé verse au début de chaque mois à chaque hôpital un montant correspondant à un douzième des frais non liés à l'activité, prévus au budget prévisionnel.

Les frais directement proportionnels à l'activité non couverts par des forfaits sont payés mensuellement en fonction des unités d'œuvre accomplies dans les différentes entités fonctionnelles de l'hôpital sur base d'un état justificatif comprenant par cas traité les unités d'œuvre réalisées.

Les budgets peuvent être rectifiés, à la demande de la Caisse nationale de santé ou de l'hôpital, si l'évolution des facteurs économiques est différente de la prévision. Par ailleurs un hôpital peut demander une rectification de son budget, si des modifications importantes et imprévisibles sont intervenues au cours de l'année. En cas de rectification du budget, tout différend est porté devant la Commission des budgets hospitaliers avant le 1er mars suivant la période pour laquelle le budget a été établi qui tranche dans le délai d'un mois.

Eléments à inclure dans l'enveloppe budgétaire globale

L'enveloppe budgétaire globale tient compte de l'ensemble des dépenses de la Caisse nationale de santé pour le secteur hospitalier. Sont inclus dans ces dépenses les participations des usagers, les projets hospitaliers communs (p. ex centres de compétences), les charges résultants des conventions et accords conclus entre les groupements représentatifs des hôpitaux et la Caisse nationale de santé, à condition qu'il ne s'agit pas de prestations inscrites dans la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.

Sont exclus de l'enveloppe budgétaire les frais relatifs à l'activité ambulatoire des laboratoires hospitaliers vu que ces derniers sont dorénavant pris en charge selon la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et tombent donc sous la prise en charge des modalités régissant le milieu extrahospitalier. En outre, sont exclus de l'enveloppe budgétaire les frais relatifs aux fournitures délivrées au secteur extrahospitalier tel que les médicaments.

Budgets individuels des hôpitaux

Bien que l'enveloppe budgétaire globale fixe un cadre général de prise en charge des prestations au milieu hospitalier il faut également établir pour chaque hôpital un budget spécifique. Les budgets comprennent l'amortissement des investissements mobiliers et immobiliers dans la mesure où ils sont conformes au plan hospitalier et n'ont pas été financés ou subsidiés par les pouvoirs publics. Dans la mesure où l'investissement est soumis à une autorisation préalable en vertu d'une disposition légale ou réglementaire, l'amortissement n'est opposable à l'assurance maladie que si cette autorisation a été accordée.

Les budgets spécifiques des établissements se composent des forfaits déterminés de façon uniforme pour tous les établissements et de montants spécifiques aux établissements.

Les dotations en personnel et les frais de consommation sont fixés d'une manière commune pour tous les hôpitaux. Les autres frais sont soit pris en charge par établissement, soit couverts par des forfaits. Cependant, les coûts des centres de frais auxiliaires, doivent être pris en charge suivant des forfaits. Sont toujours exclus les frais d'amortissement et les frais financiers.

Prestations non opposables à la Caisse nationale de santé

La Caisse nationale de santé ne prend pas en charge des prestations non prévues par la législation et les frais supplémentaires pour les convenances personnelles sollicitées par les assurés ainsi que celles fournies à des personnes non protégées.

Sont portées en déduction des budgets hospitaliers opposables, les coûts des prestations opposables, rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, et les participations des personnes protégées.

Pour les activités administratives, logistiques et auxiliaires médicales, la prise en charge peut être subordonnée à une organisation nationale des activités visées conformément aux dispositions prévues dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Comptabilité analytique

Afin de garantir une certaine transparence, les hôpitaux doivent tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique reflétant les coûts liés aux différents services hospitaliers et différenciant les charges et recettes liées aux activités opposables ou non opposables à l'assurance maladie-maternité.

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers fournies au Luxembourg à un assuré d’un autre Etat membre de l’Union européenne, de la Suisse ou d’un pays de l’Espace économique européen, l’hôpital applique un coût calculé sur base des critères de la comptabilité analytique.

Convention pour le secteur hospitalier

Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite[1)] conclue par la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (groupement représentatif des hôpitaux).

La convention détermine obligatoirement :

- les prestations non opposables ;
- les prestations rémunérées individuellement ou sous forme de forfaits, celles couvertes par des participations des personnes protégées ;
- la répartition des frais directement proportionnels au niveau de l'activité et de ceux non liés à l'activité ;
- l'énumération et la définition des différentes entités fonctionnelles avec les unités d'œuvre correspondantes exprimant la production de chaque entité ;
- les prestations prises en charge, le cas échéant, en dehors du budget soit individuellement, soit sous forme de forfaits. Ces forfaits sont établis pour des groupes de malades présentant des caractéristiques communes du point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources hospitalières utilisées ;
- la communication sous forme anonyme des données nécessaires à l'établissement des forfaits précités ;
- les modalités relatives à la transmission et à la circulation des données et informations entre les hôpitaux, les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé ;
- les règles communes relatives à la détermination des dotations en personnel compte tenu de la structure et de l'activité des différents hôpitaux ;
- les modalités de désignation des membres de la commission des budgets hospitaliers, les modalités d'intervention de cette commission ainsi que la procédure à suivre ;
- toutes autres règles communes relatives à l'établissement et à la rectification du budget ainsi que l'imputation des dépenses sur la partie opposable ou non opposable du budget.

---

1) Il s'agit de la convention amendée du 21 décembre 2012 signée entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois (Mém. A. 30 du 25 février 2013 , p.488).

Commission des budgets hospitaliers

Cette commission est composée de deux représentants de la Caisse nationale de santé et de deux représentants des hôpitaux, dont un de l'hôpital concerné, ainsi que d'un président désigné d'un commun accord par les parties ou par tirage au sort.

La commission est chargée d'une mission de conciliation dans le cadre de l'établissement des budgets à arrêter entre la Caisse nationale de santé et les différents hôpitaux. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties dans le mois de la saisine, elle tranche le litige en dernier ressort avant le 1er mars.

1.2 Maternité

Les prestations stationnaires relatives à l'accouchement sont délivrées dans les maternités qui font partie du secteur hospitalier budgétisé.

Les tarifs des honoraires des médecins et des professionnels de santé spécialisés, dont notamment les sages-femmes, sont déterminés dans les nomenclatures afférentes.

Depuis, l'introduction de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, les prestations relatives à la maternité ont été intégrées dans le financement normal par cotisations, de soins de santé, respectivement des prestations en espèces.

La participation de l'Etat ne s'effectue plus par une prise en charge directe des frais, mais par le biais d'une participation aux cotisations.

1.3 Rééducation fonctionnelle et réadaptations, réadaptation psychiatrique, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque

Le traitement des victimes d'accidents ou d'affections qui nécessitent une rééducation fonctionnelle, psychiatrique, gériatrique ou cardiaque continue d'être dispensé dans des établissements ou services spécialisés (Centre national de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, Centre hospitalier neuropsychiatrique, Institut national de chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle pour la chirurgie cardiaque ou services de réadaptation gériatrique intégrés dans certains hôpitaux du pays) et est également pris en charge dans le cadre de la budgétisation hospitalière.

Les prestations délivrées par les médecins salariés de ces centres en faveur des personnes séjournant dans ces centres, sont incluses dans la nomenclature médicale.

Une participation journalière, à l'exception des enfants âgés de moins de 18 ans est à charge des personnes soignées dans ces centres ou services, sans toutefois que cette participation ne puisse dépasser une durée de 30 jours.

Le traitement des malades souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique, en dehors de la démence, qui nécessitent une réadaptation

psychiatrique continue dans un foyer de réadaptation en psychiatrie, est pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre de la nomenclature afférente et dans les conditions déterminées par la convention entre la Caisse nationale de santé et les institutions de réadaptation concernées.

1.4 Etablissements de cures thermales et de cures de convalescence

Le Centre thermal de Mondorf-les-Bains est le seul établissement admis au Luxembourg pour la délivrance de cures thermales. Les prestations sont définies par une nomenclature spécifique qui prévoit différents types de forfaits de cure ainsi que des prestations et applications isolées. La Caisse nationale de santé est liée au centre thermal par une convention[1)] qui détermine les modalités de la prise en charge des prestations.

Les cures de convalescence sont délivrées par la fondation Emile Mayrisch à Colpach-Bas, qui est l'unique établissement disposant d'un agrément ministériel à cet effet. La Caisse nationale de santé est liée au centre de convalescence par une convention[2)] qui détermine les modalités de prise en charge des prestations.

Les forfaits journaliers pour les cures de convalescence thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant de 6,50 euros par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948[2)]. Les actes infirmiers et de kinésithérapie sont délivrés par la fondation d'après la nomenclature des actes applicable à ces professions de santé.

1.5 Etablissements d'aides et de soins

Il existe plusieurs types d'établissements selon que les personnes protégées y séjournent en continu ou de manière intermittente.

a) Séjour continu

Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour continu, les institutions hébergeant de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant, dans le cadre de l'établissement, l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance.

L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre ayant dans ses attributions la Famille, soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

---

1) Convention du 30 avril 1994 entre l'Union des caisses de maladie et le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains (Mém. A 61 du 11 juillet 1994).

2) Convention du 28 juin 2010 entre la Caisse nationale de santé et la Croix rouge luxembourgeoise concernant le Centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach (Mém. A 127 du 30 juillet 2010).

b) Séjour intermittent

Sont considérées comme établissements d'aides et de soins à séjour intermittent, les institutions hébergeant de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes handicapées dépendantes.[1)]

L'établissement d'aides et de soins de droit public ou de droit privé doit exercer son activité soit en vertu d'un agrément délivré par le ministre ayant la Famille dans ses attributions, soit en vertu d'une autre disposition légale et avoir conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ces établissements d'aides et de soins à séjour intermittent.[2)]

1.6 Réseaux d'aides et de soins

Les aides et soins délivrés dans le cadre d'un réseau d'aides et de soins sont prestés par des professionnels de santé salariés des réseaux, exerçant leurs activités en vertu d'un agrément délivré par le ministre compétent. Des professionnels en exercice libéral peuvent délivrer des services en sous-traitance.

Les prestations dans le cadre du maintien à domicile à charge de l'assurance dépendance sont délivrées par les réseaux d'aides et de soins lorsque ceux-ci disposent d'un agrément sur base de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans le domaine social, familial et thérapeutique [3)] et s'ils ont conclu avec l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins.

Le contrat d'aides et de soins est conclu pour une durée indéterminée. Il peut être dénoncé par chacune des parties moyennant un préavis de 6 mois.

1.7 Centres semi-stationnaires

Sont considérées comme centres semi-stationnaires, les institutions accueillant soit de jour, soit de nuit en cas de maintien à domicile des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre ayant conclu avec l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance un contrat d'aides et de soins à cet effet.

---

1) Relevant de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 144 du 29 septembre 2003, p.2938).

2) Un tel règlement n'a pas encore été pris.

3) Il s'agit de la loi modifiée du 8 septembre 1998 (Mém. A 82 du 24 septembre 1998, p. 1600) et de ses règlements d'exécution.

Un règlement grand-ducal peut préciser les types d'agrément requis au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique pour ces centres.[1)]

Une même personne physique ou morale peut exercer son activité en tant que prestataire dans le domaine du maintien à domicile, du séjour intermittent, du séjour continu et des centres semi-stationnaires à condition d'avoir conclu pour ces différentes activités des contrats d'aides et de soins différents et de tenir des comptabilités distinctes.

1.8 Rapports entre les prestataires en matière d'assurance dépendance et la Caisse nationale de santé

Les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins, sont définis par des conventions-cadre.

Ces conventions sont conclues entre la Caisse nationale de santé et le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires d'aides et de soins.

Les conventions déterminent obligatoirement :

- l'engagement de fournir à la personne dépendante les aides et soins selon le plan de prise en charge établi par la Cellule d'évaluation et d'orientation et de fournir ces prestations conformément aux dispositions relatives à la qualité ;
- les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité des prestations établis sur base des propositions de la commission de qualité des prestations ;
- l'engagement de dispenser les aides et soins de façon continue tous les jours de l'année ;
- les modalités de la documentation des aides et soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que de leur vérification ;
- les conditions et modalités suivant lesquelles la personne dépendante et le prestataire adhèrent au contrat de prise en charge et peuvent y mettre fin ;
- l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique.

Lorsque le prestataire de soins n'est pas à même de répondre aux conditions prévues aux points 1 et 3, il doit documenter par un contrat écrit qu'il s'est assuré du concours d'un autre prestataire pour dispenser dans les conditions y prévues les aides et les soins requis par la personne dépendante qu'il a en charge.

---

1) Un tel règlement n'a pas encore été pris.

Les conventions-cadre sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir. Elles peuvent être modifiées à tout moment d'un commun accord par les parties signataires et être dénoncées en tout ou en partie par chacune des parties moyennant un préavis de 12 mois. Les négociations pour leur renouvellement sont entamées endéans les deux mois suivant la dénonciation.

Les conventions dénoncées intégralement ou partiellement restent en vigueur tant que les négociations en vue de leur renouvellement n'ont pas abouti.

Les prestataires adhèrent à la convention-cadre par un contrat d'aides et de soins conclu avec la Caisse nationale de santé. Le contrat d'aides et de soins précise le cercle de personnes prises en charge par le prestataire, ainsi que, pour les réseaux d'aides et des soins, la délimitation géographique de ses activités, qui ne peut être inférieure à celle correspondant au territoire d'une commune.

Les conventions-cadre sont publiées au Mémorial, le cas échéant, sous forme d'un texte coordonné.

1.9 Tarif des prestations en matière d'assurance dépendance

Le montant des prestations délivrées par les différentes catégories de prestataires de l'assurance dépendance est déterminé en multipliant la durée horaire des prestations-type, pondérée en tenant compte de la qualification requise, par une valeur monétaire.

La valeur monétaire est fixée séparément pour :

- les réseaux d'aides et de soins ;
- les centres semi-stationnaires ;
- les établissements d'aides et de soins à séjour continu ;
- les établissements à séjour intermittent.

Chaque valeur monétaire est négociée chaque année par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance avec le ou les groupements professionnels des prestataires.

1.10 Assurance accident

Les prestations en nature sont accordées suivant les conditions et modalités prévues par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne doive les avancer. Ces prestations peuvent être prises en charge jusqu'à concurrence de leur intégralité. Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les règles pour assurer cette prise en charge.

La Caisse nationale de santé est chargée de faire l'avance des prestations en nature pour le compte de l'Association d'assurance accident.

2 RELATIONS AVEC LE SECTEUR AMBULATOIRE

Le secteur ambulatoire connaît deux catégories de prestataires : d'une part les professionnels de santé exerçant leur profession à titre libéral, délivrant leurs soins au cabinet privé ou au domicile des patients, et, d'autre part, les hôpitaux qui délivrent des prestations non stationnaires (polyclinique) par leur personnel salarié.

Les honoraires pour prestations en cabinet de ville sont pris en charge d'après les nomenclatures et conventions collectives applicables aux professions respectives. Les prestations des médecins en polyclinique sont également délivrées d'après la nomenclature et la convention médicale. Toutefois les prestations ambulatoires délivrées dans les polycliniques par les autres professionnels de santé salariés des hôpitaux sont prises en charge dans le cadre des budgets hospitaliers. De rares exceptions existent pour certains kinésithérapeutes exerçant à titre libéral dans les hôpitaux.

Tant les prestations ambulatoires que stationnaires délivrées par ces professionnels de santé obéissent alors aux règles de la nomenclature et à celles prévues par la convention collective applicable à leur profession.

2.1 Médecin référent

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé a introduit la notion de médecin référent.

Les assurés atteints d'une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée, peuvent désigner un médecin référent.

La désignation du médecin référent est faite sur une base volontaire et sur un commun accord entre l'assuré et le médecin.

Le médecin référent doit avoir la qualité de médecin généraliste ou celle de pédiatre.

Les missions du médecin référent sont les suivantes :

1) d'assurer le premier niveau de recours aux soins ;
2) d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé ;
3) de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré ;
4) de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires ;
5) de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée ;
6) d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

La relation entre le patient et le médecin est formalisé par écrit. Cette notification est envoyée par le médecin référent à la Caisse nationale de santé.

La relation entre le médecin référent et le patient peut prendre fin dans les trois situations suivantes :

- pendant les premiers douze mois → résiliation seulement possible d'un commun accord,
- à partir de la deuxième année → résiliation possible de façon unilatérale,
- en cas de décès d'une des parties ;
- lorsque le patient refuse l'accès de son dossier de soins partagé au médecin référent ou procède à la fermeture de son dossier de soins partagé.

Dans le cas où l'assuré prend un nouveau médecin référent, ce dernier a droit au transfert par son prédécesseur de toutes les données nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

En cas d'absence prolongée du médecin référent, ce dernier propose un remplaçant. Si le patient n'est pas d'accord avec le médecin remplaçant, il a la possibilité de révoquer unilatéralement la relation, également lors des premiers douze mois.

2.2 Régime particulier de l'admission des médicaments dans le système de prise en charge

La directive européenne en matière de transparence des médicaments[1)] a été transposée dans le droit national luxembourgeois au niveau légal et réglementaire [2)].

Jusqu'alors cette transposition était réalisée uniquement au niveau de la législation relative aux prix des médicaments et, dans un contexte juridique hiérarchique moins solennel, au niveau des statuts de la Caisse nationale de santé.[3)]

---

1) Il s'agit de la da directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie.

2) Loi du 31 mai 2002 portant introduction d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant le code des assurances socialessociales (Mém. A 64 du 1er juillet2002, p. 1569).

3) Si les principes directeurs de cette transposition sont fixées dans l'article 22 du Code de la sécurité sociale, les procédures administratives nécessaires à leur exécution trouvent leur place dans le règlement grand-ducal modifié du 12 décembre 2002 précisant les conditions et déterminant la procédure relative à l'inscription d'un médicament sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie et modifiant : a) le règlement grand-ducal modifié du 13 décembre 1988 concernant les prix des spécialités pharmaceutiques et des médicaments; b) le règlement grand-ducal du 29 avril 1983 fixant la composition et le fonctionnement de la commission d'experts chargée de donner son avis sur les demandes d'autorisation de mise sur le marché des spécialités pharmaceutiques et des médicaments préfabriqués (Mém. A 164 du 31 décembre2002, p. 3838).

D'autres listes déterminent les médicaments dont la prise en charge est conditionnelle ou soumise à des restrictions quantitatives. Finalement une liste spécifique contient les honoraires de service des pharmaciens.

Le Code de la sécurité sociale prévoit expressément l'établissement d'une liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

La compétence pour l'établissement de cette liste, ainsi que l'instruction des demandes d'intégration des médicaments dans la liste positive rentrent dans les attributions de la Caisse nationale de santé.

Celle-ci est compétente pour apprécier, sur le fondement du dossier introduit par le titulaire, le bien-fondé de l'inscription de médicaments dans la liste positive ainsi que l'exclusion de catégories de médicaments ou de médicaments individuels de cette liste. Ces appréciations ainsi que les décisions finales se font par référence aux critères prévus par la loi et le règlement et, à titre complémentaire, par référence aux règles statutaires découlant elles-mêmes de ces instruments. La loi associe à l'établissement de la liste positive la division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale, qui contribuent à son élaboration et à sa mise à jour continuelle par des avis qui doivent obligatoirement leur être demandés, notamment lorsqu'il s'agit de proposer l'exclusion de catégories entières de médicaments.

Les décisions d'exclusion de catégories entières de médicaments relèvent en dernière instance de la compétence du comité directeur de la Caisse nationale de santé.

Les décisions portant exclusion de médicaments individuels ou le rangement des médicaments dans les diverses classes de remboursement relèvent de la compétence du président de la Caisse nationale de santé. Celui-ci est pourtant lié dans ces décisions par un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Il va de soi que ces exclusions doivent être fondées sur les dispositions légales réglementaires et statutaires applicables. Elles doivent être notifiées au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché intéressé qui peut faire opposition contre cette décision devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé.

Les statuts se basent sur le principe d'inclusion à priori dans le système de prise en charge de tous les médicaments suffisant aux conditions primaires, en précisant toutefois dans les listes spécifiques les catégories de médicaments qui, bien que remplissant ces conditions primaires, restent néanmoins exclues de la prise en charge parce qu'elles ne rencontrent pas les critères légaux imposés.

Les conditions primaires sont :

- l'existence d'une autorisation de commercialisation sur le marché luxembourgeois ;
- l'attribution d'un prix public ;

- une demande formelle doit être introduite par le titulaire de l'autorisation de commercialisation.

Les critères légaux que doit remplir un médicament pour être inscrit sur la liste positive ne sont que les médicaments qui :

- doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés ;
- ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire ;
- doivent correspondre à la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ;
- doivent être conformes aux données acquises par la science ;
- doivent être conformes à la déontologie médicale.

Il convient de signaler que depuis le 1er mai 2005 certaines formes de médicaments homéopathiques sont admises au remboursement et ce par dérogation aux critères énumérés ci-avant.

Selon le vœu de la directive, les catégories de médicaments restant exclues de la liste sont précisées avec un exposé des motifs. Dans le système luxembourgeois ces catégories sont inscrites dans une liste spécifique (négative) formant une annexe des statuts.

Les médicaments non exclus de la liste positive sont rangés par défaut dans le taux de remboursement normal de 80%.[1)]

Des listes formant également des annexes aux statuts énumèrent ensuite les catégories de médicaments qui, à l'intérieur de la liste positive, bénéficient du taux préférentiel (100%) ou celles qui sont prises en charge au taux réduit (40%) [2)].

La liste positive (directive européenne) porte les noms de marque des médicaments individuels, conditionnement, dosage, etc., admis au remboursement.

Une annexe aux statuts énumère les catégories de médicaments qui sont exclues d'office du système luxembourgeois et pour lesquels une admission à la liste positive est exclue d'emblée, par exemple tous les médicaments faisant de la publicité, les médicaments phytothérapeutiques, etc... Cette liste est basée sur les dispositions des statuts et ne doit pas être confondue avec la liste négative dont parle la directive européenne.

---

1) *Voir à ce sujet la liste positive des médicaments valable au 1er janvier 2011 publiée au Mém. A 36 du 23 février 2011.*

2) *Pour plus de précisions sur les conditions et la procédure relative à l'inscription des médicaments sur la liste positive des médicaments pris en charge par l'assurance maladie : voir règlement grand-ducal modifié du 12 décembre 2002 (Mém. A 164 du 31 décembre 2002 p. 383).*

2.3 Système du conventionnement général et obligatoire

Pourquoi conventionnement général et obligatoire ? Premièrement, le conventionnement est obligatoire en ce que tous les prestataires s'installant au Luxembourg pour exercer leur profession doivent respecter les dispositions des conventions et les tarifs fixés dans les nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie afin que la prise en charge soit garantie pour l'assuré. Deuxièmement, le conventionnement est généralisé parce que tous les prestataires ayant reçu leur autorisation d'exercer par le ministère de la Santé sont d'office conventionnés.

Les conventions, d'une part règlent les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins. La Caisse nationale de santé, organe gestionnaire de l'assurance maladie-maternité, conclut des conventions avec les différents groupements professionnels, afin de régler les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant au Luxembourg.

Les nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie, d'autre part, fixent les tarifs des actes et services dispensés par des prestataires conventionnés et pris en charge par l'assurance maladie.

Si un prestataire effectue des actes à charge de l'assurance maladie il est tenu au respect de la convention.

Le principe du conventionnement subit périodiquement des assauts de la part des prestataires de soins revendiquant une plus grande liberté de fixation des honoraires dans le cadre conventionnel. A la base de cette revendication est souvent cité comme modèle le secteur 2 du système français. Dans ce cadre, les médecins conventionnés peuvent fixer avec tact et mesure des tarifs supérieurs aux tarifs conventionnels. Mais les assurés ne se font rembourser par l'assurance maladie que sur la base des tarifs conventionnels, la différence entre les tarifs du secteur 2 et les tarifs conventionnels étant à leur charge. En comparaison avec ce système soumis à de fortes critiques en France, le système luxembourgeois fondé sur le principe du conventionnement strict a pu être légitimement considéré par les Gouvernements successifs comme un puissant bouclier contre l'introduction d'une médecine à deux vitesses au Luxembourg.

Il apparaît ainsi que le système du conventionnement impose des contraintes strictes au libre exercice des activités des médecins et médecins-dentistes, contraintes assorties de sanctions pouvant aller jusqu'à une limitation de leur activité professionnelle et ceci afin de contenir les dépenses de santé et de contribuer ainsi au maintien de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale.

2.4 Elaboration des conventions

a) Catégories

Les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales (le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale si aucun accord entre les prestataires et la Caisse nationale de santé ne peut être trouvé, à défaut de convention cette sentence arbitrale est applicable). Il est conclu une convention distincte :

- pour les médecins ;
- pour les médecins-dentistes ;
- pour chacune des professions de la santé (infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, orthophonistes) ;
- pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique ;
- pour les établissements de cures thérapeutiques et de convalescence ;
- pour les services prestés dans le domaine de la psychiatrie extrahospitalière ;
- pour les fournisseurs de prothèses orthopédiques, d'orthèses et d'épithèses ;
- pour les pharmaciens ;
- pour les opticiens ;
- pour la Croix Rouge Luxembourgeoise pour la transfusion sanguine, le conditionnement et la fourniture de sang humain et de ses dérivés ;
- pour les personnes s'occupant particulièrement du transport des malades ou accidentés ;
- pour les soins palliatifs ;
- pour les psychothérapeutes.

Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu.

Les conventions et les sentences arbitrales valent pour l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie. Elles sont applicables non seulement aux prestataires exerçant pour leur propre compte, mais également aux médecins et médecins-dentistes exerçant sous tout autre régime ainsi qu'aux autres prestataires exerçant dans le secteur extrahospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise.

b) Publicité des conventions

Elles sont publiées au Mémorial, le cas échéant, sous forme coordonnée.

c) Contenu des conventions

La loi détermine un certain nombre de matières qui doivent obligatoirement être réglées dans les conventions.

Il s'agit en particulier :

- des dispositions organisant la transmission et la circulation des données et informations entre les prestataires de soins, les assurés, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ainsi que les autres caisses de maladie, notamment par des formules standardisées pour les honoraires et les prescriptions, par des relevés ou par tout autre moyen de communication ;
- les engagements relatifs au respect de la nomenclature des actes pour les prestataires concernés, y compris dans leurs relations envers un assuré d'un autre Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen, ou envers un assuré d'un pays avec lequel le Grand-Duché de Luxembourg est lié par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, lorsqu'il se trouve dans une situation médicale comparable à celle d'un assuré affilié au Luxembourg ;
- en cas de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé, des conditions et des modalités de la mise en compte des intérêts légaux en cas de paiement tardif ;
- des tarifs conventionnels[1)] non établis moyennant lettre-clé et la périodicité de négociation de ces tarifs ;
- des modalités de l'application rétroactive des nouveaux tarifs à partir de la date d'échéance des anciens tarifs pour le cas exceptionnel où la valeur de la lettre-clé ou le tarif n'aurait pas pu être adapté avant cette échéance ;
- les engagements relatifs au respect de la précision du lieu d'exécution de la prestation de soins de santé.

Pour les médecins et pour les médecins-dentistes, la convention détermine en outre obligatoirement :

- des engagements relatifs au respect, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, de la liberté d'installation du médecin, du libre choix du médecin par le malade, de la liberté de prescription du médecin, du secret professionnel ;

---

1) L.31.5.15,1 : Par dérogation aux articles 64, alinéa 1, point 4) et 68 à 70 du Code de la sécurité sociale, les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, points 5), 6), 7), 9), 10) et 11) du Code de la sécurité sociale sont maintenus par rapport à leur niveau du 31 décembre 2014.

- des dispositions garantissant une médication économique compatible avec l'efficacité du traitement, conforme aux données acquises par la science et conforme à la déontologie médicale ;
- les modalités du dépassement des tarifs ;
- les modalités de diffusion des standards de bonne pratique médicale;
- les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins ;
- les domaines d'application de la rémunérations salariée ;
- les rapports avec le médecin référent.

Pour les prestataires de soins autres que les médecins et médecins-dentistes constitués sous forme de personne morale, la convention détermine en outre obligatoirement l'engagement de tenir une comptabilité suivant un plan comptable uniforme complété par une partie analytique. Le plan comptable ainsi que les modalités et les règles de la comptabilité analytique sont fixés par la Caisse nationale de santé.

Pour les différentes professions de la santé et pour les réseaux d'aides et de soins et les établissements d'aides et de soins dans le cadre des soins palliatifs, la convention détermine en outre obligatoirement :

- les lignes directrices ainsi que les standards de référence en matière de qualité ;
- l'engagement d'assurer la continuité des soins ;
- les modalités de la documentation des soins, de la facturation et du paiement des prestations fournies ainsi que leur vérification.

Pour les pharmaciens, la convention détermine en outre obligatoirement les règles applicables en cas de substitution d'un médicament à un autre.

d) Durée, modification et dénonciation des conventions

Les conventions sont conclues pour une durée indéterminée et ne peuvent agir que pour l'avenir.[1)]

Une modification de la convention peut intervenir à tout moment si les deux parties sont d'accord. Une résiliation d'une partie ou de la convention entière est seulement possible sur un préavis de 12 mois.

En cas d'une résiliation de la convention, les nouvelles négociations en vue du renouvellement total ou partiel des conventions doivent commencer endéans les deux mois suivant la dénonciation, à une date publiée au Mémorial à l'initiative de la Caisse nationale de santé.

---

1) Par dérogation à ces deux principes, l'adaptation annuelle de la valeur des lettres-clés prévues ou la révision périodique des autres tarifs peut avoir un effet rétroactif dans les conditions définies dans la convention collective.

e) Contrôle de la conformité des conventions aux lois et règlements

Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale exerce un contrôle de la légalité sur les conventions et leurs avenants ; s'il les estime contraires aux lois et règlements il dispose d'un délai d'un mois pour saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

f) Représentativité des parties à la convention

Les conventions sont conclues entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels représentatifs de chaque spécialité (par exemple pour les médecins, les laboratoires d'analyses médicale, les pharmaciens,…).

Pour certaines spécialités, il existe plusieurs groupements professionnels défendant les intérêts d'une branche de prestataires. Dans ce cas, le groupement professionnel ayant le plus d'effectifs, de l'expérience et de l'ancienneté sera le groupe représentatif.

Si deux parties d'un même groupement professionnel ne sont pas d'accord sur la représentativité et s'il surgit un litige celui-ci doit être porté par le groupement professionnel intéressé devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant dans les 10 jours au plus tard après la date fixée pour le début des négociations. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale statue sur le fond du litige et en dernière instance dans les 15 jours de la saisine.

A défaut de groupement professionnel remplissant les conditions de représentativité ou de qualité ainsi qu'en cas d'absence de négociateurs, les dispositions tenant lieu de convention sont arrêtées par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale et, le cas échéant, sur base de la convention-type proposée par la Caisse nationale de santé.

g) Agrément

A défaut de conventions collectives obligatoires, certains fournisseurs et prestataires de services sont liés à la Caisse nationale de santé par l'adhésion à un ensemble de règles qui s'exprime à travers un agrément qui leur est accordé sur demande expresse.

Les agréments s'appliquent notamment aux entreprises de taxi et aux fournisseurs et magasins délivrant des appareils médicaux et des dispositifs médicaux. Dans le cadre de l'agrément, qui est accordé par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, la pratique du tiers payant est réalisée par l'émission de titres de prise en charge établis par la Caisse nationale de santé préalablement à la délivrance des services ou fournitures.

h) Nomenclature

Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins et pris en charge par l'assurance maladie sont inscrits dans différentes nomenclatures.

Dans chacune des nomenclatures des médecins, des médecins-dentistes, des professions de santé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins dans le cadre des soins palliatifs et des psychothérapeutes chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Les coefficients indiquent l'importance relative d'un acte (compétence technique de l'acte, de l'effort intellectuel requis pour le dispenser ainsi que de la durée de l'acte).

Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

Les coefficients sont fixés par voie réglementaire. La modification d'un coefficient d'un acte ou service doit intervenir avant le 1er décembre d'une année donnée. Une modification des coefficients ne peut jamais prendre effet en cours d'exercice, mais uniquement au 1er janvier d'une année donnée. La modification de coefficients ne doit pas affecter la masse d'honoraires globale. La loi détermine que les effets d'une modification des coefficients des actes doit être neutralisée par une adaptation correspondante de la valeur de la lettre-clé.

Depuis le 1er août 2003, les valeurs des lettres-clés des nomenclatures des médecins, des médecins-dentistes, des infirmiers, des masseurs et kinésithérapeutes, des orthophonistes, des sages-femmes, des psychomotriciens et des psychothérapeutes correspondent au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et sont adaptées suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont arrêtées sous forme de règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.[1)]

Les tarifs des actes et des services professionnels opposables aux prestataires sont fixés en multipliant les coefficients, par la valeur des lettres-clés respectives.

Toutefois, les conventions pour les médecins et pour les médecins-dentistes prévoient obligatoirement les modalités du dépassement, à charge des assurés, des tarifs fixés conformément à ce qui précède :

- pour les convenances personnelles sollicités par les personnes protégées en milieu hospitalier et ambulatoire ;
- après devis préalable pour les prothèses et autres prestations dentaires dépassant l'utile et le nécessaire.

La revalorisation de la valeur des lettres-clés est négociée tous les deux ans.[2)]

---

1) Différentes nomenclatures des actes et services pris en charge par l'assurance maladie existent entre autre pour :
- les médecins ;
- les médecins-dentistes ;
- les maîtres mécaniciens orthopédistes-bandagistes et les maîtres orthophonistes-cordonniers ;
- les sages-femmes ;
- les rééducateurs en psychomotricité ;
- les orthophonistes ;
- les laboratoires d'analyses médicales et de biologie chimique ;
- les masseurs-kinésithérapeutes et masseurs ;
- les infirmiers ;
- le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains ;
- les établissements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles ;
- les domaines de la psychiatrie extrahospitalière ;
- le centre de convalescence Emile Mayrisch de Colpach ;
- les psychothérapeutes.

2) L. 23.12.16, 35 : Par dérogation aux articles 65, alinéa 2 et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique visés à l'article 61, alinéa 2, point 4) du Code de la sécurité sociale est fixée à 0,28456.

Par dérogation aux articles 65, alinéa 2, et 67 à 70 du Code de la sécurité sociale, la valeur de la lettre-clé pour la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes visés à l'article 61, alinéa 2, point 3) du Code de la sécurité sociale est fixée à 4,2144 au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

La négociation est menée entre les parties signataires des conventions. Elle a lieu sur initiative des groupements professionnels représentatifs qui doivent introduire une demande afférente avant le 1er septembre de l'année où a lieu la négociation. La négociation doit avoir abouti avant le 31 décembre. A défaut, la procédure de conciliation et de médiation est entamée. La revalorisation des lettres-clés ne saurait toutefois dépasser la variation du revenu moyen cotisable, déterminé à la valeur cent de l'indice pondéré du coût de la vie, des assurés actifs entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice au cours de laquelle la nouvelle valeur s'applique. Pour la lettre-clé des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique, la revalorisation ne saurait dépasser la variation de la moyenne annuelle de l'indice du coût de la vie entre la quatrième et la deuxième année précédant l'exercice en cause.

Comme pour les conventions collectives, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale exerce un contrôle de la légalité sur l'adaptation de la valeur de la lettre-clé et en cas de contestation il peut saisir le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

2.5 Procédures de médiation et d'arbitrage

A défaut d'entente collective :

1) sur l'élaboration d'une nouvelle convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé ;
2) sur l'adaptation de la convention dans les six mois suivant la dénonciation totale ou partielle de l'ancienne convention ;
3) sur les dispositions obligatoires de la convention après un délai de négociation de six mois suivant la convocation faite par la Caisse nationale de santé

ou en l'absence d'accord avant le 31 décembre sur l'adaptation annuelle de la lettre-clé ou sur les tarifs conventionnels non établis moyennant lettre-clé, l'Inspection générale de la sécurité sociale convoque les parties en vue de la désignation d'un médiateur.

Si les parties ne s'entendent pas sur la personne du médiateur, celui-ci est désigné par tirage au sort sur une liste comprenant six personnes ayant accepté cette mission. Cette liste est établie pour la durée de 5 années par les parties signataires de la convention et, à défaut, par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le médiateur peut s'adjoindre un ou plusieurs experts. Il est assisté d'un fonctionnaire à mettre à sa disposition par l'Inspection générale de la sécurité sociale pour assurer le secrétariat administratif.[1)]

---

1) Pour plus d'informations concernant la procédure de médiation : voir règlement grand-ducal modifié du 21 juin 1993 (Mém. A 46 du 29 juin 1993, p.950).

Lorsque la médiation, n'aboutit pas à un accord sur l'adaptation de la lettre-clé ou des tarifs conventionnels non établis moyennant lettre clé, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale rend une sentence arbitrale qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

Lorsque la médiation déclenchée n'aboutit pas à une nouvelle convention ou un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, ce-dernier dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les dispositions obligatoires de la convention sont alors fixées par voie de règlement-grand-ducal.

3 COMMISSION DE SURVEILLANCE

La Commission de surveillance possède des attributions tant en matière d'assurance maladie qu'en matière d'assurance dépendance et en matière d'assurance accident.

La Commission de surveillance est composée d'un président désigné, en raison de sa compétence juridique dans le domaine de la sécurité sociale par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et de quatre délégués. En cas d'empêchement du président, la Commission est présidée par un vice-président.

3.1 Compétence en matière d'assurance maladie et en matière d'assurance accident

Pour chaque affaire le président désigne les quatre délégués suivant les modalités suivantes :

- deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cinq des délégués figurant sur cette liste représentent les salariés et cinq autres délégués les non-salariés ;
- pour les affaires mettant en cause un médecin ou un médecin-dentiste, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Collège médical et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le groupement représentatif des médecins et des médecins-dentistes ;
- pour les affaires mettant en cause un autre prestataire que les médecins ou médecins-dentistes, le troisième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par le Conseil supérieur des

professions de santé et le quatrième délégué est choisi sur une liste de cinq personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une des conventions.

A défaut de listes présentées par une des parties, il appartient au ministre ayant la Sécurité sociale dans ses attributions de les établir.

Le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission[1)].

L'exécution conforme des conventions collectives avec les prestataires de soins de santé est une des compétences principales de la Commission de surveillance.[2)]

La Commission de surveillance est compétente en matière de tarification des soins de santé et en matière d'activité opposable à l'assurance maladie.

a) Tarification des soins de santé

Il faut distinguer deux sortes de litiges :

- les litiges entre la Caisse nationale de santé ou l'Association d'assurance accident et un prestataire de soins dans le cadre de la prise en charge directe ;
- les litiges entre la Caisse nationale de santé ou les autres caisses de maladie et l'assuré mettant en cause un prestataire de soins au sujet d'un tarif ou d'un dépassement d'un tarif.

Les deux sortes de litiges naissent toujours dans un cas de figure précis : celui où, ou bien le prestataire dans le cadre de la prise en charge directe, ou bien l'assuré dans le cas où il a fait l'avance des frais, demande respectivement le paiement et le remboursement des honoraires à l'institution d'assurance maladie ou accident. L'institution (Caisse nationale de santé, Association d'assurance accident, caisses de maladie) refuse de payer le prestataire ou de rembourser l'assuré parce qu'elle estime qu'une disposition de la nomenclature (par exemple) n'a pas été correctement appliquée.

La Commission de surveillance est compétente pour prononcer ou bien le paiement ou le redressement au profit du prestataire ou bien la restitution à l'assuré de la somme indûment mise en compte ou la liquidation des droits de l'assuré. Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

---

1) Dans d'autres situations, le contrôle relève de la compétence des instances judiciaires. A ce sujet, il est renvoyé au chapitre 23 - Les juridictions de la sécurité sociale et les voies de recours.

2) Pour les règles de fonctionnement de la Commission de surveillance : voir règlement grand-ducal modifié du 25 octobre 1999 (Mém. A 137 du 28 octobre 1999, p.2516).

b) Contestation en matière d'activité médicale opposable à l'assurance maladie

La Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports d'activité lui soumis par le directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une des caisses de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles.

Les rapports d'activité sont élaborés par le Contrôle médical de la sécurité sociale afin de constater toute déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire.

L'instruction faite par la Commission de surveillance a pour objet de constater dans le chef des prestataires :

1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité ;
2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
3) les agissements ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ;
4) les manquements aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé ;
6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation du principe de l'utile et le nécessaire ;
7) les agissements exposant l'assuré à des dépassements d'honoraires non conformes aux dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles.

La Commission de surveillance peut procéder à des mesures d'investigations qu'elle peut déléguer au président ou au vice-président. Elle peut recourir au service d'experts et demander un avis à la Cellule d'expertise médicale.

Si à la clôture de son instruction, la Commission estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles, elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Cependant, la Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation afin d'arriver à une transaction entre parties.

Le Conseil arbitral est seul compétent à prononcer les sanctions prévues par la loi (amende, restitution à la Caisse nationale de santé des montant indûment perçus et augmenté des intérêts légaux, application du tiers payant pendant cinq ans au plus, limitation de l'activité professionnelle)[1].

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité social sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, quelle que soit la valeur du litige.

3.2 Compétence en matière d'assurance dépendance

En matière d'assurance dépendance la Commission de surveillance est également composée d'un président et de quatre délégués, désignés de la façon suivante :

1) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par le comité directeur de la Caisse nationale de santé composé comme prévu en matière d'assurance dépendance. Six délégués figurant sur cette liste représentent les secteurs des salariés et quatre délégués les secteurs des non-salariés ;
2) deux délégués sont choisis par le président sur une liste de dix personnes établie par chaque groupement professionnel signataire d'une convention.

Tout comme en matière d'assurance maladie, à défaut de listes présentées par les parties, il revient au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale de les établir.

Le chargé de la direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation ou son délégué peut assister avec voix consultative aux réunions de la commission.

a) Tarification des prestations d'assurance dépendance

La Commission de surveillance est également compétente pour connaître des litiges lui déférés par la Caisse nationale de santé ou par un des prestataires au sujet de l'application des lois, règlements ou conventions prévues en matière de dépendance. Lorsque le litige porte sur la facturation de prestations à charge de l'assurance dépendance, la Commission de surveillance prononce la restitution des sommes indûment mises en compte par le prestataire ou, suivant le cas, la liquidation en faveur du prestataire des créances indûment retenues par l'organisme gestionnaire.

---

1) Pour plus de précisions à ce sujet, il est renvoyé au chapitre 23 - "Juridictions et voies de recours".

En outre, elle est compétente pour instruire les affaires qui sont portées devant elle par la Caisse nationale de santé sur base des faits signalés par le chargé de direction de la Cellule d'évaluation et d'orientation susceptibles de constater une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles.

Les décisions de la Commission de surveillance sont susceptibles d'un recours à introduire par les parties au litige devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, quelle que soit la valeur du litige.

b) Violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles

L'instruction faite par la Commission de surveillance a pour objet de constater dans le chef des prestataires :

1) toute inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'assurance dépendance ;
2) le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information par l'institution de sécurité sociale compétente ou par la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
3) tout agissement ayant pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'institution de sécurité sociale compétente ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
4) tout manquement aux formalités administratives imposées par les dispositions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ;
5) le refus du prestataire de reporter dans le dossier de soins partagé les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que l'assuré ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier de soins partagé ;
6) la prescription ou l'exécution de prestations superflues ou inutilement onéreuses en violation du principe d'économie.

Si, à la clôture de son instruction, la Commission de surveillance estime être en présence d'une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles elle renvoie l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. Le Conseil arbitral est le seul compétent à prononcer les sanctions prévues par la loi (amende d'ordre, restitution à la Caisse nationale de santé des montants indûment perçus augmentés d'intérêts légaux).

Cependant, la Commission de surveillance peut préalablement à sa décision de renvoi décider de recourir à une médiation afin d'arriver à une transaction entre parties.

4 COMMISSION DES BUDGETS HOSPITALIERS

La Commission des budgets hospitaliers intervient en cas de différend entre la Caisse nationale de santé et un hôpital individuel au sujet de la détermination du budget prévisionnel, d'une rectification individuelle du budget ou du décompte de fin d'exercice, ainsi qu'en cas de différend entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois au sujet de la refixation des budgets hospitaliers, de la détermination de la prime annuelle pour performances de qualité à fixer par la commission d'évaluation ou du montant des cotisations de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois.

En cas de litige entre un hôpital et la Caisse nationale de santé chaque partie communique par écrit sa position à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois qui tente une conciliation dans les deux semaines.

En cas de litige subsistant, la commission des budgets est saisie du litige.

Dans le cadre de la détermination du budget prévisionnel ou du décompte de fin d'exercice, le différend est soumis à la Commission des budgets avant le 1er septembre qui, si elle ne parvient pas à concilier les parties dans le mois de la saisine, tranche le litige en dernier lieu avant le 15 octobre.

Lorsque le différend a pour objet une rectification budgétaire, la commission doit être saisie au plus tard un mois après la demande de rectification. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige en dernier ressort dans le mois de la saisine.

En cas de litige entre la Fédération des hôpitaux luxembourgeois et la Caisse nationale de santé au sujet d'une rectification générale des budgets, de la détermination de la prime annuelle pour performances de qualité ou du montant des cotisations à la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, la commission peut être saisie par la partie au litige la pus diligente. Si la commission ne parvient pas à concilier les parties, elle tranche le litige en dernier ressort dans le mois de la saisine.

5 COMMISSION PERMANENTE POUR LES HOPITAUX

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, une Commission permanente pour les hôpitaux qui exerce des fonctions consultatives auprès des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et de la Sécurité sociale a été instaurée. Cette commission se compose de représentants du ministère

de la Santé, de la Sécurité sociale, des Finances, de la Caisse nationale de santé, de la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, des médecins et d'autres professions de santé. Elle a pour mission de donner son avis sur :

- les projets de plan hospitalier ;
- l'aide financière accordée par l'Etat aux investissements hospitaliers ;
- les modifications concernant les services hospitaliers (autorisations, réductions ou suppressions de services) ;
- les normes d'aménagement et d'organisation des établissements hospitaliers ;
- les projets d'établissement et de modification du plan comptable hospitalier ;
- et en général sur tout ce qui touche le secteur hospitalier.

Par l'intermédiaire de la Commission permanente pour les hôpitaux, le département de la sécurité sociale et la Caisse nationale de santé ont donc la possibilité d'exprimer leur opinion sur tout ce qui touche l'organisation d'activités hospitalières que la sécurité sociale est amenée à financer.

6 COMMISSION DE NOMENCLATURE

La Commission de nomenclature se compose de :

- 2 membres dont le président, désignés, par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé ; un des trois membres au moins doit avoir la qualité de médecin ;
- 2 membres désignés par le comité directeur de la Caisse nationale de santé ;
- 2 membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins ;
- en fonction de la nomenclature en cause, deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention concernée.

Lorsque la Commission de nomenclature est amené à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complété par deux membres devant avoir la qualité de médecin et désignés respectivement par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale et par le groupement représentatif des hôpitaux.

Pour chaque membre effectif un membre suppléant est désigné d'après les modalités indiquées ci-dessus.

La commission est assistée dans l'accomplissement de ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle demande des avis des affaires dont elle est saisie. La Commission de nomenclature peut se saisir elle-même

de toute affaire relative à ses attributions. Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'actes, services ou fournitures par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé, la Commission de surveillance ou encore par les parties signataires des conventions.[1)]

7 CONSEIL SCIENTIFIQUE DU DOMAINE DE LA SANTE

Il est institué sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale un Conseil scientifique du domaine de la santé.

Le Conseil scientifique est un organisme indépendant, composé de professionnels du domaine de la médecine, dont la mission consiste à élaborer et diffuser des recommandations de bonne pratique médicale.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Phases d'élaboration d'une bonne pratique médicale

Dans une première phase, le Conseil scientifique mène une discussion pour identifier les sujets concernant[2)] :

- la santé publique,
- les dépenses de la sécurité sociale,
- tout autre thème concernant la santé des patients,

où la recherche, l'élaboration et la diffusion d'un référentiel de bonne pratique pourront s'avérer utile pour :

- promouvoir des soins de santé de haute qualité,
- guider le professionnel de santé au mieux dans le développement d'une bonne pratique,
- employer de façon optimale les ressources disponibles.

A ces fins, il a recours à toutes les différentes banques de données anonymisées disponibles de la Direction de la santé, de l'Inspection générale de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de santé.

---

1) Pour plus d'informations concernant le fonctionnement de la Commission de nomenclature des actes et services pris en charge par l'assurance maladie : voir règlement grand-ducal du 30 juillet 2011 (Mém. A 183 du 23 août 2011).

2) Voir site internet : http://www.conseil-scientifique.lu

Le Conseil Scientifique décide les sujets qui seront traités et définit

- la motivation et l'intitulé du sujet à traiter,
- les objectifs éventuels à poursuivre dans le cadre d'un référentiel sur les lignes de bonne pratique,
- les indicateurs éventuels à évaluer pendant la phase d'implémentation du référentiel sur les lignes de bonne pratique.

Dans une deuxième phase, il instaure des groupes de travail, définit le cadre des différents groupes et assure le suivi de ces derniers. Le Conseil scientifique réceptionne et commente les projets de documents des différents groupes.

Dès que les travaux sont acheminés, le Conseil scientifique diffuse tous les projets de documents aux différents cercles, associations et sociétés scientifiques médicales nationales concernées pour avis et commentaires.

Dès réception de tous les avis il procède à la finalisation des documents. Le Conseil scientifique charge les groupes de travail d'intégrer tous les commentaires dans les projets de documents et de rédiger les documents consensuels définitifs.

Le Conseil scientifique approuve les documents finaux et diffuse ceux-ci pour approbation aux différents cercles, associations et sociétés scientifiques médicales nationales concernés.

Dans une troisième et dernière phase, le Conseil scientifique organise la diffusion des documents sur les référentiels parmi les professionnels de la santé.

8 CELLULE D'EXPERTISE MÉDICALE

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit la création d'une Cellule d'expertise médicale, sous l'autorité des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale dont les missions sont notamment :

1) de proposer, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, d'en produire une définition complète et d'en préciser les indications et les conditions d'application ;
2) de s'enquérir de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et de procéder à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bienfondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;
3) de collaborer à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale effectuée par le Conseil scientifique du domaine de la santé et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;

4) d'analyser des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'une source, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier ;
5) d'assurer le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.

Le Cellule est rattachée administrativement à l'Inspection générale de la sécurité sociale et composée de façon pluridisciplinaire par des agents détachés par le Contrôle médical de la sécurité sociale, la Direction de la santé ou affectés par l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Elle peut s'adjoindre des experts. La Cellule doit fournir des expertises à la demande des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale ou la Santé ou la Caisse nationale de santé. Cependant, ces expertises ne peuvent pas porter sur l'évaluation de l'état de santé, de diagnostics ou traitements de patients individuels.

9 AGENCE NATIONALE DES INFORMATIONS PARTAGÉES

Il est mis en place une "Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé", désignée ci-après par l'"Agence" qui a pour missions :

1) la réalisation, le déploiement, l'exploitation et la gestion administrative et technique d'une plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé, ainsi que d'applications et de systèmes informatiques de santé à l'échelle nationale, comportant :
   - le dossier de soins partagé ;
   - d'autres projets informatiques à envergure nationale visant à faciliter l'échange, le partage ou une meilleure utilisation des données de santé ;
   - les systèmes électroniques de communication avec la plateforme et ses applications, les mécanismes de sécurité et les autres services de base y liés ;
   - la communication de données avec des plateformes similaires dans d'autres Etats membres de l'Union européenne ;
2) la promotion de l'interopérabilité et de la sécurité dans la mise en place de systèmes d'information de santé, moyennant :
   - la production et la promotion de référentiels contribuant à l'interopérabilité et à la sécurité des systèmes d'information de santé ;
   - la mise en oeuvre d'une convergence des systèmes d'information de santé grâce à l'implémentation des référentiels d'interopérabilité ;
   - la veille des normes et standards pour les systèmes d'information en santé ;

- la collaboration avec les organisations internationales en charge de la standardisation dans le domaine des systèmes d'information de santé ;

3) l'établissement et la tenue à jour d'un schéma directeur des systèmes d'information de santé, déclinant une stratégie nationale, articulée avec les priorités sanitaires du pays d'une part et les besoins d'échange et de partage des acteurs du secteur d'autre part.

   Ce schéma directeur organise en outre les projets et activités directement ou indirectement gérés par l'Agence, ainsi que les autres projets stratégiques de systèmes d'information contribuant au partage et à l'échange de données de santé, gérés directement par les acteurs du secteur ;

4) le conseil des autorités de tutelle en matière des choix stratégiques des systèmes d'information de santé ;

5) l'information des patients et prestataires sur les modalités opérationnelles et les mesures de sécurité en rapport avec le dossier de soins partagé et la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé.

L'Agence est soumise à l'autorité conjointe des ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale. Elle soumet annuellement aux ministres de tutelle :

- le schéma directeur informatique dont question ci-avant ;
- son rapport annuel ;
- un budget prévisionnel pluriannuel, ainsi que les comptes de l'exercice écoulé.

La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'Etat, la Caisse nationale de santé et le Centre commun de la sécurité sociale, ainsi que des organismes représentatifs des prestataires des soins et des associations représentant l'intérêt des patients. L'Agence peut recourir aux services du Centre commun de la sécurité sociale pour la gestion des droits d'accès des personnes assurées et des prestataires de soins.

Le financement des missions de l'Agence définies est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'Etat. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.

L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel.

10 COMMISSION CONSULTATIVE DE LA DOCUMENTATION HOSPITALIERE[1)]

La commission a pour mission d'accompagner au niveau national la mise en place d'une documentation hospitalière.

Le système de documentation médicale hospitalière est à mettre en place par les établissements hospitaliers, en ce qui concerne la documentation des diagnostics, suivant la dixième version de la Classification Internationale des Maladies de l'Organisation mondiale de la santé, en utilisant les codes avec quatre caractères et, en ce qui concerne la documentation des actes médicaux, suivant la Classification Commune des Actes Médicaux développée en France par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, adaptée le cas échéant pour le Grand-Duché de Luxembourg.

La commission est présidée par le directeur de l'Inspection générale de la sécurité sociale, qui est assisté par un vice-président représentant le ministre ayant dans ses attributions la Santé et qui remplace le président en cas d'empêchement. Elle se compose en outre :

- d'un représentant du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- d'un représentant de la Caisse nationale de santé ;
- d'un représentant de la Cellule d'expertise médicale ;
- de cinq représentants proposés par le groupement le plus représentatif des établissements hospitaliers luxembourgeois dont un directeur, un chef de département administratif et technique, un chef de département des soins et un chef de département médical des établissements hospitaliers ainsi qu'un représentant des conseils médicaux ;
- du directeur de l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé.

---

1) *Pour plus de détails concernant le fonctionnement de la Commission consultative à voir règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 instituant une Commission consultative de la documentation hospitalière et déterminant le système de documentation médicale hospitalière à mettre en place (Mém. A 298 du 31 décembre 2012, p.4717).*

Soins de santé

5

Les soins de santé doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels. Les prestations doivent comprendre au moins :

- les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile ;
- les soins de spécialistes donnés dans les hôpitaux ou des institutions similaires, à des personnes hospitalisées ou non et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux ;
- la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels ;
- les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins post-natals donnés par un médecin ou par une sage-femme diplômée ;
- l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

A cela la convention no 130 élaborée sous l'égide de l'Organisation Internationale du Travail, concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, ajoute les soins dentaires et la réadaptation médicale, y compris les appareils nécessaires.

1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1 Principe du libre choix

Pour l'obtention des soins et fournitures, les personnes protégées sont libres de s'adresser :

1) aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions collectives ;
2) aux fournisseurs disposant d'un agrément du comité directeur de la Caisse nationale de santé ;
3) aux fournisseurs identifiés spécialement à cet effet par un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé lorsque la fourniture ne peut être délivrée par un des fournisseurs visés ci-devant.

La délivrance de soins ou de fournitures par un prestataire, un fournisseur ou un hôpital déterminé dans le cadre des services de garde, d'urgence ou de remplacement officiels n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins ou du fournisseur par la personne protégée.

Pour les soins postérieurs à un traitement d'urgence, les personnes protégées sont libres de s'adresser à un autre prestataire de soins ou fournisseur de leur choix.

Le fait par la personne protégée de se faire traiter dans un hôpital comporte pendant le séjour à l'hôpital acceptation des prestataires employés ou agréés par l'hôpital et n'est pas de nature à porter atteinte au principe du libre choix du prestataire de soins par la personne protégée.

1.2 Principe de la prise en charge des actes et fournitures

Ne sont prises en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures prévues par le Code de la sécurité sociale et inscrits dans les nomenclatures ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Luxembourg ou d'un Etat membre de l'Union européenne, de la Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen[1)].

Cependant, dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant l'acte à un autre acte de même importance.

Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu avec l'assuré un contrat d'aide et de soins.

Lorsqu'une personne protégée demande pour soi la délivrance d'un acte médical pour lequel la nomenclature prescrit une autorisation préalable du contrôle médical ou un acte qui n'est pas prévu par la nomenclature, elle est en droit de demander au prestataire l'application de la procédure y relative prévue par les conventions conclues entre la Caisse nationale de santé et les groupements professionnels des prestataires et fournisseurs.

---

1) Voir : Loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. (Mém. A 115 du 04.07.14, p.1738).

La personne protégée qui, nonobstant la décision définitive de l'assurance maladie notifiant le refus du contrôle médical de prendre en charge une prestation ou une fourniture, demande néanmoins sa délivrance, a droit, dans le cadre des obligations conventionnelles applicables, à la communication préalable par le prestataire de soins ou par le fournisseur, du tarif appliqué par celui-ci ou, s'il s'agit de fournitures matérielles, d'un devis définitif ainsi qu'à une information sur d'éventuels frais accessoires s'y rapportant.

2 LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS

D'après la loi[1)], sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les traitements effectués par les professionnels de santé ;
- les analyses de biologie médicale ;
- les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires ;
- les médicaments, le sang humain et les composants sanguins ;
- les dispositifs médicaux ;
- les traitements effectués en milieu hospitalier ;
- les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation, sauf pour le cas de simple hébergement ;
- les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les soins de rééducations et réadaptations fonctionnelles ;
- les frais de transport des malades ;
- les soins palliatifs ;
- les psychothérapeutes visant le traitement d'un trouble mental.

La loi ne distingue pas entre la médecine curative et la médecine préventive ; cependant il est prévu que la médecine préventive peut faire l'objet de programmes spécifiques qui font l'objet d'une convention entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la Caisse nationale de santé et le cas échéant, des services spécialisés.

La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts de la Caisse nationale de santé.[2)]

---

1) *Article 17 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale.*

2) *Pour des précisions supplémentaires par rapport à ce qui est décrit dans ce chapitre, il est renvoyé aux statuts de la Caisse nationale de santé. Par ailleurs des informations utiles peuvent être trouvées dans les différentes conventions collectives conclues avec les prestataires de soins, ainsi que dans les différents cahiers de charge.*

2.1 Soins médicaux

Pour les visites médicales en milieu extra-hospitalier, il est déduit une participation de l'assuré s'élevant à 20% du tarif minimum de la visite ordinaire de l'omnipraticien.

Pour les autres actes et services médicaux, dont notamment les actes techniques exécutés au cabinet du médecin ou en milieu hospitalier ambulatoire, il est déduit une participation de 12% du taux de prise en charge.

Cette participation n'est pas applicable aux traitements de chimiothérapie, de radiothérapie et d'hémodialyse, aux examens à visée préventive et de dépistage et aux actes techniques dans le cadre des programmes de la médecine préventive, aux forfaits médicaux poursuivi dans un centre de jour ainsi qu'aux consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

Les frais de déplacement du médecin en cas de visite au domicile de la personne protégée sont pris en charge au taux de 100% sur base d'un tarif établi d'après la carte de distance officielle seulement jusqu'à concurrence des frais de déplacement qu'aurait pu mettre en charge le médecin de la même spécialité dont le cabinet est le plus proche du lieu où a eu lieu la visite. Cette disposition est appliquée péremptoirement, même dans le cas où le médecin le plus proche ne peut être atteint. Toutefois les frais de déplacement du médecin dans le cadre du service de nuit en médecine générale, ainsi que ceux du médecin de garde appelé par le service d'intervention officiel sont pris en charge intégralement.

L'assurance maladie prend en charge au taux de 100% le forfait pour la coordination des soins et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée dans les conditions suivantes :

- la personne protégée est atteinte d'une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée ;
- la personne protégée a désigné un médecin référent ;
- la personne protégée dispose d'un dossier de soins partagé dûment activé.

Sauf autorisation préalable ou justification admise par la caisse sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, ne sont pas prises en charge :

- plus d'une consultation ou visite du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par 24 heures, à moins qu'il n'y ait intervention du service médical d'urgence ;
- plus de 2 consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par période de 7 jours ;
- plus de 12 consultations ou visites du médecin généraliste ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale par semestre, à moins qu'il ne s'agisse de consultations ou de visites délivrées en long séjour gériatrique ou en séjour stationnaire hospitalier.

Les renouvellements d'ordonnance et les injections et pansements en série ne sont pas pris en considération pour l'application des dispositions qui précèdent.

Il n'est pas pris en charge plus d'une consultation majorée de l'omnipraticien ou du médecin spécialiste de la même discipline médicale dans un intervalle de 6 mois, exception faite pour celles données par les médecins spécialistes en neurologie ou en neuropsychiatrie. En cas de délivrance dans cet intervalle d'un nombre supérieur de consultations majorées, celles-ci sont prises en charge au tarif de la consultation normale.

Il n'est pris en charge que trois échographies obstétricales par cas de grossesse, sauf en cas d'hospitalisation stationnaire pendant une durée d'au moins trois jours pour pathologie fœtale ou maternelle ayant des répercussions sur l'état de santé du fœtus.

L'assurance maladie prend en charge la mesure de la densité osseuse effectuée selon le procédé DXA uniquement pour certaines pathologies limitativement énumérées. L'examen sera pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 10 ans, le délai entre deux mesures devant être au moins de deux ans. Dans des cas exceptionnels et sur présentation d'un dossier détaillé, la prise en charge d'examens supplémentaires pourra être accordée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'assuré est tenu d'indiquer au médecin qu'il consulte si les troubles de la santé dont il se plaint ont fait l'objet de mesures de diagnostic précédentes, tels analyses de laboratoire ou examens par imagerie médicale. Il doit indiquer également les thérapies antérieurement appliquées et, le cas échéant, les médicaments actuellement administrés. Si le médecin consulté estime que le résultat des mesures de diagnostic antérieures peut servir utilement pour la confirmation du diagnostic ou aux fins de la détermination de la thérapie envisagée, l'assuré est tenu de procurer au médecin traitant ces données.

2.2 Soins de médecine dentaire

Au-delà d'un montant annuel de 60 €[1)] (au 01.01.2017) intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de 88% des tarifs conventionnels fixés dans la nomenclature.

La participation visée ci-dessus n'est pas applicable à l'examen dentaire de la femme enceinte au cours des 5 premiers mois de la grossesse et aux actes et services dispensés aux enfants et jeunes de moins de 18 ans accomplis dans le cadre du programme de médecine préventive institué en matière de traitement dentaire des enfants et des jeunes.

---

1) Montant adapté à la lettre-clé prévue à l'article 65 du Code de la sécurité sociale.

Les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de 80% des tarifs conventionnels, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales pour lesquelles la prise en charge est de 100% de ces tarifs. Cette participation personnelle n'est pas mise en compte pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse.

La participation personnelle n'est pas mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les actes d'anesthésie effectués par le médecin spécialiste en anesthésia-réanimation en relation avec les actes techniques en rapport avec une chirurgie des arcades gingivo-dentaires, les soins gingivaux et dentaires, ainsi que les extractions dentaires et chirurgicales réalisés en milieu hospitalier, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale dans l'une des conditions suivantes :

- présence d'une intolérance aux anesthésiques locaux ;
- lorsqu'en présence d'un processus inflammatoire aigu nécessitant une intervention immédiate, l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante ;
- traitement dentaire des handicapés psychiques ou physiques chez lesquels du fait de leur handicap une anesthésie locale est impossible ;
- extraction d'une dent de sagesse incluse ou enclavée où l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante, avec radiographie à l'appui.

Les prothèses dentaires provisoires ne sont prises en charge que si elles sont déclarées indispensables du point de vue fonctionnel par le Contrôle médical de la sécurité sociale et si le coefficient masticatoire est inférieur à 50%.

Les rebasages total ou partiel d'une prothèse dentaire adjointe sont pris en charge une fois par période de 365 jours à partir du deuxième rebasage.

Le détartrage n'est pris en charge qu'une fois par 6 mois.

Pour certaines prothèses dentaires et le traitement d'orthodontie la présentation d'un devis préalable est requise.

Les prothèses conjointes ne sont renouvelées que par périodes de 15 ans, sauf sur proposition du médecin traitant et justification médicale reconnue par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prothèses adjointes ne sont renouvelées que tous les 5 ans.

Par dérogation à ce qui précède, les délais de renouvellement peuvent être réduits par le Contrôle médical de la sécurité sociale dans le cas de figure limitativement énumérés ci-dessous :

- Fracture osseuse maxillo-faciale ;
- Néoplasie intéressant la région maxillo-buccale ;
- Traitement aux biphosphonates à très haute dose ;
- Traitement prothétique dentaire avant l'âge de 17 ans accomlis.

Aucune position de la nomenclature relative aux actes médico-dentaires concernant l'orthodontie ne peut être prise en charge plus d'une seule fois. Par dérogation les moulages d'orthodontie fournis à la caisse peuvent être pris en charge au maximum 3 fois sur une période de 5 ans, le délai entre 2 traitements devant au moins être de 365 jours. A l'exception des moulages d'orthodontie fournis à la caisse et l'examen de la position des dents avec moulages, les actes concernant l'orthodontie ne sont pris en charge que sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes et services accordés, les autorisations du Contrôle médical de la sécurité sociale se rapportant aux actes concernant l'orthodontie ne sont valables que si le traitement autorisé est commencé dans un délai de 12 mois à compter de la date de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le délai prévu ci-avant et la condition que le traitement doit être commencé avant l'âge de 17 ans sont appréciés à la date de placement de l'appareil. Le délai prévu ci-avant ne s'applique pas aux autorisations se rapportant aux traitements orthodontiques, par appareil mobile ou fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans.

2.3 Traitement des autres professionnels de santé

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des **infirmiers** sont pris en charge au taux de 88% des tarifs fixés dans la nomenclature.

Le forfait de déplacement des infirmiers est pris en charge au taux de 100%, à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins infirmiers au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Les actes et services inscrits dans la nomenclature des **masseurs-kinésithérapeutes** sont pris en charge au taux de 70%.

Par dérogation, le taux de prise en charge est de 100% dans les situations limitativement énumérées ci-dessous:

- lorsque la personne protégée présente une des pathologies lourdes prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé,
- lorsque la personne protégée n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de délivrance de l'acte,
- pour les actes prescrits dans le cadre d'une intervention chirurgicale sur l'appareil locomoteur et ce jusqu'à concurrence de 32 séances de traitement, à condition :

  1° que ces actes soient prescrits par le médecin spécialiste qui a effectué l'intervention,

  2° que la prescription soit établie dans le délai de 30 jours à compter de la date de l'intervention,

  3° que ces actes soient délivrés dans le délai de six 6 mois à partir de la date de l'intervention,
- pour les bilans prévus dans la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes.

Le forfait de déplacement du masseur-kinésithérapeute est pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins de kinésithérapie au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes de kinésithérapie délivrés dans un hôpital par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés en dehors du milieu hospitalier stationnaire par les masseurs- kinésithérapeutes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de 31 jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation, la personne protégée obtient un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

La validation peut être demandée par le masseur-kinésithérapeute conformément aux conditions et modalités prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des masseurs-kinésithérapeutes. Par dérogation à la phrase précédente la personne protégée peut faire valider l'ordonnance auprès de la Caisse nationale de santé. Dans ce cas le remboursement de la part opposable à l'assurance maladie se fait sur avance des frais par la personne protégée.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies.

Sauf indications contraires y inscrites par le médecin, les ordonnances médicales pour prestations des masseurs-kinésithérapeutes ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé au plus tard dans les 30 jours de l'établissement du titre de prise en charge.

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des masseurs-kinésithérapeutes, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits,
- la localisation anatomique de la pathologie d'après la codification figurant à l'annexe G sous III des présents statuts,
- le nombre précis de séances,
- pour la rééducation respiratoire: la fréquence d'application par semaine,
- le type du traitement: pathologie lourde, rééducation post-chirurgicale, pathologie courante,
- le cas échéant, la demande d'établissement d'un bilan,
- le cas échéant, le code de la pathologie lourde figurant à l'annexe G sous I des présents statuts,
- la date de l'intervention en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les actes délivrés au-delà d'un délai maximal de 3 mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance ne sont plus opposables à l'assurance maladie. Par dérogation, ce délai est:

- de 12 mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance médicale en cas de pathologie lourde prévue aux statuts de la Caisse nationale de santé ;
- de 6 mois à partir de la date de l'intervention chirurgicale dans les cas prévus par les statuts de la Caisse nationale de santé.

En cas de pathologie courante les actes de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes sont pris en charge au maximum à raison de 8 séances par ordonnance. Par dérogation, le nombre maximal par ordonnance est de 64 séances en cas de pathologie lourde et de 32 séances en cas de rééducation post-chirurgicale.

Les **soins d'orthophonie** sont pris en charge au taux de 88% des tarifs fixés dans la nomenclature des orthophonistes.

Par dérogation à ce qui précède, le taux de prise en charge est de 80% pour les actes de la nomenclature des actes et services des orthophonistes correspondant à certaines prestations de rééducation spécifiques.

Les frais de déplacement de l'orthophoniste sont pris en charge au même taux que celui appliqué à l'acte délivré lors du déplacement s'y rapportant et

ce à condition que la nécessité médicale de dispenser les soins d'orthophonie au domicile de l'assuré soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des actes délivrés par les orthophonistes, l'ordonnance médicale afférente doit être validée auprès de la Caisse nationale de santé. Cette validation doit être demandée dans le délai de 30 jours de l'émission de l'ordonnance. Par cette validation la personne protégée obtient un titre qui garantit la prise en charge des prestations aux conditions statutaires.

L'émission d'un titre de prise en charge est refusée s'il s'appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les actes prescrits dépassent l'utile et le nécessaire.

Pour être opposable à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les actes des orthophonistes, outre qu'elles doivent répondre aux conditions de forme générale, doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

- le diagnostic médical ;
- le début de l'affection ;
- le code ou le libellé de la nomenclature se rapportant aux actes prescrits ;
- le nombre précis de séances.

Le taux de prise en charge des **soins de sage-femme** par l'assurance maladie est de 100%.

Les **soins de psychomotricité** dûment autorisés préalablement au traitement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, sont pris en charge au taux de 88% des tarifs applicables au moment de leur délivrance. Le taux de prise en charge de l'assurance maladie est de 80% pour les actes concernant la relaxation.

La participation statutaire personnelle restant éventuellement à charge de la personne protégée pour les actes délivrés dans un hôpital par un prestataire salarié de l'hôpital lui est mise en compte par l'hôpital conformément aux dispositions prévues dans la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et le groupement représentatif des hôpitaux luxembourgeois.

Les frais de déplacement du prestataire sont pris en charge par l'assurance maladie au taux de 100%, à condition que la nécessité médicale de dispenser

les soins au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Dans le cadre des soins palliatifs, les actes et services inscrits dans la nomenclature des actes et services et dispensés par les prestataires compétents sont pris en charge au taux de 100% des tarifs applicables au moment de leur délivrance lorsque la personne protégée dispose du droit aux soins palliatifs[1)], à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

2.4 Analyses et examens de laboratoire

Les analyses et examens de laboratoire sont pris en charge par l'assurance maladie au taux de 100% des tarifs fixés dans la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales.

Le forfait de déplacement du prestataire est pris en charge par l'assurance maladie au taux de 100% à condition que la nécessité médicale pour effectuer le prélèvement au domicile de la personne protégée soit justifiée sur l'ordonnance médicale.

Dans le cadre d'une maladie génétique, la prise en charge par l'assurance maladie des analyses génétiques et réalisées au moyen des procédés analytiques prévues à l'annexe E des statuts de la Caisse nationale de santé se fait selon les conditions et modalités prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé.[2)] La prise en charge de ces analyses est subordonnée à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge ne sont pas remplies.

2.5 Cures de convalescence et cures thérapeutiques

Après une grande intervention chirurgicale, une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave, la personne protégée a droit, sur demande circonstanciée du médecin traitant et sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à la prise en charge d'une partie des frais de séjour lors d'une cure de convalescence[3)]. La prise en charge de la partie des frais de séjour pour une cure de convalescence ne peut dépasser 21 jours par cas. La part journalière prise en charge par l'assurance maladie est fixée au maximum à 51,65 € (au 01.01.2017) par jour.

---

1) Conformément aux dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs (Mém. A 46 du 16 mars 2009, p.610).

2) Pour plus d'informations voir l'article 75bis des statuts de la Caisse nationale de santé.

3) Concerne le Centre national de convalescence Emile Mayrisch de Colpach.

Les **cures thermales et thérapeutiques** inscrites dans la nomenclature afférente et délivrées dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, sont prises en charge par l'assurance maladie lorsque la personne protégée présente une ou plusieurs affections caractérisées pour lesquelles ces cures sont médicalement indiquées et selon les conditions et modalités prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé.

La prise en charge d'une cure thermale pour stase lympho-veineuse et d'une cure thermale pour obésité pathologique est liée à certaines conditions.

Les cures thermales et thérapeutiques sont à charge de l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une recommandation du médecin traitant et sur ordonnance dressée par un des médecins exerçant au Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.

La cure ambulatoire pour traitement des algies cervicales et de l'épaule ou des algies dorso-lombaires est prise en charge par l'assurance maladie sur autorisation préalable de la Caisse nationale de santé à la suite d'une prescription par le médecin traitant.

Pour les autres prestations prévues à la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise. Celle-ci est donnée par l'émission d'un titre de prise en charge qui garantit la prise en charge aux conditions statutaires.

Les forfaits pour cures thermales tels qu'ils sont fixés par la nomenclature des actes, sont pris en charge au taux de 80%.

Par dérogation à ce qui précède, les prestations concernant les actes " Fango naturel loco régional " et " Fango naturel global " sont pris en charge au taux de 70%.

Les prestations de kinésithérapie mises en compte par le Centre thermal et de santé d'après la nomenclature applicable aux masseurs-kinésithérapeutes sont prises en charge d'après les conditions de droit commun.

Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour d'un curiste est fixée forfaitairement à 51,65 € (au 01.01. 2017) par nuitée effectivement passée dans un hôtel ou un autre établissement disposant de l'autorisation officielle d'hébergement.

A l'exception de la cure ambulatoire, la personne protégée a droit à une cure de même nature par an. L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale est renouvelable au plus tôt 12 mois après la fin de la cure antérieure. L'autorisation de la Caisse nationale de santé est renouvelable au plus tôt 12 mois après la fin de la cure antérieure.

Le nombre de cures pour obésité pathologique est limité à deux par personne protégée.

Les cures interrompues sans motif valable ne sont pas prises en charge.

L'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé pour l'obtention d'une cure doit être renouvelée si la cure n'a pas été commencée endéans le délai d'un an à partir de la notification de l'autorisation.

2.6 Rééducation fonctionnelle et réadaptation, rééducation gériatrique et rééducation cardiaque

Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR) ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital sont pris en charge, sauf les exceptions suivantes :

- Les traitements stationnaires dans le CNRFR et dans les services de rééducation gériatrique sont pris en charge pour une durée maximale de 90 jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.
- Les traitements ambulatoires dans le CNRFR ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser 60 journées de traitement au cours d'une période continue de 6 mois. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR.
- Les traitements ambulatoires de rééducation gériatrique ne sont pris en charge que si le traitement se situe dans les suites d'un traitement stationnaire en milieu hospitalier et ne peuvent dépasser une durée maximale de deux mois. Le traitement stationnaire précédant le traitement ambulatoire doit avoir eu une durée d'au moins 7 jours.

Le **traitement stationnaire au CNRFR** ou dans un service de rééducation gériatrique d'un hôpital est subordonné à une autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale. La demande d'autorisation doit parvenir à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de 3 jours ouvrables à partir de l'entrée à l'hôpital. L'autorisation est soumise à une demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant obligatoirement une évaluation complète des fonctions motrices et cognitives du patient au moment de l'admission au moyen de l'instrument MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) et, le cas échéant, de toute autre échelle d'évaluation adaptée à la pathologie du patient. Le rapport médical doit contenir, en outre, le diagnostic, l'anamnèse du patient, le plan détaillé de traitement avec le nombre et la nature de séances de traitement par jour et par semaine, le but du traitement et la durée prévisionnelle du traitement.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale ne saurait dépasser une période initiale de 30 jours. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. Toute demande de prolongation doit contenir les données médicales intermédiaires du patient, ainsi que la note d'évaluation du patient au jour de la demande de

prolongation. Chaque prolongation ne saurait dépasser la durée de 30 jours. Dans des cas exceptionnels, des prolongations supplémentaires peuvent être accordées pour les patients admis au CNRFR sur base d'une demande préalable et d'un dossier médical à apprécier dans le cadre d'une concertation mensuelle du médecin traitant avec le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les **traitements ambulatoires au CNRFR** sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période initiale de 2 mois. Deux prolongations soumises à autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale peuvent être accordées d'après la même procédure que la demande initiale. La demande de prolongation doit contenir obligatoirement les éléments actualisés de la demande initiale. Chaque prolongation ne saurait dépasser la période de 2 mois. Des prolongations supplémentaires peuvent être accordées moyennant la procédure prévue ci-dessus dans le cadre des pathologies énumérées limitativement dans la liste prévue à l'annexe I des statuts de la Caisse nationale de santé.

Les **traitements ambulatoires dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital** sont soumis à une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cette autorisation est accordée sur demande appuyée d'un rapport médical détaillé contenant le diagnostic, le plan de traitement avec le nombre détaillé de séances de traitement, la fréquence d'applications par semaine, ainsi qu'une motivation justifiant le traitement en milieu hospitalier ambulatoire. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 2 mois.

La prise en charge des traitements stationnaires et ambulatoires au CNRFR est soumise à la production d'un rapport médical de sortie.

Les assurés, à l'exception des enfants de moins de 18 ans accomplis, qui subissent au centre un traitement ambulatoire pendant une journée entière participent à leur entretien en raison de 10,73 € (au 01.01.2017) par jour. En ce qui concerne les personnes subissant au centre un traitement stationnaire, la participation personnelle journalière due est identique à celle d'un assuré subissant un séjour hospitalier dans un autre hôpital.

2.7 Prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques

Section 1: Conditions générales de prise en charge

Généralités

Sans préjudice de l'application des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires, les prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie que si elles sont délivrées par les fournisseurs couverts par la convention afférente et, pour ce qui est de la délivrance de fournitures dans le cadre du pied diabétique, les fournisseurs qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la fabrication de semelles et de chaussures pour le pied diabétique. Les bas et les collants de contention prévus à la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses sont également pris en charge s'ils sont délivrés par les fournisseurs couverts par la convention afférente ou par les fournisseurs disposant à cet effet d'un agrément par le comité directeur de la Caisse nationale de santé, qui présentent un certificat attestant qu'ils ont suivi une formation spécifique pour la délivrance de bas et de collants de contention.

Sont exclues de la prise en charge les fournitures, délivrées dans le cadre d'affections ou de traitements exclus de la prise en charge en vertu des statuts de la Caisse nationale de santé.

Ordonnances et protocole thérapeutique

Pour être opposables à l'assurance maladie, les ordonnances portant sur les prothèses orthopédiques, orthèses et les chaussures orthopédiques doivent porter les indications suivantes données par le médecin prescripteur :

1) le diagnostic médical;
2) une description détaillée de la fourniture;
3) pour les bas et les collants de contention, le modèle (bas jarret, bas cuisse ou mi-cuisse, collant) et le degré de pression de la contention (en mmHg).

Par dérogation à ce qui précède, et sans préjudice des autres conditions de prise en charge, la prise en charge par l'assurance maladie des fournitures relatives au pied diabétique est soumise à l'établissement par le médecin prescripteur d'un protocole thérapeutique dûment rempli et dont le modèle est prévu aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Si l'ordonnance médicale porte sur une adaptation ou une réparation d'une fourniture, le médecin prescripteur doit indiquer les motifs de celle-ci.

Opposabilité des ordonnances et validation des ordonnances

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie les ordonnances pour orthèses et chaussures orthopédiques figurant dans la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé en vertu des statuts de la Caisse nationale de santé, doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin prescripteur sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de 3 mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie, les ordonnances et protocoles thérapeutiques soumis à devis en vertu des statuts de la Caisse nationale de santé, sont transmis pour validation à la Caisse nationale de santé avant l'expiration d'un délai de 3 mois à partir de la date d'émission de l'ordonnance respectivement du protocole thérapeutique. Sous peine d'irrecevabilité, l'ordonnance ou le protocole thérapeutique doivent être accompagnés du devis et de toute documentation dont la transmission aux fins de validation est requise en vertu des statuts de la Caisse nationale de santé.

La validation est refusée s'il appert que les conditions administratives ne sont pas remplies ou si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les fournitures prescrites dépassent l'utile et le nécessaire.

Autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale

Les prothèses orthopédiques, orthèses, chaussures orthopédiques et thérapeutiques et les frais pour leur adaptation et réparation ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale accordée sur base d'un devis préalable établi par le fournisseur, et le cas échéant, sur base d'un examen de la personne protégée.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis ne sont pas requis :

1) lorsque le montant de la fourniture est inférieur à 125 € ;

2) pour les bas et les collants de contention ;

3) à partir de la troisième délivrance de chaussures orthopédiques, à condition que la fourniture à délivrer reste inchangée par rapport à la délivrance précédente.

Par dérogation à ce qui précède, l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale et le devis sont requis en cas de fournitures pour le pied diabétique. Pour la prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique l'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale se base sur le protocole thérapeutique dûment rempli, sur le devis et sur une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise lorsque le montant de la fourniture, tel qu'il figure sur le devis, est supérieur ou égal à 125 € et inférieur à 1.000,00 €. Dans ce cas, le devis établi par le fournisseur doit être soumis à la Caisse nationale de santé pour un contrôle administratif du dossier avant la délivrance de la fourniture.

L'autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les prothèses orthopédiques provisoires.

Les réparations et les adaptations inférieures à 125 € sont dispensées de la présentation d'une ordonnance médicale.

Réception des prothèses orthopédiques et des chaussures pour pied diabétique

Les prothèses orthopédiques ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la prothèse par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par réception on entend une certification par le Contrôle médical de la sécurité sociale de la conformité de la prothèse à la prescription médicale et aux besoins de la personne protégée. La personne protégée est convoquée auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale dans un délai de 15 jours à partir de la date de réception de la facture.

Les chaussures pour pied diabétique ne sont prises en charge par l'assurance maladie qu'après réception de la fourniture par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base de la documentation établie au moment de la délivrance de la fourniture.

En principe cette réception intervient dans un délai de 15 jours à partir de la date de réception de la facture. Sur base de la documentation le Contrôle médical de la sécurité peut décider de convoquer la personne protégée en vue de la réception de la fourniture.

Section 2: Conditions particulières de prise en charge

Conditions particulières de prise en charge des prothèses orthopédiques

L'assurance maladie prend en charge les prothèses orthopédiques des membres pour compenser les déficits fonctionnels de la personne protégée. La prise en charge se fait entre autres en fonction du degré de mobilité et du poids corporel de la personne protégée.

L'assurance maladie ne prend en charge ni les prothèses pour la pratique d'activités sportives ou de loisir ni les suppléments de telles prothèses.

Lorsqu'en vertu des dispositions des statuts de la Caisse nationale de santé, la personne protégée a droit à l'intérieur du délai de renouvellement à la prise en charge d'une deuxième prothèse orthopédique, cette deuxième prothèse ne constitue qu'une prothèse mécanique de haute qualité sans microprocesseurs électroniques.

Conditions particulières de prise en charge des fournitures relatives au pied diabétique

Selon le stade de la pathologie l'assurance maladie prend en charge les fournitures relatives au pied diabétique telles que prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Dans les cas prévus au niveau d'un tableau figurant aux statuts de la Caisse nationale de santé, la personne protégée a droit à la prise en charge simultanée de plusieurs fournitures relatives au pied diabétique. Dans ce cas, les délais de renouvellement des différentes fournitures restent distincts par rapport aux fournitures de même nature.

Une paire de semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui est prise en charge pour toute paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique. Les semelles orthopédiques à mousse souple de répartition d'appui dont le remplacement est nécessaire endéans le délai de renouvellement des chaussures peuvent être prises en charge indépendamment de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques pour le pied diabétique.

Sans préjudice des autres conditions prévues par les dispositions statutaires, conventionnelles et réglementaires, la facture de la fourniture relative au pied diabétique est prise en charge sur base:

1) d'un protocole thérapeutique dont le modèle est prévu aux statuts de la Caisse nationale de santé dûment rempli ;
2) d'un devis préalable établi par le fournisseur ;
3) d'une documentation par scanner et par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire avant réalisation de la fourniture sur mesure ;
4) d'une documentation par podographie avec renseignement de la répartition de la pression plantaire, d'un examen de contrôle des pieds de la personne protégée ainsi que de la fourniture en question à la date de délivrance (date prestation).

Par dérogation à l'alinéa précédent, la prise en charge de la fourniture " Weichpolstereinlagen " n'est pas subordonnée à la production des documentations prévues sous les points 3 à 4 de ce qui précède.

Conditions particulières de prise en charge des bas et collants de contention

Les bas et collants de contention ne sont pris en charge que dans les conditions suivantes:

La facture doit être accompagnée de l'ordonnance médicale et d'une fiche de mesure dont les données doivent correspondre à celles figurant dans le modèle prévu aux statuts de la Caisse nationale de santé dûment remplie.

Cette fiche doit renseigner outre les noms et matricule de la personne protégée et les mensurations exactes:

- le nom de marque ;
- le mode de fabrication (standard ou entièrement fabriqué sur mesure) ;
- la date et l'heure de la prise des mesures.

L'assurance maladie ne prend en charge les bas et collants de contention que si le degré de pression de la contention de la fourniture mesurée à la cheville est supérieur ou égal à 20 mmHg et si le tissu est extensible dans les deux sens.

Section 3: Modalités de prise en charge

Taux de prise en charge

Les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques ou thérapeutiques inscrites dans la nomenclature sont pris en charge à raison de 100% des tarifs conventionnels. Par dérogation à la phrase précédente, certaines positions sont prises en charge qu'à raison de 60% des tarifs conventionnels.

Par dérogation à ce qui précède, il est déduit un montant forfaitaire de 12,50 € au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques, à l'exception des positions " Sichelfussredressionsschuh " et de la position " Therapieschuh ". Ce montant reste à charge de la personne protégée.

Les frais d'adaptation et de réparation des prothèses orthopédiques, orthèses et chaussures orthopédiques et thérapeutiques sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants proposés par les fournisseurs d'après les modalités et les conditions prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé et dans la convention conclue conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

Le ressemelage des chaussures orthopédiques et thérapeutiques est à charge de la personne protégée.

Pour certaines positions de la nomenclature des prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, un supplément pour convenance personnelle de la personne protégée peut être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et les fournisseurs liés par la convention visée au Code de la sécurité sociale. Ce supplément ne peut dépasser le montant forfaitaire de 16 € au nombre cent de l'indice du coût de la vie au 1er janvier 1948 par paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques et n'est pas à charge de l'assurance maladie.

Limitation à la prise en charge

La personne protégée a droit à une seule prothèse orthopédique, orthèse par région anatomique et à une paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques, sous réserve de ce qui suit:

Pour la première fourniture suite à une amputation, la personne protégée n'a droit qu'à une prothèse orthopédique provisoire. Une prothèse orthopédique définitive n'est prise en charge qu'après écoulement d'un délai minimum de 6 mois après la date de délivrance de la prothèse orthopédique provisoire. Le Contrôle médical de la sécurité sociale peut déroger à ces conditions sur base d'une ordonnance médicale préalable motivée.

Par dérogation à ce qui précède, deux paires de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques peuvent être prises en charge au cours de la période de 12 mois à compter de la date de délivrance de la première paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. Le délai de renouvellement pour la deuxième paire de chaussures orthopédiques ou thérapeutiques court à partir de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge par l'assurance maladie. La personne protégée peut demander qu'une de ces paires réponde à des besoins spécifiquement domestiques.

En cas de besoin professionnel la personne protégée a droit dans le délai visé ci-dessous, sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale, à deux prothèses orthopédiques ou orthèses. La prise en charge de la deuxième prothèse se fait conformément aux dispositions des statuts de la Caisse nationale de santé.

L'assurance maladie ne prend pas en charge des chaussures orthopédiques ou des semelles orthopédiques lorsque la personne protégée a préalablement bénéficié de la prise en charge d'une fourniture relative au pied diabétique.

Délais de renouvellement

Le délai de renouvellement des prothèses orthopédiques et orthèses est généralement de 5 ans.

Toutefois, des délais de renouvellement spécifiques sont appliqués aux prothèses orthopédiques et orthèses figurant dans une liste spéciale annexée aux statuts de la Caisse nationale de santé.

Le délai de renouvellement des chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques est d'un an à compter de la date de délivrance de la dernière paire de chaussures prise en charge. Par dérogation à la phrase précédente le délai de renouvellement de la fourniture " Hausschuhe für Diabetiker (1 Paar) " est de 4 ans et court indépendamment du délai de renouvellement de la fourniture " Therapieschuhe für Diabetiker (1 Paar) ".

Lorsqu'une réparation ou adaptation d'une prothèse orthopédique ou d'une orthèse pour un montant dépassant 25% du montant pris en charge lors de l'acquisition de la fourniture est effectuée dans les 6 mois précédant

l'échéance du délai de renouvellement, ce délai est prorogé d'office de 12 mois. Cette disposition ne s'applique pas aux chaussures orthopédiques et/ou thérapeutiques.

Pour le calcul du délai de renouvellement il est pris en compte la date de délivrance de la fourniture telle qu'elle figure sur la facture.

Par dérogation aux délais de renouvellement fixés conformément aux alinéas qui précèdent, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut réduire ces délais sur base d'une ordonnance médicale motivée dans le cas de personnes en croissance, en cas d'usure anormale dont le bénéficiaire n'a pas à répondre, en cas de faits intercurrents ou si une réparation n'est plus justifiée d'après des critères de fonctionnalité ou d'économicité.

2.8 Greffes d'organes

L'assurance maladie prend en charge les taxes d'inscription aux banques de données EUROTRANSPLANT des personnes en attente d'une transplantation d'organe. Il en est de même des interventions effectuées sur un donneur non protégé en vue de la transplantation vers une personne protégée.

2.9 Médicaments

a) Généralités

Sauf dans les cas d'urgence où les médicaments ont été administrés par le médecin lui-même au cours d'une consultation ou visite, les médicaments ne peuvent être pris en charge que sur ordonnance préalable à leur délivrance.

Chaque consultation ou visite ne peut donner lieu qu'à une seule ordonnance de médicaments par patient, sauf :

- lorsqu'il s'agit de stupéfiants inscrits sur des ordonnances spéciales ;
- lorsque des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance accident sont prescrits en même temps que des médicaments ou fournitures à charge de l'assurance maladie ;
- lorsque des médicaments à titre préventif sont ordonnés en même temps que des médicaments dont la prescription est faite à titre curatif.

La prise en charge des médicaments par l'assurance maladie n'est effectuée que sur présentation d'ordonnances originales. En cas de délivrances successives, la première délivrance est documentée par l'ordonnance originale. Les délivrances subséquentes peuvent être documentées sur des copies numérotées, certifiées conformes à l'original par le pharmacien dispensateur.

Les médicaments figurant dans la liste positive et non exclus de la prise en charge, sont rangés en trois classes de remboursement différentes. Pour chacune de ces classes il est prévu un taux de prise en charge spécifique,

appliqué au prix public officiel ou au prix de référence fixé dans les statuts ou pour les médicaments soumis à une base de remboursement, à la base de remboursement.

Le taux normal de 80% s'applique à tous les médicaments non visés par une disposition spécifique.

Les prescriptions magistrales sont prises en charge au taux de 80%, pour autant que les statuts de la Caisse nationale de santé ne prévoient pas de disposition dérogatoire.

Le taux préférentiel de 100% s'applique aux médicaments à indication thérapeutique précise, ne contenant en général qu'une seule matière active, susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée et destinés à traiter des pathologies particulièrement graves ou chroniques (par exemple : antiasthmatiques, antitumoraux, antidiabétiques, antihypertenseurs).

Le taux réduit de 40% s'applique aux médicaments à indication thérapeutique plus limitée (par exemple : antitussifs, mucolytiques, vasoconstricteurs de la sphère ORL).

Nonobstant toute disposition contraire décrite ci-avant, le taux de remboursement de 40% ou 80% peut être majoré à 100%. Ce taux préférentiel de 100% s'applique ainsi dans trois situations qui se réfèrent à des pathologies graves.

D'abord, il s'agit de certains médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux, figurant sur une liste particulière, qui sont pris en charge intégralement après autorisation préalable du contrôle médical.

Ensuite, le taux de prise en charge de 100% est appliqué aux médicaments des catégories à remboursement normal ou réduit, lorsque ces médicaments sont utilisés par des personnes protégées

- soit pour le traitement d'une des maladies longues et coûteuses suivantes:
  - mucoviscidose ;
  - déficit immunitaire primitif sévère ;
  - déficit immunitaire acquis sévère ;
  - hémoglobinopathies homozygotes ;
  - angio-oedème neurotique héréditaire sur déficit en C1 estérase inhibiteur.
- soit dans un traitement effectué à domicile par voie intraveineuse, lorsque ces médicaments génèrent une charge économique substantielle et à condition qu'il soit réalisé immédiatement après un traitement hospitalier stationnaire.

Le bénéfice de cette disposition est subordonné à une autorisation préalable du contrôle médical sur base d'un dossier médical motivé, établi par le

médecin traitant et spécifiant les médicaments pour lesquels la prise en charge préférentielle est demandée.

Depuis le 1er février 2005, certains médicaments homéopathiques unitaires figurant dans une liste positive sont pris en charge.

Les médicaments et fournitures de confort ne sont pas pris en charge.

Ne sont pas pris en charge en dehors du secteur hospitalier :

- les médicaments et fournitures relevant d'une des catégories inscrites sur la liste 1 de l'annexe des statuts de la Caisse nationale de santé ;
- les médicaments pour lesquels la Caisse nationale de santé ne dispose pas des informations sur les critères indispensables pour décider de leur admission au système de prise en charge ou de leur classement ;
- les médicaments conditionnés dans des emballages cliniques ou en présentation unitaire (U.D.) destinés à la consommation hospitalière ;
- les médicaments exclus de la prise en charge sur la base d'une décision du comité directeur de la Caisse nationale de santé parce que le coût du traitement dépasse celui des médicaments à effet thérapeutique équivalent bénéficiant d'une prise en charge ;
- les médicaments que l'autorisation de mise sur le marché réserve à l'usage hospitalier ;
- les médicaments à prescription restreinte inscrits dans la liste statutaire afférente qui, par décision du comité directeur de la Caisse nationale de santé, ne sont pris en charge qu'en milieu hospitalier ;
- les médicaments à prescription restreinte inscrits dans la liste statutaire afférente lorsque la prescription, la délivrance et l'utilisation ne répondent pas à l'une des conditions suivantes :
  - que le traitement ait été prescrit initialement en milieu hospitalier spécialisé ;
  - que le traitement ambulatoire ait fait l'objet d'une autorisation accordée par le contrôle médical sur la base d'une prescription motivée ;
  - que le traitement ambulatoire soit accompagné d'un protocole thérapeutique standardisé.

Les décisions d'exclusion et d'inscription aux listes des annexes des statuts de la Caisse nationale de santé sont prises par le comité directeur sur base d'un avis conjoint du médecin-directeur et du pharmacien-conseil du contrôle médical.

Les indemnités de dérangement des pharmaciens sont prises en charge au taux préférentiel, à condition qu'il s'agit d'une indemnité pour dérangement entre 19.00 et 8.00 heures et que le médecin certifie l'urgence de l'ordonnance par les termes "nuit" ou "noctu" et en indiquant l'heure d'établissement de l'ordonnance. Il en est de même pour les indemnités de

dérangement le dimanche et les jours fériés, prélevées entre 8.00 et 19.00 heures, à la condition que l'ordonnance urgente soit datée du même jour.

En ce qui concerne la délivrance des médicaments, des règles particulières trouvent application.

La prescription médicale comporte pour chaque médicament le nom du médicament, la quantité journalière exprimée en unités, c'est-à-dire comprimés, gouttes, suppositoires, ampoules, grammes ou autres doses et unités ainsi que la durée globale du traitement qui ne peut excéder par ordonnance la durée de six mois. Au besoin le médecin indique la voie d'administration.

La quantité de médicaments à dispenser en une fois ne peut dépasser pour chaque médicament un grand emballage, ou deux petits emballages, ou deux emballages moyens ou un emballage moyen et un petit emballage, étant entendu que la variante la plus économique soit retenue par rapport à la quantité prescrite pour le traitement global. Toutefois, un deuxième emballage ne peut être délivré que si la quantité prescrite couvre au moins 50% de ce deuxième emballage ou au moins 30% lorsqu'il s'agit d'un antibiotique. Par dérogation à la première phrase, la quantité de médicaments antibiotiques pris en charge en une fois peut correspondre à la quantité suffisante de médicaments pour garantir un traitement ne dépassant pas un mois.

Au cas où l'ordonnance ne mentionne pas la durée du traitement, seul le plus petit conditionnement commercialisé est délivré.

Lorsque la quantité totale de médicaments nécessaire pour couvrir la durée du traitement prescrit n'est pas atteinte en une délivrance, le pharmacien note sur l'ordonnance originale la quantité délivrée et remet à la personne protégée une copie certifiée conforme de l'ordonnance originale ainsi complétée. Cette copie sert de nouvelle ordonnance pour une délivrance ultérieure de médicaments suivant le même mode de dispensation.

Ce mode de délivrance peut se répéter jusqu'à épuisement complet de la quantité prescrite.

Aucune substitution de médicaments ne peut être faite si la charge de l'assurance maladie s'en trouve accrue.

Tout en observant les règles régissant la délivrance quantitative des médicaments, le pharmacien doit fournir le produit le moins cher toutes les fois que le médecin n'indique sur l'ordonnance que la substance active d'un médicament sans préciser le nom de marque.

Les médicaments délivrés en cas de traitement hospitalier ne donnent pas lieu à participation. Dans ce cas, la délivrance des médicaments est également affranchie de la condition d'autorisation préalable par le contrôle médical.

Toutefois, lorsque le séjour de l'assuré en milieu hospitalier constitue un cas d'hébergement, les médicaments délivrés à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie au titre d'un forfait qui est liquidé à l'hôpital par la voie du tiers payant.

La prise en charge des médicaments dispensés dans les pharmacies ouvertes au public et dans le cadre de la délivrance hospitalière se fait selon une liste positive à publier au Journal officiel.[1] Les décisions d'inscrire ou non un médicament sur la liste ou d'en exclure une catégorie ou un produit déterminé doivent être basées sur des critères objectifs et vérifiables. Il est de principe que les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale. La liste des médicaments est établie par les statuts de la Caisse nationale de santé.[2]

b) Substitution des médicaments

La Direction de la santé établit sur base de la classification scientifique internationale dénommée "Anatomical therapeutical chemical classification" de l'Organisation mondiale de la santé une liste des groupes de médicaments, appelés groupes génériques, comportant un même principe actif principal qui n'est pas ou n'est plus protégé par un brevet dans le pays de provenance du médicament. Cette liste est mise à jour mensuellement et communiquée à la Caisse nationale de santé. Sur cette liste la Direction de la santé distingue les médicaments pour lesquels il peut y avoir substitution par un autre médicament du même groupe. Seulement, les médicaments remplissant certaines conditions peuvent figurer sur cette liste.

Sur base de cette liste, la Caisse nationale de santé fixe pour tous les médicaments inscrits dans la liste positive et susceptibles de substitution, appartenant au même groupe de principe actif principal, une base de remboursement qui constitue le montant sur lequel porte, par conditionnement, la prise en charge de l'assurance maladie-maternité.

La base de remboursement est calculée en fonction de critères relatifs au dosage, à la forme pharmaceutique, à la voie d'administration et au conditionnement des médicaments du groupe à même principe actif principal. Le calcul de la base de remboursement tient compte du prix public unitaire des médicaments composant chaque groupe en comparant le prix public unitaire le plus élevé avec le prix public unitaire le moins élevé. Les

---

1) Pour les médicaments inscrits à la liste positive : voir Mém. A-N°36 du 23.02.2011, page 364.

2) Pour plus de précisions en ce qui concerne le régime particulier de l'admission des médicaments dans le système de prise en charge : voir chapitre 4 - Relations avec les prestataires de soins.

modalités de calcul de la base de remboursement sont précisées par règlement grand-ducal.

Le pharmacien informe l'assuré lors de la délivrance du médicament qu'il s'agit d'un médicament inscrit sur la liste des groupes de médicaments soumis à une base de remboursement et lui propose une substitution par le médicament le plus économique du même groupe.

Calcul de la base de remboursement

Il appartient d'abord à la Direction de la santé de constater l'équivalence d'un médicament générique par rapport à un autre médicament et d'établir une liste reprenant les groupes génériques substituables. Sur base de cette liste la Caisse nationale de santé fixe une base de remboursement qui ne peut être supérieure au prix au public.

Il convient de préciser une base de remboursement dès qu'un groupe générique comprend au moins deux médicaments inscrits sur la liste positive comprenant les médicaments pris en charge par l'assurance maladie.

Deux situations peuvent se présenter :

- soit la base de remboursement existant pour la présentation d'un médicament est inférieure au prix public, alors celle-ci se substitue au prix au public de cette présentation ;
- soit la base de remboursement existant pour la présentation d'un médicament est supérieure au prix public, alors c'est le prix au public de cette présentation qui sera retenu pour la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie.

Avant de pouvoir calculer la base de remboursement d'une présentation d'un médicament il faut d'abord calculer le prix au public unitaire. Ce prix est obtenu en divisant le prix au public de la présentation d'un médicament par le nombre d'unités contenu dans cette présentation.

Puis il faut calculer la base de remboursement unitaire. Il y a deux situations à distinguer :

- lorsque l'ensemble au sein du groupe générique ne comprend que deux médicaments inscrits sur la liste positive, l'établissement d'une règle de calcul est superfétatoire vue que la prise en charge est faite à partir du médicament le moins cher ;
- lorsque l'ensemble au sein du groupe générique comprend au moins trois médicaments inscrits sur la liste positive, la base de remboursement unitaire est calculée en ajoutant au prix au public unitaire le moins élevé la différence, divisée par trois, entre le prix au public unitaire le plus élevé et le prix au public unitaire le moins élevé des médicaments pris en charge par l'assurance maladie-maternité.

  Voici un exemple pratique :

  Prix au public unitaire le moins élevé : 40 euros

Prix au public unitaire le plus élevé : 100 euros

Différence entre le prix au public unitaire le plus élevé et le prix au public unitaire le moins élevé : 100 euros - 40 euros = 60 euros

Différence divisée par trois : 60 euros : 3 = 20 euros

Ajout de la différence, divisée par trois au prix au public unitaire le moins élevé : 40 euros + 20 euros = 60 euros.

La base de remboursement finale est obtenue en multipliant la base de remboursement unitaire par le nombre d'unités contenues dans le conditionnement.

c) Fixation des prix des médicaments

Depuis, l'introduction de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, il incombe au ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale de prendre les décisions relatives à la fixation des prix des médicaments à usage humain, à l'exception des préparations galéniques. Auparavant, la fixation des prix des médicaments faisait partie des attributions du ministre ayant dans ses attributions l'Economie.

2.10 Aides visuelles

Une ordonnance médicale dûment motivée est de rigueur pour :

- les lentilles de contact ;
- les verres teintés ;
- les lunettes pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Les montures sont prises en charge jusqu'à un montant de 30,00 €[1]. Outre les montures à prix libre, les assurés ont droit à un choix entre quatre modèles hommes et quatre modèles femmes de montures de lunettes, dont le prix de vente ne peut être supérieur à 30,00 €.

Les verres de lunettes, les fournitures diverses et les prothèses de contact sont pris en charge au taux des tarifs fixés dans la convention collective.

Les suppléments pour verres teintés sont pris en charge pour certaines affections.

Les lentilles de contact sont prises en charge pour certaines affections, sinon suivant le taux de prise en charge de la monture et des verres de lunettes.

Sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à +/-0.50, l'assurance maladie ne prend en charge pour une seule vision qu'une monture et qu'une paire de verres tous les trois ans.

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

Est considéré comme changement de dioptrie de 0.50 lorsque le changement est de +0.25 pour un œil et de -0.25 pour l'autre œil. N'est pas considéré comme changement de dioptrie de 0.50 lorsque le changement est de 0.25 dans le même sens pour les deux yeux. Le point de départ pour le calcul du délai est constitué par la date de la dernière prise en charge effectuée par l'assurance maladie.

Pour les enfants de moins de 14 ans la prise en charge des lunettes se fait sans délais de renouvellement.

En cas de fourniture de verres de lunettes à foyers multiples, l'assurance maladie ne prend en charge qu'une fourniture correspondant à une monture et une paire de verres tous les trois ans, sauf en cas de changement de dioptrie en vision de loin et/ou de près tel que défini ci-avant.

Sauf en cas de changement de dioptrie tel que défini ci-avant ou en cas d'une autre indication médicale précise, le délai de renouvellement pour une lentille de contact est de 3 ans.

2.11 Produits sanguins et dérivés plasmatiques

Les produits sanguins labiles comprenant le sang total, le plasma et les cellules sanguines d'origine humaine, sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnels liant l'assurance maladie à la Croix rouge luxembourgeoise d'après les conditions et sous garantie des contrôles qualitatifs prévus par la convention conclue entre la Caisse nationale de santé (ancienne Union des caisses de maladie) et la Croix Rouge. Ces prestations font l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie, lorsqu'elles sont délivrées aux personnes protégées pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

2.12 Prestations de voyage et de transport

Les prestations en matière de transport au Luxembourg et à l'étranger prises en charge par l'assurance maladie concernent :

- le transport aérien ;
- le transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) ;
- le transport en ambulance ;
- le transport en taxi en cas de traitements médicaux en série ;
- l'indemnité de voyage.

a) Conditions de prise en charge

L'assurance maladie prend en charge les prestations de transport et de voyage sous réserve de l'accomplissement des conditions suivantes :

1) Le transport par air dépêché en dehors de l'intervention du central des secours d'urgence n'est pris en charge que si une ordonnance médicale

préalable, émise par le médecin traitant, indique les raisons médicales pour lesquelles un transport par ambulance est impraticable. Lorsque le transporteur aérien n'est pas lié par la convention collective, une autorisation préalable expresse doit être donnée dans chaque cas individuel par la Caisse nationale de santé.

2) Les transports en hélicoptère ou en ambulance du service d'aide médicale urgente pour une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge à condition que cette urgence soit documentée dans la feuille d'intervention communiqué conformément aux dispositions réglant les rapports entre l'assurance maladie et les services compétents pour dépêcher ou effectuer ces transports.

3) Les transports simples en ambulance à l'intérieur du pays en dehors d'une urgence en cas de détresse vitale (urgence degré 1) par une ambulance du service d'aide médicale urgente sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale, établie par le médecin chargé du traitement, certifie que pour des raisons médicales une position allongée ou immobilisée est indispensable pour l'aller, respectivement pour le retour. L'ordonnance médicale, si elle n'est pas préalable au transport, doit être établie au plus tard dans un délai de 3 jours à compter du transport. Cette dernière condition n'est pas requise au cas où le médecin chargé du traitement certifie que la personne protégée en question a été admise en policlinique.

De même est pris en charge le transport simple en ambulance d'une personne protégée séjournant temporairement dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou d'un pays de l'Espace économique européen d'une clinique étrangère vers un hôpital luxembourgeois pour la continuation d'un traitement stationnaire, à condition que le moyen de transport et l'hôpital de destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital.

4) Les transports simples en ambulance à l'étranger sont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable ou une demande formulée sur le formulaire de demande d'autorisation de traitement à l'étranger, établie par le médecin traitant et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles une position allongée ou immobilisée est indispensable. La motivation médicale pour le transport en ambulance pour le retour doit être établie par le médecin ayant assuré le traitement à l'étranger.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour la prise en charge des frais générés par le retour en ambulance, à condition que l'aller ait été autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

5) Les transports en série en ambulance ou en taxi au Luxembourg et à l'étrangersont pris en charge à condition qu'une ordonnance médicale préalable, établie par le médecin en charge du traitement sur un formulaire spécial et acceptée préalablement par le Contrôle médical de la sécurité sociale, spécifie séparément pour l'aller et pour le retour les raisons médicales pour lesquelles :

- en cas de transport en ambulance, une position allongée ou immobilisée est indispensable ;
- en cas de transport en taxi, le déplacement par un moyen de transport public en commun n'est pas approprié.

L'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale n'est pas requise pour les transports en série en taxi en cas de traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

Le transport en série en ambulance ou en taxi vise des déplacements multiples de la personne protégée entre son lieu de séjour habituel et le lieu où il obtient à charge de l'assurance maladie:

a) un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse ;

b) un traitement comportant au moins 4 séances dans un intervalle de 90 jours

1. dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ou

2. dans un hôpital dans le cas où un traitement spécial est autorisé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Il est dérogé à la condition du caractère préalable tant de l'ordonnance médicale que de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale pour les prolongations des transports en série en ambulance ainsi qu'à la condition du caractère préalable de l'ordonnance médicale pour le prolongement des transports en série en taxi, pour les traitements de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse.

Les transports en série en ambulance ou en taxi pour les traitements comportant au moins 4 séances dans un intervalle de 90 jours dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital ne sont pris en charge que pour un maximum de 20 journées de traitement par cas de pathologie traitée.

L'indemnité de voyage est due à la personne protégée

- pour les transports en série si le transport n'est pas effectué par un autre moyen de transport pris en charge par l'assurance maladie ;
- pour tout traitement autorisé à l'étranger. Elle est également due à la personne accompagnant la personne protégée si la nécessité de

l'accompagnement est dûment documentée par une motivation médicale émanant du médecin traitant. Aucun certificat médical n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge ;

- pour le déplacement auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale suite à une convocation en vue de la réception d'une prothèse orthopédique.

Par indemnité de voyage, on entend un remboursement forfaitaire des dépenses occasionnées, quelque soit le moyen de transport utilisé par la personne protégée et, le cas échéant, par une personne l'accompagnant dûment autorisée.

Les frais de voyage et de transport ne sont pris en charge que jusqu'à concurrence d'une distance maximale de 400 km à l'aller.

Exceptionnellement, la Caisse nationale de santé peut accorder la prise en charge demandée sur base d'un rapport médical circonstancié du médecin traitant et d'une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale pour des frais de voyage et de transport pour une distance de 600 km à l'aller.

Avant la saisine du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut refuser la prise en charge demandée s'il ressort d'emblée des pièces versées à l'appui de la demande et des données de la Caisse nationale de santé qu'une ou plusieurs des conditions de prise en charge n'est pas remplie.

En cas de transfert pour un traitement médical préalablement autorisé en dehors du continent européen, la personne protégée a droit à une indemnité de voyage forfaitaire spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée au préalable sur le vu d'une justification médicale acceptée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sauf en cas d'urgence dûment motivée ou dérogation expressément prévue par les statuts de la Caisse nationale de santé, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise pour la prise en charge des prestations de transport à l'étranger. Il en est de même pour les transports en série à l'intérieur du pays.

b) Montants et taux de prise en charge

Les montants et taux de prise en charge s'appliquant aux différentes catégories de prestations de voyage et de transport sont les suivants :

1) Indemnité de voyage

L'indemnité de voyage est prise en charge à raison de 0,20 €[1)] par kilomètre du trajet le plus court entre le lieu du séjour de l'ayant droit au moment du départ et le lieu où il obtient les soins.

L'indemnité de voyage forfaitaire spéciale prévue pour un traitement autorisé en dehors de l'Union européenne et en dehors du continent européen est de 715,086 € (au 01.01.2017). L'indemnité de voyage est prise en charge par la caisse compétente sur base d'une demande expresse de l'ayant droit. La demande doit être accompagnée d'une copie de l'autorisation de traitement à l'étranger. L'indemnité de voyage est toujours versée à la personne transportée, ou, lorsqu'il s'agit d'un mineur d'âge, à son représentant légal.

2) Transport en taxi

Les transports en taxi sont pris en charge pour le trajet le plus court entre le lieu d'embarquement de la personne protégée et le lieu où elle obtient les soins, soit sur la base d'un minimum de 6,40 € par déplacement, soit sur la base d'un montant par kilomètre de 1,60 € pour un trajet simple, respectivement de 0,80 € pour un trajet comportant retour de la personne transportée au point de départ.

La période d'attente est prise en charge à raison de 0,27 € par minute. Elle n'est prise en charge que pour les voyages aller avec retour au point de départ de la personne protégée et uniquement jusqu'à concurrence du tarif maximum pouvant être pris en charge pour un aller simple.

3) Transport en ambulance

Les frais de transport en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge intégralement.

Les transports en ambulance simples dans un hôpital sont pris en charge à raison de 70% des factures établies soit sur la base d'un minimum de 38,00 €[1)] par déplacement, soit sur la base d'un montant de 1,25 €[1)] par kilomètre, à l'exclusion de tous autres éléments pouvant être légalement mis en compte par le transporteur, à moins que la prise en charge de ces éléments ne résulte de dispositions statutaires expresses.

Les périodes d'attente sont prises en charge au taux de 70% en cas d'aller et retour au point de départ de la personne protégée uniquement si les frais pour temps d'attente, pris en compte à raison de 0,30 €[1)] la minute, sont inférieurs au montant pris en charge pour le trajet aller et retour.

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

Les transports en ambulance en série sont pris en charge intégralement sur base des montants prévus ci-avant.

Pour le calcul du trajet il est pris en compte la distance la plus courte résultant du parcours entre le lieu de stationnement normal de l'ambulance, le lieu d'embarquement de la personne protégée, le lieu où elle obtient les soins, le lieu où retourne la personne protégée le cas échéant après l'obtention des soins et le lieu de stationnement normal de l'ambulance.

4) Transport aérien

Les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après les tarifs conventionnels. A défaut de convention, les frais du transport aérien sont pris en charge intégralement d'après le montant facturé lorsqu'il s'agit d'un transport urgent dépêché par le central de secours d'urgence ou, dans les autres cas, intégralement d'après les tarifs facturés après accord préalable de la Caisse nationale de santé, sans toutefois pouvoir dépasser le montant pouvant être pris en charge d'après les conditions et tarifs prévus pour le transport secondaire par l'hélicoptère dans le cadre de la convention y afférente.

Dans le cadre d'une intervention urgente dépêchée par le central de secours d'urgence, l'assurance maladie prend en charge les frais découlant du transport de l'équipe médicale d'urgence sur les lieux de l'intervention conformément aux conditions et modalités prévues par la convention y afférente, même en dehors du transport de la personne protégée.

c) Modalités de prise en charge

En cas de présentation d'une facture acquittée se rapportant à un moyen de transport pour lequel les conditions de prise en charge ne sont pas remplies, s'il s'agit d'un voyage à l'étranger, l'indemnité de voyage est versée d'office.

Les frais pour prestations de transport avancés par les ayants droit sont pris en charge sur base de factures acquittées, accompagnées des ordonnances et, le cas échéant, des autorisations requises. La preuve que le déplacement était en rapport avec l'obtention des prestations à charge de l'assurance maladie incombe à l'ayant droit.

Les transports aériens et en ambulance du service d'aide médicale urgente en cas de détresse vitale (urgence degré I) sont pris en charge directement par la Caisse nationale de santé par la voie du tiers payant à condition que la situation d'urgence soit reconnue. Lorsque cette dernière condition fait défaut, ces transports peuvent être pris en charge sur base de factures acquittées au titre d'un transport simple à condition que toutes les conditions afférentes soient également remplies.

La part statutaire incombant à l'assurance maladie des prestations de transport est réglée directement au transporteur par la Caisse nationale de santé dans les cas où celle-ci, sur demande de la personne protégée, a émis préalablement au transport un titre de prise en charge accepté par le transporteur.

2.13 Soins hospitaliers

Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour à l'hôpital en chambre de deuxième classe, à l'exception des honoraires médicaux, est pris en charge intégralement suivant les modalités prévues par la convention liant la Fédération des hôpitaux luxembourgeois à la Caisse nationale de santé, sauf les exceptions ci-après :

- les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans, participent à leur entretien en milieu hospitalier stationnaire à raison de 21,45 € (au 01.01.2017) pour chaque journée d'hospitalisation entamée jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. Toutefois, en cas d'hospitalisation lors d'un accouchement, cette participation n'est pas due pendant les 12 premiers jours ;
- les personnes protégées, à l'exception des enfants de moins de 18 ans, admises en place de surveillance ou en hôpital de jour participent à leur entretien à raison de 10,73 € (au 01.01.2017) par jour. Des règles spécifiques sont applicables aux traitements en hôpital de jour de psychiatrie ;
- sont exclus de la prise en charge le séjour et le traitement hospitalier en relation avec les activités hospitalières étrangères à l'objet de l'assurance.

Dans la mesure où des prestations visées dans les nomenclatures et les statuts de la Caisse nationale de santé sont grevées dans le secteur extra-hospitalier d'une participation de l'assuré, les prestations de même nature délivrées dans le secteur hospitalier ambulatoire sont grevées de la même participation.

Sauf en cas de délivrance par le service de garde ou d'urgence officiel, ou dans le cas d'une extraction de plus de trois dents, les séjours et traitements hospitaliers en relation avec des traitements dentaires, ne sont opposables à l'assurance maladie que sur accord préalable du contrôle médical dans l'une des conditions suivantes :

- présence d'une intolérance aux anesthésiques locaux ;
- lorsqu'en présence d'un processus inflammatoire aigu nécessitant une intervention immédiate, l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante ;

- traitement dentaire des handicapés psychiques ou physiques chez lesquels du fait de leur handicap une anesthésie locale est impossible ;
- extraction d'une dent de sagesse incluse ou enclavée où l'anesthésie locale ne permet pas d'obtenir une analgésie satisfaisante, avec radiographie à l'appui.

Lorsqu'au cours d'une hospitalisation plusieurs interventions chirurgicales sont pratiquées dont au moins une n'est pas à charge de l'assurance maladie, les frais normalement opposables en vertu de la convention conclue entre la Caisse nationale de santé et la Fédération des hôpitaux luxembourgeois, générés pendant la durée de l'hospitalisation ne sont pris en charge que si l'intervention la plus importante est à charge de l'assurance maladie. L'importance de l'intervention est appréciée par rapport au coefficient de l'acte dans la nomenclature des actes et services des médecins.

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans, les frais d'hôtellerie, à l'exception des frais de restauration générés par la présence d'une personne accompagnante à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie suivant les modalités visées par la convention y afférente.

Lorsque le séjour de l'assuré en milieu hospitalier constitue un cas d'hébergement, les médicaments délivrés à l'hôpital sont pris en charge par l'assurance maladie au titre d'un forfait correspondant à 4,20 € par jour. Ce forfait est liquidé à l'hôpital par la voie du tiers payant sur base d'une décision non litigieuse du Contrôle médical de la sécurité sociale déclarant le cas d'hébergement.

Le médicament dont la délivrance est, en application de son autorisation de mise sur le marché octroyée, est pris en charge intégralement au prix ex-usine officiel toutes taxes comprises, à condition qu'il soit délivré sur ordonnance médicale nominative originale et prescrit à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier.

Les statuts de la Caisse nationale de santé comprennent les dispositifs médicaux dont la délivrance sur ordonnance médicale nominative originale est limitée aux établissements hospitaliers, à une personne protégée pour un traitement effectué en dehors du secteur hospitalier. Les dispositifs médicaux sont pris en charge d'après un taux appliqué à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature.

2.14 Dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses

Les dispositifs médicaux, appareils et fournitures non repris dans les listes annexées aux statuts de la Caisse nationale de santé sont exclus de la prise en charge par l’assurance maladie. Il en est de même des frais de fonctionnement et d'énergie des appareils, à moins que les listes prévisées ne prévoient la prise en charge expresse de certains produits consommables liés à leur fonctionnement.

Les fournitures pour lesquelles les dispositions statutaires prévoient une acquisition par la personne protégée, sont prises en charge d'après un taux appliqué soit à un prix de vente soit à un prix de référence fixé pour chacune des fournitures ou pour des groupes déterminés de fournitures de même nature. Le taux de prise en charge ainsi que les prix de référence sont inscrits dans les listes annexées aux statuts.

Les fournitures pour lesquelles les dispositions statutaires prévoient une mise à disposition sont prises en charge dans le cadre d'une location dont le prix est déterminé soit d'après un loyer de référence fixé dans les listes annexées aux statuts, soit d'après un loyer établi sur base d'un devis.

En cas de mise à disposition de fournitures, l'assurance maladie est en droit d'imposer la mise à disposition de fournitures et d'appareils usagés. Le fait par la personne protégée de refuser la mise à disposition d'un appareil fait obstacle à sa prise en charge par une autre voie.

Lorsque les listes annexées aux statuts en font une condition expresse, la personne protégée ou son représentant sont tenus de céder gratuitement la propriété de la fourniture à l'institution ou à la personne désignée à cet effet au cas où la personne protégée n'en aurait plus besoin. Le cas échéant aucune autorisation de prise en charge n'est accordée avant la remise de la déclaration de cession, à présenter sur un formulaire mis à disposition par la Caisse nationale de santé.

Les dispositifs de correction auditive sont pris en charge jusqu'à concurrence des montants forfaitaires prévus aux statuts de la Caisse nationale de santé. La prise en charge se fait sur base :

- d'une ordonnance médicale pour dispositif de correction auditive d'un médecin spécialiste en oto-rhinolaryngologie ;
- d'un avis motivé des Services audiophonologique de la Direction de la Santé, ci-après nommés " Services audiophonologiues " ;
- d'un devis préalable établi par le prestataire.

Avant toute intervention des Services audiophonologiques, l'ordonnance médicale est transmise à la Caisse nationale de santé pour vérification des conditions administratives.

Sous peine d'inopposabilité du dispositif de correction auditive à l'assurance maladie, l'avis motivé émis par les Services audiophonologiques est validé par la Caisse nationale de santé par l'émission d'un titre de prise en charge.

Le délai de renouvellement des dispositifs de correction auditive est de cinq ans pour un adulte. Ce délai est ramené à trois ans pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis à la date de la prestation du dernier dispositif de correction auditive pris en charge. Pour les enfants et jeunes qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, la prise en charge des embouts se fait sans délais de renouvellement. Les délais sont calculés à compter de la date de la prestation relative au dernier dispositif de correction auditive pris en charge.

Pour les enfants et jeunes n'ayant pas atteint l'âge de 18 ans accomplis, l'assurance maladie prend en charge les frais de réparation échus pour chaque dispositif de correction auditive pris en charge selon les dispositions des statuts de la Caisse nationale de santé jusqu'à concurrence de vingt-cinq pour cent (25%) du montant forfaitaire prévu dans les statuts de la Caisse nationale de santé.

Dans le cadre des dispositions concernant les épithèses, leur prise en charge par l'assurance maladie est soumise à la production préalable d'une ordonnance médicale et d'un devis établi par un prestataire spécialisé. La prise en charge se fait sur autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale.

2.15 Indemnité funéraire

En cas de décès d'un assuré ou d'un membre de sa famille une indemnité funéraire d'un montant forfaitaire de 1 032,90 € (au 01.01.2017) est allouée.

S'il s'agit d'enfants âgés de moins de 6 ans accomplis ou d'enfants morts-nés, il n'est alloué que respectivement la moitié ou le cinquième de l'indemnité funéraire prévue.

Sont considérés comme frais funéraires les frais concernant :

- le cercueil et le décor funéraire d'usage (chapelle ardente, gerbe) ;
- une couronne de fleurs ;
- le transport du cercueil et des fleurs ;
- l'ouverture et la fermeture de la tombe ;
- l'inhumation religieuse et le service funèbre ;
- l'incinération ;
- les avis mortuaires d'usage publiés dans la presse ;
- les frais et taxes communaux.

L'indemnité funéraire est payée jusqu'à concurrence des frais exposés à la personne ou à l'institution qui en a fait l'avance, ou, dans le cas où un organisme public a chargé le fournisseur des funérailles, directement à celui-ci. Le solde éventuellement restant est payé dans l'ordre qui suit : au conjoint, aux enfants, aux père et mère, aux frères et sœurs à condition que ces personnes aient vécu en communauté domestique avec l'assuré.

3 RÈGLES DE LA PRISE EN CHARGE

3.1 Durée

Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation sauf en cas d'assurance facultative où un stage de 3 mois est appliqué.

En cas de cessation de l'affiliation, le droit aux prestations de soins de santé est maintenu pour le mois en cours et les 3 mois subséquents, ce à condition que la personne protégée ait été affiliée pendant une période continue de 6 mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

Ce droit est maintenu en outre pour les maladies en cours de traitement au moment de la cessation de l'affiliation, pendant 3 mois supplémentaires.

Ces dispositions ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où les ayants droit ne bénéficient pas durant la même période d'une couverture légale pour les mêmes risques.

Sous peine de se voir refuser le bénéfice de la disposition prévoyant le maintien du droit aux prestations pour les maladies en cours de traitement pendant trois mois supplémentaires, l'assuré doit faire parvenir au contrôle médical un certificat médical circonstancié établissant que les maladies étaient en cours de traitement au moment de la désaffiliation.

Ne sont plus prises en charge les prestations de soins ou fournitures non encore délivrées le jour où prend fin le droit aux prestations, à moins qu'il ne s'agisse de fournitures dont la personne protégée peut démontrer avoir fait la commande sur base d'une ordonnance médicale ou d'une autorisation du contrôle médical datant d'au moins 30 jours avant la cessation du droit aux prestations.

Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu tant que l'assuré se trouve en état de détention.

3.2 Modalités de prise en charge

Les prestations de soins de santé sont accordées soit sous forme de remboursement par la Caisse nationale de santé ou les caisses compétentes aux assurés qui ont fait l'avance des frais, soit sous forme de prise en charge directe par la Caisse nationale de santé (système du tiers payant).

1. Dans **le système du remboursement des prestations**, il appartient à l'assuré de payer au prestataire ou au fournisseur les honoraires et factures pour les soins et fournitures reçus.

Aux fins du remboursement de la part statutaire incombant à l'assurance maladie, les mémoires d'honoraires, factures et ordonnances dûment établis, libellés au nom de la personne protégée et acquittés, sont soumis par la personne protégée à la caisse compétente dans le délai de deux ans à partir du paiement du prestataire.

Aucune facture ou mémoire d'honoraires payés et acquittés par avance et avant la délivrance intégrale et complète des soins ou fournitures s'y rapportant n'est opposable à l'assurance maladie, à moins que la nomenclature des actes ne prévoie un fractionnement des prestations.

Aucun remboursement ne peut dépasser les frais effectivement exposés par la personne protégée.

Les prestations en nature pour lesquelles la personne protégée a fait l'avance des frais, dépassant un montant fixé par le comité directeur de la caisse de maladie compétente, peuvent être remboursées sur demande de l'ayant droit au moyen d'un chèque tiré sur un compte bancaire de la Caisse nationale de santé au guichet des caisses compétentes ou des agences de la Caisse nationale de santé pour lesquelles les comités directeurs des caisses compétentes ont institué ce service. Pour l'application de cette disposition ne sont pris en compte que les factures acquittées, au jour de leur présentation à la caisse compétente, depuis moins de 15 jours.

2. Dans les cas où la loi, les règlements, les statuts ou les conventions collectives le prévoient, la part statutaire incombant à l'assurance maladie est prise en charge directement par la voie du **tiers payant**. Dans le cadre de ce système il appartient à la personne protégée de régler au prestataire ou au fournisseur uniquement la partie des frais demeurant à sa charge personnelle.

Les prestations de soins de santé et fournitures ne sont prises en charge dans le cadre du tiers payant qu'à condition que lors de leur délivrance, la personne protégée ait présenté sa carte d'assuré au prestataire et, le cas échéant, sur demande de celui-ci, un titre d'identité officiel tel par exemple carte d'identité, passeport, permis de conduire.

Lorsqu'une ordonnance prévoit des fournitures qui ne sont pas toutes prises en charge par le système du tiers payant, le prix de celles qui en sont exclues est payé intégralement par la personne à laquelle elles sont délivrées. Dans ce cas le fournisseur délivre une copie de l'ordonnance et établit une facture qui sert de titre à la personne protégée pour l'obtention du remboursement éventuel.

Actuellement le système du tiers payant est appliqué dans les domaines suivants :

- infirmiers

  La procédure du tiers payant est appliquée :

  - à lademande de l'assuré ;
  - aux actes professionnels à charge de l'assurance maladie-maternité délivrés aux personnes bénéficiaires de prestations de l'assurance dépendance ;
  - aux indemnités de déplacement et frais de voyage connexes aux prestations visées au deuxième tiret ci-dessus.

- kinésithérapeutes

  La procédure du tiers payant est appliquée :

  - à la demande de l'assuré ;
  - aux prestations délivrées dans le cadre d'un traitement stationnaire dans un hôpital ;
  - aux forfaits de déplacement connexes aux prestations visées ci-dessus.

- prestations de laboratoire

  D'une manière générale, le mode de paiement de la part statutaire à charge de l'assurance maladie des prestations de laboratoire accordées sur ordonnance médicale est celui du tiers payant.

- transport par hélicoptère

  D'une manière générale, les services de la LAR (Luxembourg Air Rescue) sont payés par une prise en charge directe de l'assurance maladie jusqu'à concurrence des tarifs prévus par la convention afférente.

- médecins et médecins-dentistes

  La procédure du tiers payant est appliquée pour les actes médicaux et médico-dentaires et indemnités suivantes :

  - aux forfaits médicaux pour suivi au centre de jour de psychiatrie (uniquement pour les médecins) ;
  - aux indemnités horo-kilométriques dans le cadre du service de nuit en médecine générale (uniquement pour les médecins) ;
  - aux traitements stationnaires en milieu hospitalier, si la durée du traitement dépasse trois jours ou si le montant par médecin dépasse 100 € ;[1)]

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile du salaire.

- aux traitements ambulatoires se rapportant à la dialyse, la radiothérapie, la chimiothérapie.

- hôpitaux

  Le tiers payant est accordé pour les prestations hospitalières délivrées en cas de traitement stationnaire.

- psychomotriciens

  La procédure du tiers-payant est appliquée :

  - aux prestations dûment autorisées par le contrôle médical à condition que le traitement dépasse 30 jours ;
  - aux honoraires pour séries de prestations dispensées à des mineurs d'âge ;
  - aux frais de déplacement connexes à ces prestations.

- sages-femmes

  D'une manière générale, les honoraires pour les soins délivrés sont payés au prestataire par la personne protégée sur présentation d'un mémoire d'honoraires, à l'exception de ceux pris en charge dans le cadre du forfait d'accouchement, qui sont pris en charge par la procédure du tiers payant.

- fournitures orthopédiques

  La procédure du tiers payant est appliquée :

  - aux fournitures pour lesquelles un devis et une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise ;
  - aux fournitures délivrées dans le cadre d'un traitement stationnaire dans un hôpital.

- pharmaciens

  Le tiers payant est accordé pour les médicaments et fournitures délivrés aux assurés de toutes les caisses de maladie.

- cures de convalescence

  L'assuré qui a préalablement demandé un titre de prise en charge à la Caisse nationale de santé bénéficie d'une prise en charge de la part statutaire par la voie du tiers payant pour un traitement au Centre de convalescence Emile Mayrisch.

- autres, comme par exemple pour la cure thermale à Mondorf, dans les structures complémentaires et extrahospitalières de psychiatrie, orthophonistes, traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelles dans le Centre national de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, Rehazenter, Croix-rouge : transfusion sanguine.

Il est à noter qu'en principe les actes professionnels et médicaux délivrés aux assurés dans le cadre de la compétence de l'Association d'assurance accident sont toujours pris en charge moyennant la procédure du tiers payant. Il en est de même des prestations accordées dans le cadre des programmes de médecine préventive. Plusieurs programmes sont actuellement en cours, p.ex. : le programme de vaccination de certaines personnes à risques contre la grippe, le programme mammographie et le programme de vaccination des adolescents contre l'hépatite B.

Les fournitures dont la prise en charge est liée à des délais de renouvellement et qui sont dispensées d'une autorisation préalable du contrôle médical, peuvent être prises en charge par le système du tiers payant, à condition que l'assuré puisse se prévaloir d'un titre de prise en charge délivré par la Caisse nationale de santé préalablement à la délivrance.

Finalement, la prise en charge directe est encore appliquée en cas d'indigence de la personne protégée dûment documentée par une attestation établie par l'office social en charge (tiers payant social).

Dans le système du tiers payant le prestataire de soins n'a d'action contre l'assuré que pour la participation éventuelle de celui-ci.

3.3 Participation maximale

Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire ne peut dépasser un seuil fixé à 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente.

La participation est définie par la différence entre, d'une part, le montant brut du prix officiel ou du prix de référence figurant dans les nomenclatures et les listes et, d'autre part, le montant net obtenu par application du taux de prise en charge inférieur à 100%. Sont prises en considération les participations prévues en matière de soins médicaux, de soins de médecine dentaire, de soins d'infirmiers, de soins de kinésithérapie, de soins d'orthophonie, de soins de psychomotricité, de prestations thermales, de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses, médicaments, honoraires et indemnités de pharmaciens et des dispositifs médicaux, appareils et fournitures diverses.

Les participations sont rattachées à l'année civile en fonction de la date de prestation des soins.

Par revenu cotisable annualisé on entend la somme des 12 assiettes cotisables mensuelles. L'assiette cotisable mensuelle ne peut être inférieure au revenu minimum garanti. Il n'est pas tenu compte de la majoration de 30% du minimum cotisable pour le groupe des bénéficiaires de pension. A défaut d'une affiliation continue de l'assuré au cours de l'exercice précédant l'année civile en cause, le revenu cotisable annualisé est égal au produit de l'assiette mensuelle moyenne multiplié par 12. Pour un assuré nouveau, le revenu

cotisable annualisé est constitué par le salaire social minimum prévu pour un salarié non qualifié âgé de 18 ans au moins.

En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, à un remboursement complémentaire auprès de sa caisse des participations dépassant le seuil en question.

La demande peut être présentée au plus tôt à partir du 1er mai de l'exercice courant et lorsque la participation atteint au moins 2,5% du minimum prévu ci-avant.

Sous peine de forclusion, la demande doit parvenir à l'organisme compétent au plus tard avant la fin de la deuxième année civile qui suit celle au cours de laquelle la participation a atteint le seuil en question.

Le versement du remboursement complémentaire est effectué d'office par la caisse compétente.

Pour l'appréciation du dépassement du seuil, les participations de l'assuré et des coassurés sont totalisées.

3.4 Condition de forme pour l'obtention des prestations

Sauf exception formelle prévue par les statuts, les soins de santé qui ne sont pas délivrés par les médecins eux-mêmes ainsi que les fournitures ne sont pris en charge par l'assurance maladie que sur ordonnance médicale originale préalable à leur délivrance.

Sous peine d'être inopposable à l'assurance maladie, une ordonnance distincte est nécessaire pour chaque prescription relevant d'un prestataire de soins ou fournisseur différent. Par ailleurs, les prestations de soins et fournitures délivrées doivent correspondre à celles figurant sur l'ordonnance. Les ordonnances ne peuvent être répétitives.

Des délivrances successives sont opposables pour les fournitures dont la délivrance en une fois est limitée par les conventions collectives ou les dispositions statutaires.

L'ordonnance médicale est la propriété de l'assuré tant que celui-ci ne s'en dessaisit pas pour obtenir la prise en charge des prestations ou fournitures dans le cadre du système du tiers payant ou pour obtenir le remboursement de la part supportée par l'assurance maladie après que l'assuré en ait fait l'avance des frais. Les prestataires ont le droit d'exiger l'ordonnance au début des prestations et de la conserver durant toute la durée du traitement y prescrit. La personne protégée peut se faire restituer l'ordonnance à tout moment contre paiement des prestations effectivement délivrées.

Les prestations de médecine préventive ne sont prises en charge que dans le cadre des programmes officiels de médecine préventive. Ainsi les médicaments, pansements et autres fournitures ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie si, pour leur prescription, le médecin accède à une

sollicitation de la personne protégée et si, lors de l'établissement de l'ordonnance, le médecin n'est pas en présence d'une pathologie effective justifiant leur délivrance ou s'il n'est pas en présence d'un risque subjectif lié à une situation de santé spécifique à laquelle la personne protégée est exposée involontairement.

Est visée notamment la prescription de médicaments par simple mesure de précaution à l'occasion d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger de l'assuré ou pour l'approvisionnement de nécessaires ou de trousses d'urgence. Les ordonnances afférentes sont inscrites sur des formules distinctes de celles portant sur des prestations à titre curatif et sont munies de la mention "préventif".

Les prestations que la loi, les règlements et les statuts soumettent à une autorisation préalable du contrôle médical ne sont opposables à l'assurance maladie qu'à partir du moment où cette autorisation est acquise.

Les prestations, médicaments et fournitures dont la prise en charge par l'assurance maladie est soumise à une autorisation préalable du contrôle médical ne peuvent être délivrés à charge de l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant que sur remise de cette autorisation au prestataire ou au fournisseur.

Avant la délivrance des prestations, médicaments ou fournitures, l'assuré est en droit d'être informé par le prestataire ou le fournisseur de la condition d'autorisation préalable toutes les fois que cette autorisation ne serait pas remise avec l'ordonnance.

Lorsque la prise en charge d'un acte ou d'une fourniture est soumise à l'autorisation du contrôle médical, celui-ci refuse la prestation à charge de l'assurance maladie si elle dépasse la mesure de ce qui est utile et nécessaire.

En ce qui concerne **la procédure d'autorisation par le Contrôle médical de la sécurité sociale**, ce dernier peut être saisi directement des demandes pour les prestations subordonnées à une autorisation préalable, soit par l'assuré, soit par le prestataire. Sauf les exceptions expressément prévues par les statuts en cas d'urgence, les autorisations doivent toujours être sollicitées sur base d'un document écrit ou par une remise au contrôle médical d'une ordonnance médicale motivée. Les ordonnances spécifient s'il s'agit de prestations urgentes. Le cas échéant, le médecin-prescripteur indique une date limite avant laquelle il juge indispensable le commencement du traitement ou l'administration des soins ou fournitures faisant l'objet de l'ordonnance. Les ordonnances doivent être motivées et accompagnées de toutes les pièces et rapports permettant au contrôle médical une appréciation judicieuse de la demande. Les originaux des documents nécessaires à la continuation du traitement de l'assuré sont retournés par le contrôle médical au médecin-prescripteur ou à l'assuré, selon le cas. Les décisions ou les avis du contrôle médical sont notifiés à l'assuré par la Caisse

nationale de santé ou la caisse compétente, suivant le cas. En cas de refus d'un traitement une copie de la décision est envoyée au médecin-prescripteur.

Les décisions négatives du contrôle médical au sujet des demandes d'autorisation sont notifiées à qui de droit. Lorsque le contrôle médical est saisi de demandes incomplètes, il est en droit de faire retourner la demande à l'expéditeur sans se prononcer sur l'affaire, mais en faisant connaître ses désirs ou exigences. Ce renvoi ne vaut pas refus de l'autorisation, mais est à considérer comme demande d'instruction complémentaire. Lorsque l'expéditeur ne peut être déterminé, les institutions chargées du renvoi ne sont jamais en faute si elles retournent les pièces à l'adresse de la personne protégée.

3.5 Délais d'opposabilité des ordonnances :

Sauf indications contraires y inscrites par le médecin,

- les ordonnances médicales pour prestations des **infirmiers** ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les 30 jours de la date de l'émission de l'ordonnance ;
- les ordonnances médicales pour prestations des **masseurs et masseurs-kinésithérapeutes** ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé au plus tard dans les 30 jours de l'établissement du titre de prise en charge ;
- les ordonnances médicales pour prestations des **orthophonistes** ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les 6 mois de la date de l'émission de l'ordonnance ;
- les ordonnances médicales pour prestations de **sages-femmes** ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les 30 jours de l'émission de l'ordonnance ;
- les ordonnances médicales pour prestations des **psychomotriciens** ne sont opposables à l'assurance maladie que si le traitement y prescrit est commencé dans les 6 mois de la date de l'émission de l'ordonnance. En cas de délais d'attente dépassant la durée de 6 mois, certifiés par le prestataire, la disposition qui précède ne s'applique pas ;
- les ordonnances médicales pour prestations de **laboratoire ou de biologie clinique** ne sont opposables à l'assurance maladie que dans le délai de deux mois à dater de l'émission de l'ordonnance médicale.

Dans le cadre des infirmiers, ne sont pas soumises à la production d'une ordonnance médicale pour une prise en charge par l'assurance maladie, les actes suivants :

- Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les maisons de soins
- Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les autres établissements d'aides et de soins.
- Forfait journalier d'actes infirmiers pour des personnes dépendantes à domicile prises en charge par les réseaux généralistes, indemnité de déplacement incluse.
- Forfait journalier d'actes infirmiers pour des personnes dépendantes à domicile prises en charge par les réseaux et les établissements relevant du secteur handicap, indemnité de déplacement incluse.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie les ordonnances médicales pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses pour lesquelles aucun devis n'est exigé doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de son établissement par le médecin.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances de médicaments doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de 3 mois de leur établissement par le médecin. Toutefois, en cas d'ordonnance conditionnant des délivrances successives de médicaments, la dernière délivrance est opposable à l'assurance maladie pendant le délai de 6 mois au plus à compter de la première délivrance.

Sous peine d'être inopposables à l'assurance maladie, les ordonnances pour dispositifs médicaux prévus dans les fichiers B1 et B2 des statuts doivent être exécutées dans le délai inscrit par le médecin sur l'ordonnance ou, à défaut d'inscription à ce sujet, dans le délai de trois mois de leur établissement par le médecin.

3.6 Convenances personnelles

Des suppléments pour les convenances personnelles sollicitées par les assurés en milieu hospitalier et ambulatoire, ainsi que des dépassements de tarifs pour prothèses et autres prestations dentaires, dépassant l'utile et le nécessaire, peuvent être mis en compte d'après les dispositions conventionnelles régissant les rapports entre l'assurance maladie et le corps médical. Ces suppléments et dépassements ne sont pas à charge de l'assurance maladie.

Dans la pratique, les suppléments pour prothèses dentaires et pour le traitement d'orthodontie dépassent largement les tarifs conventionnels et peuvent constituer des frais supplémentaires considérables à charge des assurés.

3.7 Paiement et prescription des prestations

Les prestations relatives aux soins de santé peuvent être valablement versées, soit à l'assuré, soit à toute autre personne justifiant avoir effectué la prestation ou la dépense afférente.

La personne protégée qui a payé les prestations prises en charge par l'assurance maladie, a droit à leur remboursement, même si le mémoire d'honoraires n'est acquitté que pour la partie opposable à l'assurance maladie.

L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des personnes protégées ou de la Caisse nationale de santé se prescrit par 2 années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de la Caisse nationale de santé et de la caisse compétente dont elle relève se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire.

3.8 Dossier médical

Tout prestataire de soins de santé, dépositaire d'un dossier de soins ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes rendus d'investigations, diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, d'imagerie médicale ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un assuré, doit en donner communication au médecin référent, à tout médecin désigné par l'assuré au Contrôle médical de la sécurité sociale.

Au cas où le dépositaire ne saurait produire les pièces dont il est réputé être dépositaire dans le délai de quinze jours à partir de la requête écrite de l'assuré, celui-ci peut demander la restitution des frais qu'il peut justifier avoir exposés pour la constitution des prestations afférentes, ce sans préjudice du droit de la Caisse nationale de santé de récupérer les frais qu'elle a supportés.

3.9 Dossier de soins partagé

L'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé tient à la disposition des prestataires et des patients un dossier de soins partagé.

Le dossier de soins partagé regroupe les données médicales et autres informations concernant le patient, utiles et pertinentes afin de favoriser la sécurité, la continuité des soins, la coordination des soins, ainsi qu'une utilisation efficiente des services de soins de santé. Il comporte ainsi :

1) les actes et données médicaux ;
2) les prescriptions effectuées dans le domaine des analyses de biologie médicale d'imagerie médicale et de médicaments, et le cas échéant les résultats y afférents ;

3) l'historique et les comptes rendus de la prise en charge de certaines prestations de soins de santé ;
4) des informations ou déclarations introduites par le patient lui-même.

Dans le respect du secret médical, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient.

Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

L'Agence, la Direction de la santé, le Laboratoire national de santé, l'Inspection générale de la sécurité sociale et la Caisse nationale de la santé, échangent à l'aide de procédés automatisés ou non des informations rendues anonymes à des fins statistiques ou épidémiologiques. Les procédés automatisés se font moyennant interconnexion de données et sous garantie d'un accès sécurisé, limité et contrôlé.

La Commission nationale pour la protection des données demandée en son avis, un règlement grand-ducal précise les modalités et conditions de la mise en place du dossier de soins partagé, notamment en ce qui concerne :

1) la procédure détaillée de création et de suppression du dossier de soins partagé ;
2) la procédure et les modalités d'accès au dossier par le patient et les prestataires et les modalités d'après lesquels le patient peut accéder aux traces d'accès à son dossier de soins partagé ;
3) la détermination de niveaux d'accès différents tenant compte des attributions des différentes catégories de prestataires et des différentes catégories de données ;
4) les mesures nécessaires pour assurer un niveau de sécurité particulièrement élevé de la plateforme électronique nationale d'échange et de partage de données de santé ;
5) les procédures, les nomenclatures et les terminologies standardisées, les formats et autres normes, de même que les modalités techniques suivant lesquelles les informations et documents électroniques sont à verser au dossier de soins partagé ;
6) les délais dans lesquels les prestataires de soins, la Caisse nationale de santé et toute autre dépositaire ou détenteur d'éléments du dossier doit les verser au dossier de soins partagé ;
7) le cas échéant, l'ouverture d'un dossier de soins partagé pour les bénéficiaires de soins de santé au pays qui ne sont pas des assurés résidants ;
8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre Etat

membre un autre Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Ce règlement grand-ducal précise également les modalités d'établissement et la forme des informations et des documents à verser au dossier de soins partagé.

3.10 Assistance exceptionnelle à l'assuré

Dans des cas exceptionnels où le paiement d'une prestation ou d'une fourniture représente pour l'assuré une charge insurmontable dans les circonstances où il se trouve et sur demande de l'assuré, il peut être consenti, sur décision du président de la caisse de maladie compétente, une avance sur les créances que possède la personne protégée à l'égard de l'assurance maladie.

Les conditions sont les suivantes :

- il doit s'agir de prestations non prises en charge par le système du tiers payant dans le cadre des différentes conventions ;
- il doit s'agir de fournitures ou prestations pour lesquelles toutes les conditions de prise en charge se trouvent remplies.

Il est demandé à la personne protégée de déclarer par sa signature avoir reçu une avance de fonds qui est faite par un chèque barré, tiré sur un compte bancaire de la Caisse nationale de santé et libellé au nom du prestataire destinataire des fonds.

3.11 Carte d'assuré

Dans le cadre de l'introduction de la carte européenne d'assurance maladie, qui a remplacé les formulaires E111 et E128 depuis le 1er juin 2004, le Luxembourg a opté pour l'émission d'une carte double face, où la face nationale continue à constituer un titre d'identification pour la sécurité sociale luxembourgeoise sans durée de validité. La face européenne, permettant à l'assuré luxembourgeois de se faire délivrer des prestations de soins de santé dans les pays où s'applique la réglementation de coordination de l'Union Européenne, est toutefois limitée dans le temps (3 mois à 5 ans suivant la carrière d'affiliation) et doit être renouvelée après son expiration.

Le Centre commun de la sécurité sociale met à disposition de chaque assuré une telle carte d'assuré.

La carte d'assuré est strictement personnelle et elle reste la propriété de l'institution émettrice. Elle doit être restituée à la demande de celle-ci à la fin de l'affiliation.

La carte doit être présentée à tout prestataire de soins ou fournisseur pour toute sollicitation de prestations ou de fournitures à charge de l'assurance maladie. Les prestataires de soins et les fournisseurs sont en droit d'exiger la présentation d'un titre d'identité du porteur de la carte lorsque celui-ci ne leur est pas personnellement connu.

Sans préjudice d'autres sanctions en cas d'utilisation non conforme de la carte d'assuré, toute personne ne se soumettant pas aux prescriptions prévues par les statuts au moment de la délivrance des prestations ou des fournitures est exclue du bénéfice de la prise en charge de ces prestations par la voie du tiers payant.

Les cartes d'assuré signalées par le Centre commun de la sécurité sociale comme périmées peuvent être saisies et retenues par tout prestataire de soins à qui ce service peut être demandé par l'assurance maladie.

En cas d'utilisation abusive de la carte, les détenteurs de la carte sont passibles des sanctions administratives, civiles et pénales prévues par les lois, les règlements et les statuts. Il en est de même des personnes ayant toléré sciemment une utilisation par autrui de leur carte d'assuré personnelle.

En cas de perte de la carte d'assuré, l'assuré doit s'adresser à sa caisse compétente pour demander une nouvelle carte.

3.12 Dispositions administratives

Les membres des organes et les employés des institutions de sécurité sociale sont tenus au secret professionnel.

Dans le cadre de la prise en charge des prestations de soins et de fournitures par l'assurance maladie, la communication d'un diagnostic ou de renseignements d'ordre médical peuvent être faites au personnel et aux médecins de Contrôle de la sécurité sociale toutes les fois que l'avis de cette administration constitue une condition pour la prise en charge des prestations.

Dans les relations entre les assurés, les prestataires de soins et fournisseurs, l'assurance maladie et le contrôle médical, il est fait usage obligatoirement des formules standardisées des mémoires d'honoraires, des feuilles d'ordonnance, des devis et des déclarations d'incapacité de travail prévues par les conventions collectives.

Sauf exceptions prévues par les statuts et réglementant l'utilisation de copies, la prise en charge des prestations et fournitures ne peut être effectuée que sur base d'originaux.

Toutefois, en cas de déclaration de perte ou de détérioration de l'original, la prise en charge peut être effectuée sur base d'une copie certifiée conforme à l'original par son émetteur. Les rappels de factures ne valent pas original.

Dans le cadre des amendes d'ordre, aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par la personne protégée ou par un tiers sur une ordonnance, un protocole thérapeutique, un mémoire d'honoraires ou une facture, ce sous peine d'inopposabilité à l'assurance maladie des prestations et fournitures prescrites ou mises en compte et des sanctions prévues par les lois, les règlements et les statuts de la Caisse nationale de santé.

Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en à l'encontre des personnes n'ayant pas respecté les dispositions statutaires. Il en est de même en cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'assuré par la personne protégée ou par un tiers conformément aux statuts de la Caisse nationale de santé.

La première constatation de non-respect des dispositions prévues est punie par une amende d'ordre de 150 €. La deuxième constatation est punie par une amende d'ordre de 200 €. Toute nouvelle constatation est punie d'une amende d'ordre de 350 €.

De plus, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire à la même personne protégée ou une créance que la personne protégée a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

4 LE TRAITEMENT À L'ÉTRANGER

4.1 Principes

Le règlement de coordination des régimes de sécurité sociale (CE) 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 et son règlement d'application (CE) 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 confèrent aux assurés d'un Etat membre de l'Union européenne, le droit de recevoir des prestations en nature dans l'Etat de séjour selon la législation de cet Etat pour le compte de l'Etat compétent, soit en cas de soins devenus médicalement nécessaires, soit sur autorisation préalable de l'Etat compétent.

Cette législation est applicable aux Etats membres de l'Union européenne, à la Suisse et aux pays de l'Espace économique européen (EEE).

Au fil de sa jurisprudence, la Cour de justice de l'Union européenne a développé une seconde voie de prise en charge de soins de santé en Europe. Cette jurisprudence a finalement été codifiée par la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil européen.

Ainsi, dans l'affaire DECKER (C-120/95), la Cour de justice européenne était saisie à titre préjudiciel par une juridiction luxembourgeoise dans une affaire opposant Monsieur Decker à une Caisse de maladie des employés privés. La caisse de maladie refusait au requérant le remboursement des frais en relation avec l'achat d'une paire de lunettes avec verres correcteurs auprès d'un opticien établi en Belgique sur ordonnance d'un ophtalmologiste établi au Luxembourg. Le refus était motivé par l'absence de demande d'autorisation préalable pour des soins de santé à l'étranger conformément aux règlements de coordination des régimes de sécurité sociale.

L'affaire KOHLL (C-158/96) opposait Monsieur Kohll à l'Union des caisses de maladie. Elle concernait un refus d'une demande d'autorisation préalable par

l'Union des caisses de maladie relatif à un traitement d'orthodontie par un médecin établi en Allemagne. Le refus était motivé par le fait que, d'une part, il ne s'agissait pas d'un traitement urgent et que, d'autre part, un traitement efficace était possible sur le territoire luxembourgeois.

Selon la Cour de justice de l'Union européenne, de tels refus constituent une entrave non justifiée aux principes de la libre circulation des biens et des services prévus par le Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

De nombreux arrêts ont suivi ces deux arrêts mettant en cause des caisses de maladies luxembourgeoises étoffant une jurisprudence selon laquelle une personne assurée dans l'Etat membre de l'Union européenne a le droit de recevoir des soins de santé dans un autre Etat membre dans les conditions de l'Etat dans lequel elle est assurée, sans autorisation préalable et même en dehors de soins urgents. Dans la jurisprudence, le maintien d'une autorisation préalable restait justifié notamment en cas de soins stationnaires programmés ou de soins nécessitant l'emploi de matériel coûteux et très spécialisé.

Dans un souci d'amélioration de la sécurité juridique, la Commission européenne avait proposé de faire entrer les services de santé dans le champ d'application de la directive du 13 janvier 2004 du Parlement européen et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur et d'y codifier ainsi les principes développés par la Cour de justice de l'Union européenne.

Néanmoins, le Parlement européen et le Conseil ne partageaient pas cette approche, considérant que les services de santé ne pouvaient pas être assimilés aux autres services marchands en raison de leur nature spécifique. Il fut finalement décidé d'exclure les services de santé du champ d'application de la directive 2006/123/EC relative aux services dans le marché intérieur.

Partageant l'objectif de mettre en place un cadre communautaire spécifiquement consacré à des services de santé sûrs, efficaces et d'excellente qualité, les ministres de la Santé de l'Union européenne ont approuvé une déclaration sur les valeurs et principes communs[1)] qui fondent les systèmes de santé des 27 Etats membres de l'Union européenne. Ces valeurs portent sur l'universalité, l'accès à des soins de qualité, l'équité ainsi que la solidarité.

La Commission européenne présentait, le 2 juillet 2008, une proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers en se basant notamment sur ces principes. Cette proposition initiale a longuement été discutée par les institutions européennes et a été amendée à de nombreuses reprises.

---

1) Pour plus d'information : voir site internet : http://www.consilium.europa.eu

La directive a principalement comme but de :

- permettre aux patients d'exercer leurs droits en matière de soins de santé transfrontaliers ;
- garantir l'accès à des soins de haute qualité en clarifiant les responsabilités des acteurs impliqués ;
- promouvoir la coopération entre les systèmes de santé UE là où elle présente une valeur ajoutée.

Ainsi, en vertu du principe général de cette directive, les assurés luxembourgeois ont le droit de demander le remboursement de soins de santé obtenus en milieu extrahospitalier dans un Etat membre de l'Union européenne à leur caisse de maladie compétente en vue d'un éventuel remboursement suivant les conditions du droit luxembourgeois.

La directive 2011/24/UE a été transposée en droit luxembourgeois par la loi du 1er juillet 2014 portant transposition de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et dans la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Cette loi étend le droit des assurés aux soins de santé transfrontaliers reçus dans un pays de l'Espace économique européen et en Suisse.

Les règlements de coordination des régimes de sécurité sociale cohabitent aujourd'hui avec les régimes nationaux transposant la directive 2011/24/UE. L'articulation entre les deux instruments juridiques a été prise en compte dans la rédaction des statuts de la Caisse nationale de santé.

Dans le cadre de la directive, deux points de contact nationaux sont créés :

- le service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé auprès du ministère de la Santé[1) ;
- le point de contact national pour le Luxembourg auprès de la Caisse nationale de la santé[2).

Ces points de contact nationaux fournissent les renseignements nécessaires permettant aux assurés d'exercer leurs droits à des prestations de soins de santé transfrontaliers tant au niveau de la législation de l'Etat d'affiliation qu'au niveau de la législation de l'Etat de séjour ou de traitement.

---

1) Voir site internet : http://www.sante.public.lu

2) Voir site internet : http://www.cns.lu

4.2 La prise en charge des soins de santé transfrontaliers dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse, dans un pays de l'Espace économique européen, ou dans un Etat auquel le Luxembourg est lié par un instrument bilatéral concernant l'assurance maladie

Selon les cas, les soins de santé dispensés dans un Etat membre de l'Union européenne, un pays de l'Espace économique européen ou en Suisse sont pris en charge soit selon le droit applicable dans l'Etat de traitement, soit d'après le droit luxembourgeois, Etat d'affiliation.

Si les soins de santé sont dispensés dans un autre Etat que ceux énumérés ci-dessus, avec lequel le Luxembourg est lié par une convention internationale en matière d'assurance maladie, la prise en charge des soins de santé transfrontaliers a lieu suivant cette convention.

a) Soins de santé transfrontaliers sans autorisation préalable

Conditions générales

La prise en charge par les caisses de maladie luxembourgeoises des soins de santé dispensés dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, se fait aux conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg et dans le respect des statuts de la Caisse nationale de santé à moins que les règlements de coordination (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 soient applicables. Sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale des prestations non prévues par la législation luxembourgeoise mais indispensables du point de vue médical sont prises en charge. Le montant de la prise en charge est déterminé en assimilant les prestations transfrontalières à des prestations de même importance au Luxembourg ou, à défaut, dans l'Etat de traitement.

La prise en charge se fait sur base de factures détaillées permettant d'identifier les prestations fournies et de déterminer une analogie par rapport aux prestations prévues au Luxembourg.

Sont exclus de la prise en charge, les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas remplies.

Urgence ou soins de santé médicalement nécessaires

La prise en charge de prestations qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours d'un séjour dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, compte tenu de la nature des prestations et de la durée du séjour, a lieu suivant les règlements de coordination des régimes de sécurité sociale, à savoir le règlement (CE) 883/2004 et le règlement d'application (CE) 987/2009.

Si la personne protégée a supporté les coûts des prestations de soins de santé servies à l'étranger et en demande le remboursement à la caisse de maladie luxembourgeoise compétente, celle-ci s'informe auprès de l'institution compétente dans l'Etat de séjour sur les taux et tarifs de remboursement applicables dans cet Etat.

Si la législation de l'Etat de séjour ne prévoit pas de remboursement, la caisse de maladie luxembourgeoise procède au remboursement des prestations selon les conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg.

A défaut d'application du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n°987/2009, et à défaut de renseignements complémentaires de la personne protégée justifiant de leur application, la demande de remboursement est examinée conformément à la législation luxembourgeoise. Il en est de même de la demande de remboursement de la personne protégée exprimant sa volonté d'écarter l'application des règlements de coordination. Pour l'appréciation de ce qui précède, la Caisse nationale de santé peut demander un avis au Contrôle médical de la sécurité sociale.

b) Soins de santé transfrontaliers soumises à autorisation préalable

Situations visées

Sauf les cas d'urgence, les soins de santé dispensés selon les règlements de coordination sont soumis à l'obtention d'une autorisation délivrée par la Caisse nationale de santé, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Si les prestations de soins de santé transfrontaliers sont dispensées en dehors de ce cadre, leur prise en charge selon le droit luxembourgeois est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale si elles impliquent :

1) le séjour de l'assuré(e) dans un hôpital, un établissement hospitalier spécialisé ou un établissement d'accueil pour personnes en fin de vie au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers pour au moins une nuit, ou

2) le recours aux infrastructures hautement spécialisées et coûteuses que sont les centres de compétence nationaux, les services nationaux et les établissements spécialisés de rééducation, de convalescence et de cures thermales ou à des équipements médicaux et appareils hautement spécialisés et coûteux, déterminés au plan hospitalier national en exécution de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers,

Procédure d'autorisation préalable

La prise en charge par l'assurance maladie des prestations de soins de santé transfrontaliers prévues ci-dessus est soumise à une autorisation préalable de la Caisse nationale de santé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Aux fins de l'obtention de cette autorisation, l'assuré(e) présente à la

Caisse nationale de santé une demande d'autorisation préalable émanant d'un médecin dans les formes définies aux statuts de la Caisse nationale de santé, que l'assuré(e) relève de la Caisse nationale de santé ou d'une autre caisse de maladie luxembourgeoise.

Si la demande concerne un traitement médical à l'étranger, elle doit être produite par un spécialiste dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas ou du domaine d'une discipline apparentée.

A la suite d'une autorisation de traitement à l'étranger, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut dispenser d'une demande formelle si le transfert a pour objet une consultation du prestataire étranger, nécessaire en vue du suivi médical du traitement.

Sauf demande contraire de l'assuré(e), la Caisse nationale de santé et le Contrôle médical de la sécurité sociale apprécient la demande au regard de l'application des règlements de coordination.

A défaut d'application de ces règlements ou en cas de demande expresse de l'assuré(e), la prise en charge des prestations de soins de santé transfrontaliers est envisagée dans le respect du droit luxembourgeois.

La Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder une autorisation préalable dans deux hypothèses :

Premièrement, si les prestations pour lesquelles une autorisation préalable est demandée font partie des prestations prises en charge en vertu du Code de la sécurité sociale mais qu'elles ne peuvent être dispensées au Luxembourg à l'assuré(e) dans un délai ou une qualité acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé ne peut refuser de délivrer une autorisation préalable.

Deuxièmement, les soins de santé pour lesquels une autorisation préalable est demandée ne sont pas prévus par la législation luxembourgeoise, sont autorisés si le Contrôle médical de la sécurité sociale est d'avis qu'ils sont indispensables.

Suivant la législation applicable, la Caisse nationale de santé délivre soit un formulaire S2, prévu par le règlement de coordination (CE) 883/2004, qui permet à l'assuré(e) de recevoir les soins de santé autorisés dans l'Etat de traitement aux conditions de la législation applicable dans cet Etat, soit un document de prise en charge des soins de santé transfrontaliers autorisés selon le droit luxembourgeois. Si les soins de santé transfrontaliers ne peuvent pas être autorisés, la Caisse nationale de santé émet une décision de refus.

c) Modalités de prise en charge

En application des règlements de coordination, la prise en charge pour les assurés sociaux s'effectue aux taux et tarifs de l'Etat membre de traitement. Ainsi, la personne bénéficiaire d'une autorisation de transfert à l'étranger (formulaire S2) a droit :

- à la prise en charge des prestations selon le tarif social de l'Etat membre de traitement ;
- le cas échéant, à l'application du tiers payant, qui dispense l'assuré de faire l'avance de la totalité des frais ;
- à la mise en compte directe des frais afférents par l'institution étrangère à la Caisse nationale de santé.

L'assuré a droit au paiement d'un complément différentiel, si la prise en charge selon le droit de l'Etat de traitement est moins importante qu'elle l'aurait été si le droit luxembourgeois avait été appliqué. Les conditions et modalités du droit au paiement d'un complément différentiel sont prévues dans les statuts de la Caisse nationale de santé.

Ne sont pas prises en considération pour l'appréciation d'un droit à un complément différentiel, les prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée a signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat membre de traitement ou facturées en dépassement des honoraires.

Sont également exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas remplies.

La prise en charge des soins de santé transfrontaliers autorisés suivant le Code de la sécurité sociale se fait dans le respect du droit luxembourgeois, sans dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré(e).

L'assuré(e) fait alors l'avance des frais en lien avec les soins de santé qui lui sont fournis à l'étranger en vue de leur remboursement par la caisse de maladie luxembourgeoise compétente.

Pour les soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la Caisse nationale de santé.

Pour les soins de santé transfrontaliers indispensables suivant avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui ne sont pas prévus par la législation luxembourgeoise, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

4.3 La prise en charge de soins de santé dispensés dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, la Suisse, ou un pays de l'Espace économique européen et non lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie

Les soins de santé dispensés dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse ou qu'un pays de l'Espace économique européen et qui n'est pas lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, sont pris en charge selon le droit luxembourgeois, à condition que le Contrôle médical de la sécurité sociale reconnaisse que les prestations ont été reçues d'urgence en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger ou qu'ils aient été préalablement autorisés.

a) Le cas d'urgence

Les frais hospitaliers liés à des prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier stationnaire sont pris en charge sur base des prestations facturées jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé par la Caisse nationale de santé. Une partie personnelle journalière est déduite de ce montant (déduction faite des prestations complémentaires résultant d'une convention spécifique que la personne protégée aurait signé avec le prestataire étranger, celles qualifiées de convenance personnelle d'après la législation de l'Etat de traitement ou facturées en dépassement des honoraires), jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation fixé en fonction du type de séjour, déduction faite de la participation personnelle journalière. Le coût moyen d'hospitalisation en fonction du type de séjour est pris en charge une fois par nuitée passée dans un hôpital.

Sont encore exclus de la prise en charge les frais en relation avec des prestations étrangères à l'objet de l'assurance maladie ou pour lesquelles les conditions de prise en charge prévues dans les statuts de la Caisse nationale de santé ne sont pas remplies.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, le Contrôle médical de la sécurité sociale reconnaissant l'urgence de la prestation reçue en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger, en détermine la prise en charge en l'assimilant à une autre prestation de même importance.

b) Procédure d'autorisation préalable

La procédure d'autorisation préalable est identique pour tous les soins de santé transfrontaliers. La demande est présentée à la Caisse nationale de santé dans le respect des conditions de forme prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé. La demande doit contenir la motivation pourquoi le traitement n'est pas possible ou inadéquat auprès d'un prestataire établi dans un pays lié par un instrument bi- ou multilatéral en matière d'assurance maladie au Grand-Duché de Luxembourg.

Si la demande d'autorisation de traitement à l'étranger porte sur des prestations de soins de santé transfrontaliers à délivrer dans un pays autre qu'un Etat membre de l'Union européenne, que la Suisse, qu'un pays de l'Espace économique européen ou qu'un pays lié au Grand-Duché de Luxembourg par un instrument bilatéral en matière d'assurance maladie, et en cas d'accomplissement des conditions de forme prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé, celle-ci procède sur base d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, à l'émission d'une autorisation sur base de l'article 20bis du Code de la sécurité sociale.

Lorsque la demande concerne un traitement dans un pays non lié au Luxembourg par un instrument bi- ou multilatéral, la Caisse nationale de santé ne peut refuser d'accorder l'autorisation si les prestations demandées font partie des prestations prises en charge en vertu des dispositions du Code de la sécurité sociale et si selon l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, elles ne peuvent être dispensées à l'assuré(e) protégée dans un pays lié par un instrument bi- ou multilatéral dans un délai acceptable sur le plan médical, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie.

La prise en charge est effectuée sur base des conditions, modalités, taux et tarifs applicables au Luxembourg sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré(e).

Pour les prestations de soins de santé transfrontaliers du secteur hospitalier, la prise en charge est effectuée jusqu'à concurrence du coût moyen d'hospitalisation au Luxembourg fixé par la Caisse nationale de santé, sans pouvoir dépasser les frais effectivement exposés par l'assuré. Les statuts de la Caisse nationale de santé détaillent les modalités de calcul de la prise en charge des frais hospitaliers liés aux traitements de soins de santé transfrontaliers ambulatoires.

En l'absence de taux et tarifs luxembourgeois, la prise en charge est fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale en assimilant la prestation à une autre prestation de même importance.

4.4 Règles particulières

Par ailleurs des règles particulières s'appliquent pour les prestations suivantes :

- Les frais de séjour de l'assuré(e) qui suit à l'étranger un traitement ambulatoire autorisé sont pris en charge intégralement aux tarifs applicables aux assurés sociaux de l'étranger. A défaut d'un tel tarif, ils sont pris en charge par journée entière jusqu'à concurrence de 79,45 euros (au 01.01.2017).

  Les frais de séjour d'une personne accompagnant l'assuré(e) à l'étranger pour y subir un traitement en milieu hospitalier aigu ou une consultation autorisés sont à charge de l'assurance maladie selon les

tarifs prévus ci-dessus sur base d'une demande expresse appuyée d'une justification établie par le médecin traitant étranger. Une justification spéciale n'est pas requise lorsque le patient est un mineur d'âge.

- En cas de transfert pour un traitement médical préalablement autorisé en dehors du continent européen, l'assuré(e) a droit à une indemnité de voyage forfaitaire spéciale. La même indemnité est due à la personne accompagnante autorisée au préalable sur le vu d'une justification médicale acceptée par le Contrôle médical de la sécurité sociale si le voyage a été effectué par un moyen de transport public commun.
- Sauf en cas d'urgence dûment motivée ou dérogation expressément prévue par les statuts de la Caisse nationale de santé, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale est requise pour la prise en charge des prestations de transport à l'étranger. Il en est de même pour les transports en série à l'intérieur du pays.
- Les cures à l'étranger sont prises en charge par l'assurance maladie, à condition d'avoir été autorisées préalablement par la Caisse nationale de santé sur base d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, dans les conditions et selon les modalités prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé.

  La prise en charge des cures dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé. Les frais de séjour non compris dans le tarif sont pris en charge dans les limites déterminées par les statuts de la Caisse nationale de santé. Toutefois, les frais de location d'un appartement sont remboursés jusqu'à concurrence de forfaits fixés dans les statuts de la Caisse nationale de santé sur présentation du contrat de location dûment signé et daté et de la quittance établie au nom du curiste s'y rapportant. En cas de cure autorisée à l'étranger d'un mineur d'âge, les frais de séjour d'une personne accompagnante sont à charge de l'assurance maladie sur demande expresse et jusqu'à concurrence du montant prévu dans les statuts de la Caisse nationale de santé.

La prise en charge des cures de convalescence dispensées à l'étranger en dehors du règlement de coordination (CE) n° 883/2004 se fait conformément aux conditions et modalités prévues aux statuts de la Caisse nationale de santé. Les frais de voyage ne sont pas pris en charge.

5 LE PRINCIPE DE LA MÉDICATION ÉCONOMIQUE

Les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale.

Les statuts de la Caisse nationale de santé prévoient à titre de sanction, l'avertissement, la récupération des sommes correspondantes aux prestations et fournitures abusivement obtenues, ainsi que la domiciliation auprès d'un prestataire déterminé.

L'assuré doit restituer les prestations indûment touchées. Les montants à payer ou à restituer par l'assuré peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances de l'assuré ou être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale.

Est considéré comme abus de consommation de prestations à charge de l'assurance maladie, le fait par l'assuré :

1) de se faire délivrer à charge de l’assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical, des prestations de soins de santé ou des fournitures sur prescription d'un médecin qu'il a sciemment laissé dans l'ignorance des moyens de diagnostic et thérapeutiques mis en oeuvre par d'autres médecins pour les mêmes troubles de la santé au cours des trois mois précédents ;
2) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de deux médecins différents de la même discipline médicale dans un intervalle de 6 mois consécutifs ;
3) de solliciter, sans justification admise par le Contrôle médical, les services de plus de trois médecins différents de quelque discipline que ce soit dans un intervalle de trois mois. Les services des médecins-dentistes, des radiologues, des ophtalmologues et des médecins en anesthésie-réanimation ne sont pas pris en compte aux fins de la détermination du nombre de médecins sollicités ;
4) de provoquer la répétition de prestations en série en matière de physiothérapie, de psychomotricité ou d'orthophonie en raison de l'interruption injustifiée d'un traitement dûment prescrit et autorisé ;
5) de se procurer à charge de l'assurance maladie et sans justification admise par le Contrôle médical des médicaments qui sont prescrits par au moins deux médecins différents à des doses qui seules ou en association dépassent sensiblement les recommandations thérapeutiques ou qui sont pris dans des troubles non repris dans les indications pour lesquelles l'autorisation de mise sur le marché a été accordée.

Les décisions portant constatation par le contrôle médical des abus sont notifiées à l'assuré dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le droit commun. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement application immédiate des sanctions prévues par les instances compétentes.

Les sanctions sont pareillement appliquées en cas de jugement coulé en force de chose jugée confirmant les abus constatés.

Les sanctions sont les suivantes :

a) Pour la première constatation d'un des abus de chacune des catégories énumérées ci-avant il est prononcé un avertissement.

b) Pour la deuxième constatation d'un des abus de chacune des catégories énumérées ci-avant

- la prise en charge des prestations et fournitures de même nature dont la délivrance injustifiée est obtenue par les faits visés aux points 1) et 5) ci-avant est refusée ;
- la prise en charge des honoraires des médecins sollicités en dernier lieu et par dépassement de la norme prévue aux points 2) et 3) ci-avant, ainsi que des prestations et fournitures prescrites par ces médecins est refusée ;
- dans le cas visé au point 4) ci-avant, la prise en charge des prestations prévues par l'ordonnance médicale se rapportant au traitement interrompu est refusée ;

  La Caisse nationale de santé procède à la récupération des sommes correspondantes aux prestations et fournitures abusivement obtenues au cours d'une période maximale de vingt-quatre mois précédant la décision afférente du comité directeur, sans que le point de départ de cette période ne puisse se situer antérieurement à la date de la première constatation de l'abus par le comité directeur.

c) Dans le cas de récidive dans le délai de vingt-quatre mois à compter de la dernière décision coulée en force de chose jugée sanctionnant un des abus prévus sous les points 1), 2), 3) et 5) ci-avant, la personne protégée est domiciliée temporairement auprès d'un médecin omnipraticien de son choix. Les services de médecins spécialistes qu'elle sollicite durant cette période à charge de l'assurance maladie sont obtenus par un transfert du médecin généraliste.

Sauf le cas d'urgence les prestations délivrées ou ordonnées par d'autres médecins en contravention aux dispositions visées au point 3) ci-avant ne donnent pas lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Dans les mêmes conditions et dans les cas visés aux points 1) et 5) ci-avant, la personne protégée peut également être domiciliée temporairement auprès d'un pharmacien de son choix.

La durée de la domiciliation est fixée par l'instance compétente en rapport avec l'importance des abus constatés.

Elle ne peut excéder une période de deux ans. Elle peut toutefois être renouvelée pour la même durée maximale pour chaque récidive.

Les prestations dont la prise en charge par l'assurance maladie est refusée à titre de sanction font l'objet d'une communication à la personne protégée et aux médecins et prestataires intéressés.

Prestations en espèces en cas de maladie

6

Dans le système de généralisation de la continuation de la rémunération, retenu par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, l'employeur indemnise en moyenne les treize premières semaines de l'incapacité de travail, l'assurance maladie intervenant, le cas échéant, pour le reste de la période d'indemnisation.

Par période d'incapacité de travail on entend les jours civils consécutifs pendant lesquelles l'assuré est de façon ininterrompue incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident [1)].

A noter qu'à côté du régime général, un régime dérogatoire est prévu pour les salariés occupés dans le ménage privé de l'employeur dans lequel la Caisse nationale de santé devra assurer l'indemnisation dès le 1er jour.

1 CONTINUATION DE LA RÉMUNÉRATION

1.1 Base légale

D'après l'article L. 121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail "le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte."

Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe

---

1) Article 169 des statuts de la Caisse nationale de santé.

l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.

1.2 Durée de la continuation de la rémunération

La période minimale à couvrir par l'employeur est fixée à 77 jours, soit onze semaines, pendant une période de référence de douze mois de calendrier. Quand l'employeur a complété la période de 77 jours, il est toutefois obligé à maintenir le paiement de la rémunération jusqu'à la fin du mois en cours. Si les 77 jours sont atteints au dernier jour du mois, il a rempli ses obligations et l'indemnisation d'éventuelles périodes d'incapacité de travail ultérieures sera à charge de la Caisse nationale de santé. Si par contre les 77 jours sont atteints le premier jour d'un mois, la charge de l'indemnisation ne passera à la Caisse qu'au premier jour du mois suivant, prolongeant ainsi la période du maintien de la rémunération d'une durée variant entre 27 jours (février) et 30 jours (mois à 31 jours). La durée maximale de la conservation de la rémunération atteint par conséquent 107 jours ou quinze semaines et deux jours. En tenant compte de la répartition des incapacités de travail suivant leur durée, la moyenne atteint le nombre visé de treize semaines. Afin d'exclure le retour de la charge de l'indemnisation de la Caisse vers l'employeur par le jeu du changement des mois compris dans la période de référence dès le mois suivant celui au cours duquel la période de 77 jours a été parfaite, le nouveau texte prévoit que si la durée du maintien de la rémunération prise en compte tombe au-dessous de 77 jours, la charge retournera à l'employeur au plus tôt au début du mois suivant.

L'exemple qui suit illustre la mise en œuvre pratique des dispositions:

Un employeur embauche un salarié au 1er septembre 2005. Entre septembre 2005 et décembre 2006, le salarié a été incapable de travailler pendant

- 1 journée en novembre 2005,
- 5 jours en février 2006,
- 2 jours en octobre 2006,
- 30 jours en novembre 2006 et
- 31 jours en décembre 2006.

Le salarié reste incapable de travailler en janvier 2007 (31 jours), février (28 jours), mars (31 jours) et reprend son travail après 10 jours d'incapacité en avril. L'employeur sait à la fin du mois d'octobre 2006 qu'en cas d'absence continue prolongée du salarié, la 77e journée d'incapacité sera atteinte le 9 janvier de l'année suivante et que le salarié aura droit au maintien de sa rémunération jusqu'à la fin du mois de janvier 2007. Le 31 octobre 2006, l'employeur totalise les journées d'incapacité de novembre 2005 à octobre 2006 (total: 8 jours). Il sait qu'en refaisant le même exercice au 30 novembre, il aura à considérer les

incapacités de décembre 2005 à novembre 2006, donc 7 jours auxquels s'ajouteront au maximum 30 jours (total: 37 jours) si le salarié était absent pendant le mois entier de novembre. Dans la même hypothèse, un total de 68 jours serait atteint au 31 décembre (période de référence: janvier à décembre). Resteraient donc à couvrir 9 jours en janvier 2007 pour atteindre le minimum des 77 jours. Le paiement devrait se poursuivre jusqu'à la fin du mois et à ce moment il aurait couvert une période de 99 jours (période de référence: février 2006 à janvier 2007). Il peut être certain qu'en absence d'une reprise du travail, le mois de février sera couvert par la caisse. Pour le mois de mars, il refait son calcul: entre avril 2006 et mars 2007, il atteindra au maximum un total de 2+30+31+31=94 jours indemnisés par lui. Au plus tard au moment de l'entrée du certificat d'incapacité de travail couvrant la journée du 9 janvier, la Caisse nationale de santé sait qu'à partir du 1er février, toute incapacité de travail nouvelle donnera lieu à l'octroi d'une indemnité pécuniaire de maladie. Théoriquement la charge ne pourra retourner à l'employeur qu'au plus tôt au mois de mars, à condition que le total des périodes d'incapacité couvertes par la continuation de la rémunération entre mars 2006 et février 2007 tombe au-dessous de 77 jours.

Dès l'entrée du certificat couvrant une période supplémentaire de 5 jours correspondant aux 5 jours d'absence de février 2006 qui ne feront plus partie de la période de référence de mars 2007, la caisse sera certaine que le mois de mars restera également à sa charge, tout comme les mois d'avril à septembre, même en cas de reprise du travail. Quand l'assuré reprend son travail le 11 avril 2007, l'employeur a maintenu la rémunération pendant un total de 94 jours au cours des mois de mai 2006 à avril 2007. Par l'effet du glissement de la période de référence, ce total se réduira à 92 jours en octobre 2007 et à 62 jours en novembre 2007, donc au-dessous des 77 jours à couvrir. Toute absence au cours du mois de décembre 2007 donnera par conséquent de nouveau lieu à une indemnisation par l'employeur. Il sera certain de devoir maintenir le paiement de la rémunération également en janvier 2008 car les jours pris en compte ne dépasseront guère les 62 jours. En cas d'absence continue du salarié en décembre et janvier, les 77 jours pourront être dépassés de nouveau en février de sorte que la caisse de maladie reprendrait la charge de l'indemnisation jusqu'à la fin de l'année - ou jusqu'à ce que le total des périodes d'incapacité atteindra le maximum de 52 semaines au cours d'une période de référence de 104 semaines.

1.3 Base de calcul

Pendant les treize premières semaines, le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail. L'article L. 121-6 du Code du Travail, applicable avant le 1er janvier 2009 aux employés privés et que le statut unique a généralisé pour l'ensemble des salariés du secteur privé, n'a donné lieu ni à contestation ni à jurisprudence. Il correspond donc à une pratique bien établie qui n'est pas remise en cause. Tous les éléments de rémunération contractuels individuels et collectifs, répondant au critère de la régularité structurelle sont pris en compte dans la base de calcul. A contrario, des éléments de nature conjoncturelle ne le sont pas.

1.4 Mutualisation des risques de l'employeur

a) Affiliation

Pour compenser les charges des employeurs résultant de leurs obligations en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, il a été créée une Mutualité des employeurs. La Mutualité constitue une sorte de réassurance des employeurs pour le risque d'incapacité de travail de leurs salariés.

L'affiliation à la Mutualité est obligatoire pour tous les employeurs, à l'exception:

- de l'Etat, des communes, des établissements publics et de la SNCFL pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps;
- des personnes occupées pour des travaux de ménage privés;
- des indépendants pour lesquels l'affiliation est volontaire;
- à titre transitoire des entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance privée en vue de la couverture du risque visé.

b) Remboursement

Les statuts de la Mutualité déterminent les conditions, modalités et limites des remboursements qui peuvent être différenciés suivant des critères qu'ils fixent. D'après ces statuts, le remboursement à l'employeur est déterminé sur base:

- de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question;
- des heures totales correspondant à cette assiette. Sont considérées comme heures totales, les heures de travail effectivement prestées, à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel, au congé politique, au congé pour la recherche d'un nouvel emploi, au temps de repos de compensation pour heures supplémentaires, au congé annuel payé de recréations et aux congés annuels payés supplémentaires, à la dispense pour mandats syndicaux, au congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel ainsi qu'aux congés spéciaux, prévus par le droit du travail;
- des heures réclamées à titre de remboursement.

Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de 80 pour cent de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour l'assurance pension, l'assurance maladie et l'assurance accident.

c) Procédures

Les remboursements sont effectués par le Centre commun de la sécurité sociale pour compte de la Mutualité par compensation avec les cotisations dues. A cet effet, les employeurs sont tenus de déclarer chaque mois au Centre commun de la sécurité sociale, outre la rémunération du mois précédent et les heures totales (voir ci-dessus sous "remboursement"), les périodes d'incapacité de travail de leurs salariés. En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait travaillé. Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base de définition que les heures totales. Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur doit faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale, sur demande expresse de ce dernier et aux fins du remboursement, une copie du certificat médical.

Pendant la période de conservation légale du salaire, la Mutualité assure en outre le remboursement intégral du salaire et autres avantages, charges patronales inclues, avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant:

- le congé pour raisons familiales;
- le congé d'accompagnement;
- les périodes d'essai des apprentis et des salariés la période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue;
- les périodes indemnisées en cas d'accident de travail.

La Mutualité assume donc tous les remboursements aux employeurs, également ceux dont la charge financière revient intégralement à la Caisse nationale de santé, à l'assurance accident ou à l'Etat. A cet effet, le Centre commun demande mensuellement le remboursement à la Caisse nationale de santé des montants mis au crédit des cotisants du chef de congé pour raisons familiales, de congé d'accompagnement ou d'une incapacité de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois. De même, il demande mensuellement le remboursement des montants avancés pour compte de l'Association d'assurance accident.

2 CONTRÔLE DE L'ABSENTÉISME

2.1 Contrôle

La loi habilite les statuts de la Caisse nationale de santé de déterminer les modalités de contrôle des incapacités de travail, y compris celles indemnisées au titre de la continuation de la rémunération. Les moyens de contrôle des malades sont renforcés. Les statuts peuvent aussi imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre.

La loi et les statuts de l'assurance maladie distinguent entre le contrôle médical et le contrôle administratif des malades. Deux types de contrôle sont prévus:

- Par contrôle médical des personnes portées incapables de travailler on entend la constatation par un médecin-conseil de la Sécurité sociale si, au regard de son état de santé la personne contrôlée est capable ou non de reprendre son activité professionnelle.
- Par contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler on entend la présentation des contrôleurs assermentés commis par la Caisse nationale de santé, porteurs d'une carte d'habilitation, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne portée incapable de travailler. Le contrôle des personnes portées incapables de travailler peut également avoir lieu dans les endroits publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins, afin de constater si la personne portée incapable de travailler se conforme aux dispositions légales (article 16 du Code de la sécurité sociale) envisageant l'organisation de mesures de contrôle par les statuts de l'assurance maladie notamment en ce qui concerne son lieu de séjour pendant l'incapacité de travail.

D'une manière générale le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informe de l'absence au travail d'un assuré en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce contrôle s'étend tant aux périodes de continuation de la rémunération par l'employeur que celles à charge de la Caisse nationale de santé. Les contrôles peuvent être effectués sur demande écrite dûment motivée de l'employeur.

Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 08.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqués comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

Pour chaque personne contrôlée il est tenu un dossier de contrôle où sont consignés les constats de contrôle et généralement tous les faits significatifs et incidents en rapport avec le déroulement et le résultat du contrôle. Lors du contrôle administratif il est dressé un constat de présence ou de contravention aux dispositions statutaires de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal signé par le contrôleur, indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

Si le contrôleur constate une absence, il laisse une notice de sa présence sur le lieu de contrôle. Cette notice est valablement déposée dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. A défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne portée incapable de travailler. La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de trois jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet postal faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle. Dans la mesure où un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

La Caisse nationale de santé opère des contrôles d'office sur les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépasse une fréquence raisonnable respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire pour dépassement des références médicales. Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de quatre médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs. Le contrôle s'étend encore aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médiaux consignés sur quatre constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs. Ces personnes visées peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical.

Suivant accord[1)] entre le gouvernement luxembourgeois et le gouvernement français, la Caisse nationale de santé dispose de la possibilité de demander aux institutions compétentes françaises d'effectuer des contrôles des malades d'assurés affiliés à la sécurité sociale luxembourgeoise mais résidant en France. La Caisse nationale de santé peut également demander la justification d'un arrêt de travail en mandatant un médecin de son choix exerçant sur le territoire français d'effectuer une visite auprès de l'assuré concerné.

2.2 Sanctions

Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles relatifs à l'absentéisme ayant abouti à la constatation d'une contravention aux statuts, après que l'assuré ait pu épuiser la faculté de justification d'absence.

Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux dispositions statutaires suivantes:

1. Absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque
   a) la notice contenant les justifications de l'absence
      - n'a pas été retournée par l'assuré;
      - a été retournée en dehors du délai indiqué;
   b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.
2. Manquement aux obligations de l'assuré.
3. Manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

En cas de litige devant les juridictions du travail tenant à la constatation d'une contravention tenant à l'absentéisme, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitivement acquises par défaut d'opposition ou coulées en force de chose jugée.

---

1) ACCORD entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg pour le développement de la coopération et de l'entraide administrative en matière de sécurité sociale (Mém. A 166 du 22 août 2014, p.2520).

2.3 Régime des sorties du malade

(Extrait des statuts de l'assurance maladie)

Art. 199. (1) Par sortie de la personne portée incapable de travailler on entend l'éloignement, pendant la période d'incapacité de travail, de la personne incapable de travailler de son domicile ou du lieu de séjour indiqué par elle.

(2) Sauf les dérogations prévues par les présents statuts et nonobstant indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les périodes d'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

(3) On entend par périodes déclarées de l'incapacité de travail, celles que la personne portée incapable de travailler a déclarées à son employeur ou à la Caisse nationale de santé comme étant celles où elle sera prévisiblement absente de son travail pour cause de maladie ou d'accident.

Art. 200. Par dérogation à l'article précédent, la personne portée incapable de travailler peut s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour dans les hypothèses prévues ci-dessous:

a) à partir du premier jour d'incapacité de travail:

1. pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande. La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens;

2. pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas;

b) à partir du cinquième jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant au continu cinq jours civils: pour les sorties non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures.

Art. 201. Les dispositions des articles 198 à 200 ne s'appliquent pas aux personnes bénéficiant d'un congé de maternité, d'un congé d'accueil, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé pour raisons familiales ou d'un congé d'accompagnement ou auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

Art. 202. Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de six semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43e jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie prévues aux articles 198 à 200.

Art. 203. (1) Sauf autorisation spécifique accordée conformément aux dispositions de l'article 16, alinéa 1 sous 3 du Code de la sécurité sociale et dans les conditions visées aux dispositions des paragraphes (3) et (4) ci-après, le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Cette règle ne vaut pas dans l'hypothèse où l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée.

(2) En application de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise pour tout séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée pendant une période d'incapacité de travail. Cette autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour une période ne pouvant dépasser une semaine ouvrable, sur avis circonstancié du médecin-traitant dans les cas limitativement énoncés ci-après:

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité;

2. décès intervenu à l'étranger d'un parent ou allié du 1er degré ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats;

3. naissance à l'étranger d'un enfant de la personne portée incapable de travailler.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

(3) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable pour une période déterminée est accordée par la Caisse nationale de santé sur avis circonstanciés et concordants du médecin-traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans des cas de pathologie ou de maladie graves.

(4) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est réputée acquise si le séjour à l'étranger de la personne portée incapable de travailler se limite à la région limitrophe et permet de réunir les conditions suivantes:

1. organisation du contrôle administratif;

2. organisation du contrôle médical;

3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document "S2", prévu par la réglementation européenne.

(5) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la personne pour laquelle un droit aux soins palliatifs conformément aux articles 1er de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs est ouvert est autorisée à séjourner dans un pays différent de celui où elle est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande écrite lui adressée au préalable.

(6) Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux personnes auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

Les compétences du Contrôle médical de la sécurité sociale sont étendues aux périodes d'incapacité de travail à charge de l'employeur et les moyens de contrôle des malades sont renforcés.

L'employeur garde toute latitude de sanctionner, sous le contrôle des juridictions du travail, le cas échéant, par un licenciement, un comportement fautif du salarié consistant en une absence abusive pour une prétendue maladie qui se révélerait être inexistante. Des sanctions disciplinaires pourront également être prévues par les conventions collectives.

3 INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES DE MALADIE

En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie. L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération et pour les non-salariés jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes assurées, âgées de moins de soixante-huit ans.

La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l’indemnité pécuniaire de maladie.

3.1 Durée de l'indemnisation

Le droit à indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail, à condition que celle-ci ait été déclarée à la Caisse nationale de santé, moyennant formulaire délivré par le médecin traitant avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail. La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur deux jours[1)].

L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. A cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail.

---

1) Articles 170 et 171 statuts de la Caisse nationale de santé.

Si, en accord avec l'assuré et l'employeur, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime indiquée une reprise du travail à mi-temps pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, la Caisse nationale de santé en informe par écrit les deux parties. La moitié seulement de la période en cause est mise en compte comme période d'incapacité de travail, la fraction de jour étant négligée.

A la demande écrite de l'assuré, l'indemnité pécuniaire est accordée au-delà de la limite des cinquante-deux semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant au total pas quatorze jours par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est incapable de travailler sans être atteint d'invalidité permanente ou transitoire, à condition qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail l'assuré ait exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance et que la période en question ne donne droit ni à l'octroi d'une rente complète d'accident, ni à la conservation légale de la rémunération. Avant d'émettre son avis, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut demander l'établissement par le médecin traitant d'un certificat détaillé et motivé.

En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. Les dispositions ci-avant ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés ci-avant.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toutes pièces :

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation ;
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autres revenus tels que précisés ci-avant.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu ces documents, le paiement de l'indemnité est suspendu :

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours ;
- à partir du 1er jour de toutes éventuelles prolongations de l'incapacité de travail.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant l'échéance du risque invalidité prend fin à la date où les conditions d'attribution de la pension d'invalidité sont remplies. Au cas où l'indemnité pécuniaire a été versée au-delà de cette date, le versement cesse à la fin du mois au cours duquel le Contrôle médical de la sécurité sociale a constaté l'invalidité, le trop-perçu éventuel restant acquis à l'intéressé.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la Commission mixte sur le reclassement professionnel.

3.2 Détermination de l'indemnité pécuniaire de maladie

Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail. L'assiette cotisable est constituée par le revenu professionnel correspondant à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires. Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent. Sont portées en compte séparément:

- la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse;
- la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

A défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.

Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance dépendance, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales.

Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires.

Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue postnumerando.

3.3 Suspension des prestations

L'indemnité pécuniaire n'est pas payée :

- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical ;
- tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus dans le cadre de la procédure de reclassement professionnel ;
- tant que le bénéficiaire séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie ;
- tant que l'assuré se trouve en état de détention ;
- tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Les prestations en espèces octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution. Les sommes indûment touchées doivent être restituées par le bénéficiaire. Elles peuvent également être déduites des prestations ou des arrérages restant dus ou être recouvrées par le Centre commun de la sécurité sociale.

4 RÉGIME DÉROGATOIRE POUR LE PERSONNEL DE MÉNAGE

Par dérogation au régime général, la Caisse nationale de santé rembourse à l'employeur les sommes payées à titre d'indemnisation des incapacités de travail au cours de la période de conservation légale de la rémunération pour le personnel occupé dans son ménage. L'indemnité pécuniaire est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

5 CONGÉ POUR RAISONS FAMILIALES

L'assuré ayant à charge un enfant, âgé de moins de quinze ans accomplis, nécessitant en cas de maladie grave, d'accident ou d'autre raison impérieuse de santé la présence de l'un de ses parents peut prétendre au congé pour raisons familiales. La limite d'âge de quinze ans accomplis ne s'applique pas pour les enfants handicapés.

La durée du congé pour raisons familiales ne peut pas dépasser deux jours par enfant et par an. Pour les enfants handicapés la durée du congé pour raisons familiales est portée à quatre jours par an. Le congé pour raisons familiales peut être fractionné. La durée du congé pour raisons familiales peut être prorogée, sur avis conforme du Contrôle médical de la sécurité sociale, pour les enfants atteints d'une maladie ou d'une déficience d'une gravité exceptionnelle. La durée maximale de la prorogation est limitée à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines qui prend fin la veille du premier jour couvert par un certificat médical attestant la maladie, l’accident ou d’autres raisons impérieuses de santé de l’enfant, la nécessité de la présence du bénéficiaire et la durée de celle-ci.

L'absence du bénéficiaire au titre d'un congé pour raisons familiales est justifiée moyennant un certificat médical attestant la maladie, l'accident ou d'autres raisons impérieuses de santé de l'enfant, la nécessité de la présence du bénéficiaire et la durée de celle-ci. Le bénéficiaire est obligé, le jour même de son absence, d'en avertir personnellement ou par personne interposée, soit oralement soit par écrit, l'employeur ou le représentant de celui-ci.

La période du congé pour raisons familiales est assimilée à une période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. L'employeur, qui fait l'avance des indemnités dues, se voit rembourser à 100 pour cent par la Mutualité. La Mutualité se fait rembourser par la Caisse nationale de santé, qui impute les frais à charge de l'Etat.

Prestations en cas de maternité

7

Bien que la maladie et la maternité soient des éventualités distinctes - une grossesse sans complications n'est pas un état morbide - les similarités entre les deux sortes de prestations sont telles qu'on les a regroupées légalement et administrativement en une branche unique: l'assurance maladie-maternité. Les deux éventualités entraînent en principe une interruption de l'emploi relativement brève et les prestations pendant cette période sont semblables dans les deux cas.

Le régime couvrant la maladie et la maternité assure les soins médicaux et les soins requis par la grossesse et l'accouchement, ainsi que la perte de gain subie pendant la période de protection légale de la femme enceinte et accouchée. Il n'existe pas d'obligation patronale pour indemniser une perte de revenu liée à la maternité.

1 PRESTATIONS EN ESPÈCES

Du fait de la ressemblance entre les prestations de maladie et de maternité - les deux éventualités entraînant une interruption de l'emploi relativement brève et une prise en charge par l'assurance maladie-maternité - la détermination des montants à allouer est identique[1]. En résumé, l'indemnité pécuniaire de maternité est calculée comme l'indemnité pécuniaire de maladie.

1.1 Congé de maternité

Les assurées exerçant une occupation professionnelle soumise à assurance ont droit, pendant le congé de maternité, à une indemnité pécuniaire de maternité, sous condition d'être affiliés à titre obligatoire pendant 6 mois au moins au cours de l'année précédant le congé de maternité. A noter qu'il s'agit des seules prestations de l'assurance maladie - maternité à être soumises à un stage d'affiliation.

---

1) Le système d'indemnisation est expliqué en détail dans le chapitre précédant traitant de l'indemnité pécuniaire de maladie.

L'indemnité pécuniaire de maternité est allouée pendant la durée du congé prénatal obligatoire, à savoir 8 semaines avant l'accouchement.

La femme enceinte ne peut être occupée pendant les 8 semaines précédant la date présumée de l'accouchement. Cette période, dite congé prénatal, est attestée par un certificat médical indiquant la date présumée de l'accouchement.

Pour avoir force probante, le certificat médical ne peut remonter à plus de 12 semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

La durée du congé postnatal est de 8 semaines après l'accouchement et peut être portée à 12 semaines:

- en cas d'accouchement prématuré (un certificat médical attestant que l'accouchement a eu lieu avant l'achèvement de la 37e semaine de la grossesse est nécessaire);
- en cas d'accouchement multiple;
- en cas d'allaitement de l'enfant par sa mère (un certificat établi au plus tôt 5 semaines après l'accouchement est nécessaire).

Si l'accouchement a lieu avant la date présumée, la partie du congé prénatal non prise est ajoutée au congé postnatal sans que la durée totale du congé de maternité ne puisse excéder 20 semaines. Quand l'accouchement a lieu après la date présumée, le droit au congé de maternité est étendu jusqu'à la date effective de l'accouchement[1)] sans que la durée du congé postnatal ne puisse être réduite de ce fait.

Pendant le congé de maternité, un droit à une indemnité pécuniaire est ouvert. Cette indemnité est établie de la même façon que l'indemnité pécuniaire de maladie sans pouvoir être cumulée avec elle.

L'indemnité pécuniaire de maternité n'est pas payée en cas de conservation de la rémunération au cours du congé de maternité. Ceci concerne les fonctionnaires.

L'indemnité pécuniaire de maternité se prescrit par 3 années à compter de l'ouverture du droit.

En cas de décès de l'assurée, l'indemnité pécuniaire de maternité est payée à la personne qui prend à sa charge l'entretien de l'enfant.

---

1) Pour plus de précisions en ce qui concerne le congé de maternité, il y a lieu de se reporter aux articles L. 332-1 et suivants du Code du travail.

Exemple:

Le terme prévu de l'accouchement est prévu pour le 27 juillet 2007, alors que l'accouchement effectif a lieu le 18 juillet 2007.

Le congé prénatal débute le 1er juin 2007, c.-à-d. 8 semaines avant le terme initialement prévu.

Le congé postnatal prend fin en date du 20 septembre 2007 (8 semaines + 9 jours perdus du congé prénatal), respectivement le 19 octobre 2007 en cas d'allaitement (12 semaines + 9 jours perdus du congé prénatal).

1.2 Congé d'accueil

La législation prévoit un congé de 8 semaines en cas d'adoption d'un enfant et de 12 semaines en cas d'adoption multiple. Une attestation délivrée par le tribunal selon laquelle une procédure d'adoption est introduite, doit être versée. L'enfant adopté ne doit pas encore être admis à la première année d'études primaires.[1)]

Le stage pour le congé d'accueil est identique que celui en matière de maternité, c'est à dire affiliation obligatoire pendant 6 mois au moins au cours de l'année précédant l'accueil.

L'indemnité pécuniaire est calculée de la même manière que l'indemnité pécuniaire de maternité.

1.3 Dispense de travail

La loi qualifie un certain nombre de travaux comme dangereux pour la santé et la sécurité d'une femme enceinte ou allaitante et distingue deux catégories de travaux à risques:

- les travaux liés à des risques dus à des agents physiques (p. ex. soulèvement ou transport de charges dont le poids dépasse 5 kilos, les travaux nécessitant la station debout ou exigeant une position accroupie…);
- les travaux liés à des risques dus à des agents biologiques ou chimiques.

Pour ce genre de travaux, l'employeur est tenu d'aménager provisoirement les conditions ou le temps de travail.[2)] Si un tel aménagement s'avère techniquement ou objectivement impossible, la femme enceinte doit être affectée à un autre poste de travail avec maintien de son salaire. En cas d'impossibilité d'une autre affectation, l'intéressée est dispensée du travail.

---

1) Pour plus de précisions sur le congé d'accueil pour les salariés du secteur privé: voir loi modifiée du 14 mars 1988 (Mém. A 12 du 30 mars 1988, p. 127) et articles L.234-56 et suivants du Code du travail.

2) Cette étape n'est pas prévue pour les travaux de la 2e catégorie.

L'évaluation des travaux dangereux, de même que les décisions relatives aux aménagements, affectations ou dispenses se font sur avis du médecin de travail compétent.

Pendant la dispense de travail, il est accordé une indemnité pécuniaire à charge de la caisse de maladie.

1.4 Travail de nuit

La femme enceinte ne peut être tenue de travailler entre 10 heures du soir et 6 heures du matin, lorsque de l'avis du médecin du travail compétent cela est nécessaire du point de vue de sa sécurité ou de sa santé.

L'employeur est tenu de l'affecter à un poste de travail de jour avec obligation pour lui d'avancer son salaire antérieur. La différence de revenu résultant du transfert de poste est à charge de la caisse de maladie.

2 PRESTATIONS EN NATURE

Depuis, l'introduction de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les prestations de maternité ont été intégrées dans le financement normal par cotisations. Donc, toutes les prestations en nature font partie des prestations accordées en matière d'assurance maladie.

A cet effet, l'Etat, les employeurs et les assurés contribuent ensemble au financement de la maternité par la voie des cotisations. Auparavant, l'Etat a pris en charge entièrement tous les frais relatifs à la maternité.

Les prestations en cas de dépendance

8

L'assurance dépendance [1)] a pour objet de compenser au moins en partie les frais générés par les soins et le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. La prise en charge de ces dépenses par la collectivité se justifie à la fois par la généralité et l'uniformité du risque qui peut toucher tout un chacun à n'importe quel âge et par l'importance des frais qui ne peuvent guère être assumés par une personne seule ou même par sa famille. L'assurance dépendance crée un droit inconditionnel aux prestations, c'est-à-dire sans examen des ressources des personnes dépendantes.

L'assurance dépendance a principalement pour objet la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante, qui vit à domicile ou dans un établissement d'aides et de soins, au moyen :

- de prestations en nature ;
- d'aides techniques et d'adaptations du logement.

Pour la personne dépendante qui vit à domicile, la prise en charge peut comporter des prestations en espèces en remplacement des prestations en nature.

1 DÉFINITION DE LA DÉPENDANCE

"Est considéré comme dépendance, l'état d'une personne qui, par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie".

---

1) La loi du 23 décembre 2005 (Mém. A 215 du 28 décembre 2005, p. 3370) a modifié différentes dispositions de la législation applicable en matière d'assurance dépendance. Ces nouvelles dispositions sont entrées en vigueur au 01 janvier 2007.

1.1 Concept d'assistance d'une tierce personne

L'assistance d'une tierce personne peut prendre différentes formes.

Elle peut consister:

- soit à effectuer totalement ou partiellement les actes essentiels de la vie à la place de la personne dépendante ;
- soit à surveiller ou soutenir la personne dépendante pour qu'elle puisse exécuter les actes de façon autonome.

1.2 Concept d'acte essentiel de la vie

Les actes essentiels de la vie comprennent:

- dans le domaine de l'hygiène corporelle: se laver, assurer son hygiène buccale, soigner sa peau et ses téguments, éliminer ;
- dans le domaine de la nutrition: la préparation en vue de l'absorption d'une alimentation adaptée et l'assistance pour l'absorption de cette alimentation ;
- dans le domaine de la mobilité: exécuter les transferts et les changements de position, s'habiller et se déshabiller, se déplacer à l'intérieur du logement, se tenir dans une posture adaptée, monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.

1.3 Concept de besoin

Le besoin doit être important et régulier.

La personne dépendante peut bénéficier des prestations si elle requiert des aides et soins dans un ou plusieurs des domaines des actes essentiels de la vie pour un minimum de 3,5 heures par semaine.

Il faut en outre que la durée de l'état de dépendance soit prévisible pour un minimum de 6 mois ou soit irréversible.

Quatre points importants doivent être soulignés dans la définition:

- le besoin d'aide doit concerner un ou plusieurs domaines des actes essentiels de la vie (hygiène corporelle, nutrition, mobilité) ;
- l'état de dépendance doit être consécutif à une cause médicale ;
- l'état de dépendance doit être prévisible pour une durée minimale de six mois ou être irréversible ;
- le besoin d'aide doit représenter un minimum de 3,5 heures par semaine dans un ou plusieurs domaines des actes essentiels de la vie.

L'évaluation de l'état de dépendance dont il sera question ci-dessous a pour objectif de vérifier l'existence de ces quatre éléments.

Le bénéfice des prestations d'assurance dépendance est encore ouvert si la personne protégée requiert des soins palliatifs.

2 CERCLE DES BÉNÉFICIAIRES

Le bénéfice des prestations est ouvert aux personnes dépendantes assurées en matière d'assurance maladie.

Pour les assurés à titre obligatoire il n'y a pas de condition de stage, c'est-à-dire ils bénéficient de la protection de l'assurance dépendance, dès le premier jour de l'affiliation.

Pour les assurés à titre volontaire, il faut distinguer deux catégories, ceux qui ont conclu une assurance continuée et ceux qui ont conclu une assurance facultative :

- pour les personnes qui ont perdu leur qualité d'assuré et qui ont demandé à conclure une assurance continuée il n'y a pas de stage. Cependant, une personne a seulement la possibilité de conclure une assurance continuée si elle a été affiliée pendant au moins six mois avant la perte d'affiliation.
- pour les personnes qui ne peuvent bénéficier autrement d'une protection en matière d'assurance maladie et qui ont demandé à conclure une assurance facultative, il y a une condition de stage d'une année.

Les règles concernant le maintien des droits, prévues en matière d'assurance maladie s'appliquent également en matière de dépendance.

3 PRESTATIONS EN CAS DE MAINTIEN A DOMICILE

L'un des principes directeurs de l'assurance dépendance est de privilégier le maintien à domicile par rapport à l'hébergement en établissement d'aides et de soins.

Cette priorité procède du souci de permettre à toute personne de vivre aussi longtemps que possible dans de bonnes conditions à son domicile. Pour atteindre cet objectif, l'assurance dépendance prend en charge les prestations suivantes :

- les prestations en nature ;
- la prestation en espèces ;
- les produits nécessaires aux aides et soins ;
- les aides techniques ;
- les adaptations du logement ;
- la cotisation à l'assurance pension en faveur de l'aidant informel.

3.1 Prestations en nature

Les prestations en nature en cas de maintien à domicile sont les aides ou les soins apportés à la personne dépendante par un réseau d'aides et de soins.

La personne dépendante peut avoir droit :

a) ***à une aide ou des soins pour les actes essentiels de la vie.*** Il s'agit d'aide ou de soins pour

- l'hygiène corporelle : se laver, se brosser les dents, prendre soin des cheveux, de la barbe et des ongles, utiliser les toilettes ;
- la nutrition : adapter la nourriture pour qu'elle puisse être absorbée, manger, boire ;
- la mobilité : se lever, se coucher, changer de position, s'habiller, se déshabiller, mettre une prothèse, se déplacer à l'intérieur du logement, se tenir debout monter et descendre les escaliers, sortir du logement et y rentrer.

b) ***à une aide pour les tâches domestiques.*** Il s'agit d'une aide pour

- entretenir le logement ;
- entretenir le linge et les vêtements ;
- faire les courses ;
- faire la vaisselle.

c) ***à des activités de soutien*** *dont l'objectif est d'intervenir auprès de la personne dépendante pour lui permettre de mieux assumer les actes essentiels de la vie. Les activités de soutien ont aussi pour objectif de permettre à l'entourage de la personne de trouver un répit régulier et organisé dans la prise en charge.*

Elles consistent en

- une garde/ surveillance individuelle pour la personne dépendante qui ne peut rester seule ;
- une garde/ surveillance en groupe ;
- un accompagnement pour des courses ou des démarches administratives ;
- activités spécialisées individuelles ;
- activités spécialisées en groupe ;

d) ***à des conseils :*** *le conseil est destiné à apporter à la personne dépendante ou à l'aidant informel, des instructions professionnelles pour la réalisation des actes essentiels de la vie compte tenu des limitations de la personne. Ces instructions peuvent aussi être destinées à permettre une utilisation correcte d'une aide technique.*

Les plafonds suivants sont applicables :

- pour les actes essentiels de la vie, l'aide peut atteindre un maximum de 24,5 heures par semaine ; ce plafond peut être porté à 38,5 heures par semaine pour des situations exceptionnellement graves, constatées par la Cellule d'évaluation et d'orientation.
- pour les tâches domestiques, cette aide représente une durée fixe de deux heures et demie par semaine. Elle peut être augmentée d'une heure et demie en cas de besoin exceptionnel, lié à l'état de dépendance de la personne, par exemple si, pour des raisons de santé le linge de la personne dépendante doit être très fréquemment changé ;
- pour les activités de soutien, l'aide peut atteindre un maximum de quatorze heures par semaine ;
- la durée du conseil est fixée au cas par cas.

Dans le cadre du maintien à domicile, la valeur d'une heure de prestation en nature (valeur monétaire) est fixée, pour l'année 2017 à 71,51 € pour les actes essentiels de la vie[1)] et 50,06 e pour les tâches domestiques. En centre semi stationnaire, la valeur monétaire d'une heure de prestation représente 67,71 €. La valeur monétaire des prestations en nature est indexée.

3.2 Prestation en espèces

Les prestations pour les actes essentiels de la vie et pour les tâches domestiques peuvent être remplacées partiellement ou intégralement par une prestation en espèces.

La prestation en espèces est destinée à rémunérer la personne qui apporte les aides et soins en dehors d'un réseau professionnel. Cette personne est habituellement appelée l'aidant informel. Le nombre d'heures d'aides et soins susceptibles d'être remplacées par une prestation en espèces est limité :

- jusqu'à 7 heures d'aides et de soins, la personne peut remplacer la totalité par une prestation en espèces ;
- entre 7 et 14 heures, seule la moitié peut être remplacée par une prestation en espèces ;
- au-delà de 14 heures, le remplacement n'est plus possible.

Le maximum qu'une personne dépendante peut obtenir sous la forme d'une prestation en espèces équivaut donc à 10,5 heures.

---

1) La valeur monétaire des prestations est pondérée par deux coefficients : le coefficient de qualification et le coefficient d'intensité. Le coefficient de qualification permet de tenir compte de la qualification requise par le professionnel pour exécuter l'acte. Dans le cas des actes essentiels de la vie, il s'agit de la qualification de l'aide socio-familial dont le coefficient est égal à 1. Pour les tâches domestiques, il s'agit de l'aide-ménagère dont le coefficient est égal à 0,7.

La prestation en espèces, pour une heure de soins pour les actes essentiels de la vie, équivaut à 25 €. Pour une heure d'aide pour les tâches domestiques, elle équivaut à 17,50 €.

Exemples de calcul de prestations:

1. Monsieur X a droit à 4 heures de soins pour les actes essentiels de la vie. Il choisit la prestation en espèces et remplace la prestation par de l'argent. Il recevra 4 heures à 25 €. Monsieur X reçoit donc 100 € par semaine. Il les verse à sa cousine qui le soigne.
2. Madame Y a droit à quinze heures d'aide et de soins pour les actes essentiels de la vie. Madame Y préfère recourir à l'aide de sa fille pour la majorité des soins et à l'aide du réseau pour certains soins que sa fille ne souhaite pas faire. Elle remplace les sept premières heures par de l'argent (7 heures à 25 €, soit 175 €). Elle remplace en plus la moitié entre sept et douze heures par de l'argent (2,5 heures à 25 €, soit 62,50 €). La fille de Madame Y devra lui apporter les aides et soins qui correspondent à 9,5 heures par semaine. Le réseau, quant à lui va intervenir pour prester 5,5 heures par semaine.

3.3 Produits nécessaires aux aides et soins

Il s'agit d'une somme forfaitaire qui permet à la personne dépendante d'acheter des produits nécessaires aux aides et soins (alèses et couches de protection pour incontinence). Le forfait est fixé à 14,32 € par mois. Il est indexé.

3.4 Aides techniques

L'assurance dépendance peut prendre en charge des aides techniques "*pour permettre à la personne de maintenir ou d'accroître son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition et de la préparation des repas, de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement, de l'habillage, des tâches domestiques, des courses et de la communication verbale ou écrite*". Elles peuvent répondre aux besoins en matière de sécurité, de prévention et de soulagement des douleurs. Elles ont aussi pour objectif de faciliter la tâche de l'aidant informel. Il peut s'agir par exemple d'un fauteuil roulant, d'un lit médicalisé, d'une lève personne, ou d'autres aides telles qu'un ordinateur pour personne malvoyante, des aides à la communication etc.

Les aides techniques sont mises gratuitement à la disposition de la personne qui en a besoin. Cette mise à disposition peut prendre trois formes :

- l'aide technique peut être louée par l'assurance dépendance auprès d'un fournisseur et mise à la disposition de la personne ;
- l'aide technique peut être achetée par l'assurance dépendance et mise à disposition de la personne ;
- l'aide technique peut être achetée par l'assurance dépendance et mise à disposition de la personne, avec l'exigence que cette aide technique soit rétrocédée.

Le fournisseur est choisi et payé par l'assurance dépendance.

Seules les aides techniques inscrites sur une liste proposée par la Commission consultative et arrêtée par règlement grand-ducal [1)] sont prises en charge par l'assurance dépendance. L'assurance dépendance prend également en charge les frais engagés pour l'implémentation des aides techniques.

Les aides techniques ainsi que les frais engagés pour leur implémentation sont seulement pris en charge par l'assurance dépendance sur avis préalable de la Cellule d'évaluation et d'orientation. L'assurance dépendance n'intervient pas lorsque l'aide technique a été achetée par la personne sans cet avis préalable.

L'assurance dépendance peut également prendre en charge des aides techniques pour des personnes qui n'atteignent pas le seuil des 3,5 heures dans les actes essentiels de la vie, mais qui, en raison d'une maladie ou d'un handicap dépassant 6 mois, présentent un besoin d'aide pour les domaines cités ci-dessus.

3.5 Adaptations du logement

L'assurance dépendance peut participer aux frais d'une adaptation du logement "*pour permettre à une personne d'accroître ou de maintenir son autonomie de vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la préparation des repas et de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur du logement*". Les adaptations du logement sont prises en charge sur avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Le montant de la prise en charge ne peut pas dépasser 26 000 euros. Dans ce montant ne sont pas compris les aides techniques ni les frais susceptibles d'être engagés à charge de l'assurance dépendance pour la mise en œuvre de l'adaptation au profit des services spécialisés. En effet, la Cellule peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions. Les modalités de la prise en charge sont fixées dans un règlement grand-ducal [2)]. Comme pour les aides techniques, l'assurance dépendance peut prendre en charge les frais d'une adaptation du logement pour des personnes qui n'atteignent pas le seuil des 3,5 heures dans les actes essentiels de la vie, mais qui, en raison d'une maladie ou d'un handicap dépassant six mois, présentent un besoin d'aide pour les domaines cités ci-dessus.

---

1) *Pour plus de précisions concernant les produits nécessaires aux aides et soins, les aides techniques prises en charge par l'assurance dépendance et les adaptations du logement : voir règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques dans l'assurance dépendance ; 2. les modalités et limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p.4816).*

2) *Pour plus de précisions en ce qui concerne les limites et les modalités de la prise en charge d'une adaptation du logement par l'assurance dépendance : voir règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006.*

3.6 Prise en charge de la cotisation à l'assurance pension pour l'aidant informel

La loi sur l'assurance dépendance prévoit que la cotisation à l'assurance pension de l'aidant informel peut être prise en charge par l'assurance dépendance.

A cet effet deux procédures sont possibles :

- ou bien la personne dépendante est soignée par une personne de son entourage (membre de famille, voisin, ami/e…) à laquelle elle verse la prestation en espèces qu'elle reçoit de l'assurance dépendance. La prestation en espèces n'est pas soumise aux cotisations sociales ni aux impôts. Toutefois, afin de faire bénéficier la personne soignante d'une assurance pension, le Centre commun de la sécurité sociale est à informer de l'identité de l'aidant informel et du début de son activité. L'assurance dépendance prend en charge la cotisation pour l'assurance pension.
- ou bien, la personne dépendante engage une personne et la déclare au Centre commun de la sécurité sociale suivant la procédure administrative simplifiée, en indiquant l'identité du salarié, la nature et la date de début de l'activité, le nombre d'heures de travail par semaine et le salaire net par heure. La personne dépendante utilise la prestation en espèces versée par l'assurance dépendance pour payer, au moins partiellement, la personne ainsi engagée. Le salaire déclaré est soumis aux cotisations sociales et aux impôts, mais la cotisation à l'assurance pension est prise en charge par l'assurance dépendance.

La cotisation est prise en charge au maximum jusqu'à concurrence d'une cotisation calculée sur base du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Un aidant informel ne peut bénéficier de cette mise en compte qu'au titre d'une seule personne dépendante.

4 PRESTATIONS EN MILIEU STATIONNAIRE

Si la personne dépendante vit dans un établissement d'aides et de soins, l'assurance dépendance prend en charge les prestations suivantes :

- les prestations en nature ;
- les aides techniques.

Etant donné que la prise en charge est assurée exclusivement par des professionnels, il n'est pas possible de remplacer la prestation en nature par une prestation en espèces. Pour la même raison, il n'y a pas non plus de prestations sous forme de conseils.

4.1 Prestations en nature

Les prestations en nature accordées en milieu stationnaire sont les aides ou les soins apportés à la personne dépendante par les professionnels de l'établissement d'aides et de soins.

La personne dépendante peut avoir droit, selon les mêmes règles que dans le cadre du maintien à domicile :

- à une aide ou des soins pour les actes essentiels de la vie, jusqu'à un plafond de 24,5 heures par semaine, qui peut être porté à 38,5 heures par semaine pour des situations d'une gravité exceptionnelle ;
- à une aide pour les tâches domestiques exceptionnelles correspondant à un forfait de deux heures et demie par semaine ;
- à des activités de soutien jusqu'à un maximum de quatorze heures par semaine.

Les produits nécessaires aux aides et soins ne sont plus prévus comme une prestation de l'assurance dépendance pour les personnes en établissement d'aides et de soins. Leur coût sera dorénavant pris en compte pour le calcul de la valeur monétaire applicable aux établissements.

La convention cadre [1)] prévoit que les établissements d'aides et de soins ne peuvent plus facturer les produits nécessaires aux aides et soins aux personnes hébergées. Implicitement, ils sont tenus de les mettre gratuitement à la disposition des personnes hébergées.

Pour l'année 2017, la valeur monétaire valable pour une heure de soins en établissement à séjour continu a été fixée à 51,45 €. Dans un établissement à séjour intermittent, cette valeur est fixée à 57,07 €.

4.2 Aides techniques

Les établissements d'aides et soins doivent être équipés d'aides techniques conformément aux dispositions sur l'agrément [2)]. Ces aides techniques peuvent être exceptionnellement prises en charge par l'assurance dépendance si le bénéficiaire en présente un besoin continu et personnel et sous la condition qu'elles soient spécifiquement adaptées aux besoins de la personne concernée.

---

1) *La convention cadre modifiée du 8 janvier 2010 (Mém. A 42 du 17 mars 2010, p.644) est l'instrument prévu à l'article 388bis de la loi du 19 juin 1998 modifiée par la loi du 23 décembre 2005, pour régler les rapports entre l'assurance dépendance et les différentes catégories de prestataires d'aides et de soins. Les conventions sont conclues entre la Caisse nationale de santé et le ou les groupements représentatifs des prestataires d'aides et de soins. Elles sont publiées au mémorial. Chaque prestataire y adhère individuellement par un contrat d'aides et de soins.*

2) *Les aides techniques imposées pour l'équipement d'un établissement d'aides et de soins et nécessaires pour que l'établissement puisse obtenir un agrément sont définies dans le règlement grand-ducal modifié du 10 décembre 1998 (Mém. A 114 du 28 décembre 1998, p.3003) appliquant la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines de l'action socio familiale et thérapeutique (cette loi est couramment nommée loi ASFT).*

Cependant, les fauteuils roulants sans adaptation spécifique peuvent être pris en charge si le besoin d'en disposer est permanent.

5 ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Afin de définir la nature et la quantité des prestations auxquelles la personne dépendante a droit, il est indispensable de mesurer son état de dépendance. L'évaluation de l'état de dépendance suit une procédure en plusieurs étapes.

5.1 Introduction d'une demande de prestation

La personne dépendante doit introduire elle-même sa demande de prestations. La demande doit être faite sur un formulaire préétabli[1]. A ce formulaire est attaché un rapport médical vierge qui doit être complété par le médecin traitant. La demande est introduite auprès de la Caisse nationale de santé qui la transmet à la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Un référent du dossier est désigné pour chaque dossier traité au sein de la Cellule d'évaluation et d'orientation. Le référent est chargé du suivi du dossier depuis l'évaluation jusqu'à la transmission pour décision. Il est l'interlocuteur de la personne dépendante au sein de la Cellule d'évaluation et d'orientation.

L'évaluation comporte deux parties : une évaluation médicale et une évaluation de base. L'objectif de l'évaluation est de rassembler tous les éléments décrivant et expliquant l'état de dépendance. Il est possible, dans un certain nombre de cas, que l'évaluation médicale ou l'évaluation de base suffise pour établir le plan de prise en charge. Dans ces cas, il n'est pas nécessaire de réaliser les deux parties de l'évaluation.

5.2 Evaluation médicale

Elle consiste en un examen clinique de la personne dépendante. Elle permet de donner une base objective aux besoins exprimés. Elle permet aussi d'établir les causes de la dépendance ainsi qu'un pronostic de durée.

Pour réaliser cet examen clinique, le médecin de la Cellule d'évaluation et d'orientation s'appuie sur le rapport du médecin traitant de la personne dépendante.

L'évaluation médicale peut être complétée, si nécessaire, par des examens complémentaires ou par des avis médicaux de médecins spécialistes.

---

1) Si vous pensez pouvoir bénéficier de l'assurance dépendance, vous devez en faire la demande auprès de la Caisse nationale de santé. Le formulaire de demande de prestations de l'assurance dépendance est disponible auprès de la Cellule d'évaluation et d'orientation, auprès de la Caisse nationale de santé, auprès du ministère de la Sécurité sociale et sur le site www.mss.public.lu.

5.3 Evaluation de base

Elle a pour objectif de montrer comment la maladie, la déficience ou le handicap entraînent un besoin d'aide d'une tierce personne et comment ce besoin d'aide se traduit dans les actes essentiels de la vie.

6 DÉTERMINATION DES SERVICES REQUIS

Lorsque les informations sur l'état de dépendance de la personne qui demande les prestations ont été recueillies, la Cellule d'évaluation détermine les prestations auxquelles la personne a droit.

Les prestations et la fréquence à laquelle elles doivent être dispensées sont consignées dans le relevé-type, puis transcrites dans le plan de prise en charge.

Un régime dérogatoire s'applique en cas de prestations de soins palliatifs.

6.1 Relevé-type

Le relevé-type retient les aides et soins pour les actes essentiels de la vie mais aussi :

- les tâches domestiques : faire les courses, entretenir le logement, assurer l'entretien de l'équipement indispensable, faire la vaisselle, changer, laver et entretenir le linge et les vêtements ;
- les activités de soutien : surveillance / garde individuelle, surveillance /garde en groupe, activités individuelles spécialisées, activités de groupe spécialisées, courses ou démarches administratives ;
- les activités de conseil pour les différents actes essentiels de la vie et les conseils à l'entourage.

Il est prévu une durée standardisée pour chaque aide ou soin. Cette durée peut être pondérée par un coefficient rendant compte de la qualification exigée du professionnel qui dispense le soin ainsi que de l'intensité de l'aide ou du soin.

Le montant des prestations en nature qui sera payé au prestataire s'obtient en multipliant la durée hebdomadaire par la valeur monétaire négociée chaque année par la Caisse nationale de santé avec le ou les groupements professionnels des prestataires (réseau et établissements d'aides et de soins).

Le relevé type est arrêté dans un règlement grand-ducal.[1)]

---

1) Pour plus de précision sur les modalités de la détermination de la dépendance, ainsi que sur le relevé-type : voir règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 (Mém. A 240 du 29 décembre 2006, p.4732).

6.2 Plan de partage

En cas de maintien à domicile, la personne dépendante peut choisir de convertir une partie de ses prestations en nature en une prestation en espèces qui lui permettra de se procurer de l'aide auprès d'un proche (aidant informel). Le cas échéant, le réseau qu'elle aura choisi définit avec elle et l'aidant informel les aides et soins qui vont être réalisés par l'un et l'autre. Ce partage des tâches entre le réseau professionnel et l'aidant informel est consigné dans le plan de partage.

6.3 Plan de prise en charge

Le plan de prise en charge détermine les aides et soins à apporter par l'établissement ou en cas de maintien à domicile, par le réseau d'aides et de soins et l'aidant informel.

L'ensemble du plan de prise en charge est transmis, sous forme d'avis, à la Caisse nationale de santé pour prise de décision.

6.4 Soins palliatifs

La personne bénéficiaire de soins palliatifs a droit en dehors des actes essentiels de la vie, aux tâches domestiques, au soutien et aux activités de conseil ainsi qu'aux soins spécifiques en matière de soins palliatifs. En plus, elle bénéficie de la prise en charge des produits nécessaires aux aides et soins et des aides techniques.

Ces prestations sont dispensées dans les limites prévues en matière d'assurance dépendance sur base du relevé-type d'après les besoins effectifs constatés par le prestataire d'aides et de soins.

Le droit aux soins palliatifs est ouvert suite à une déclaration faite sur un formulaire spécial par le médecin traitant. Un règlement grand-ducal précise les modalités d'ouverture du droit aux prestations prévues ci-avant. [1)]

7 PRESTATAIRES

Dans le cadre de l'assurance dépendance, on trouve quatre catégories de prestataires[2)], pour qui il est prévu de négocier une valeur monétaire :

7.1 Réseau d'aide et de soins

Le réseau d'aide et de soins regroupe des professionnels qui opèrent dans le cadre du maintien à domicile.

---

1) *Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs (Mém. A 91 du 4 mai 2009, p.1062).*

2) *Pour des informations plus précises sur les prestataires opérant dans le cadre de l'assurance dépendance : voir chapitre 4 - Relations avec les prestataires de soins.*

Le réseau est défini comme "*un ensemble valablement constitué d'une ou plusieurs personnes physiques ou morales, assurant aux personnes dépendantes maintenues à domicile, les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance*".

7.2 Centre semi stationnaire

Le centre semi stationnaire est une structure "*accueillant soit de jour, soit de nuit, en cas de maintien à domicile, des personnes dépendantes, en leur assurant les aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance pendant leur séjour dans ce centre*".

Il n'existe actuellement au Luxembourg que des centres accueillant les personnes durant la journée.

7.3 Etablissement d'aides et de soins à séjour continu

L'établissement d'aide et de soins "*héberge de jour et de nuit des personnes dépendantes en leur assurant l'intégralité des aides et soins requis en fonction de leur état de dépendance*".

Les maisons de soins et les centres intégrés pour personnes âgées sont considérés, dans l'assurance dépendance, comme des établissements à séjour continu.

7.4 Etablissement à séjour intermittent

L'établissement à séjour intermittent "*héberge de jour et de nuit de façon prépondérante des personnes dépendantes relevant de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ou bénéficiant de l'allocation supplémentaire*".

La singularité de l'établissement à séjour intermittent par rapport à l'établissement à séjour continu tient au fait qu'il permet une alternance entre le séjour dans l'établissement et le séjour dans un domicile privé et que cette alternance est considérée en ce qui concerne l'octroi des prestations de l'assurance dépendance. La personne en établissement à séjour intermittent peut ainsi bénéficier des prestations prévues pour les établissements lorsqu'elle y réside et des prestations prévues pour le domicile, lorsqu'elle s'y trouve.

Cette formule est principalement destinée aux personnes bénéficiant du revenu minimum pour personnes handicapées [1)] ou de l'allocation spéciale supplémentaire pour handicapés. [2)]

---

1) Au sens de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 144 du 29 septembre 2003, p.2938).

2) Au sens de l'article 272, alinéas 4 et 5 du Code de la sécurité sociale.

8 DROIT AUX PRESTATIONS

8.1 Ouverture du droit

Les prestations sont dues à partir du jour de la présentation de la demande.

La demande doit être complète : il faut que le formulaire de demande et le rapport du médecin traitant soient dûment remplis.

Les prestations peuvent être accordées pour une durée déterminée ou une durée indéterminée.

8.2 Prise en charge des prestations en nature

La Caisse nationale de santé prend directement en charge les prestations en nature. Le réseau et l'établissement d'aides et de soins sont directement payés par la Caisse nationale de santé pour les aides et soins qu'ils fournissent aux personnes dépendantes. La personne dépendante ne doit pas faire l'avance des frais.

Les prestations de l'assurance dépendance sont dues par jour, chaque jour représentant un septième du plan de prise en charge hebdomadaire.

8.3 Prise en charge des prestations en espèces

Les prestations en espèces sont versées directement sur le compte de la personne dépendante.

8.4 Révision des prestations

Si l'état de dépendance de la personne se modifie, une demande en révision des prestations peut être introduite par la personne dépendante, les membres de sa famille, le réseau ou l'établissement, la Caisse nationale de santé ou la Cellule d'évaluation et d'orientation.

Une demande en révision des prestations n'est recevable qu'après un délai de 6 mois, sauf en cas de changement fondamental des circonstances.

Les prestations sont revues à la suite d'une nouvelle évaluation, appelée réévaluation. Elle se fait de la même manière qu'une première évaluation. Toutefois lorsque la personne dépendante est aidée par un prestataire (réseau d'aide et de soins ou établissement), il arrive fréquemment que ce soit le prestataire qui renseigne la Cellule d'évaluation et d'orientation sur les besoins de la personne.

En cas d'augmentation des prestations, la décision prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

En cas de réduction des prestations, la décision prend seulement effet le premier jour de la semaine qui suit celle où elle a été notifiée.

8.5 Suppression, réduction et restitution des prestations

Toute prestation de l'assurance dépendance est supprimée si elle ne se justifie plus.

S'il y a une modification au niveau des éléments du calcul ou s'il est constaté que la prestation a été accordée à la suite d'une erreur matérielle, la prestation est augmentée, réduite ou supprimée.

Si la personne a reçu des prestations en alléguant des faits inexacts, si elle a dissimulé des faits importants ou si elle n'a pas signalé des changements importants après avoir reçu des prestations, la personne dépendante doit obligatoirement restituer les prestations. Toutefois, une décision de restitution ne peut être prise qu'après que la personne se soit expliquée, soit verbalement, soit par écrit.

Si les prestations en espèces ne sont pas employées pour assurer des aides et soins à la personne dépendante, elles sont retirées ou diminuées. Des prestations en nature peuvent cependant être attribuées en contrepartie. Aucune décision de retrait, de réduction ou de suppression de prestations de l'assurance dépendance ne peut être prise sans que l'avis de la Cellule d'évaluation n'ait été demandé.

8.6 Suspension des prestations

Les prestations en nature sont suspendues pendant un séjour à l'hôpital.

Durant les trois semaines qui suivent son admission à l'hôpital, la personne dépendante conserve la prestation en espèces qu'elle touchait pendant la semaine qui précédait son hospitalisation. Toutefois, en cas de séjours successifs, le maintien du droit à la prestation en espèces ne dépassera pas vingt-et-un jours par année.

Si la personne fréquente un centre de rééducation fonctionnelle ou de réadaptation, elle peut bénéficier, à charge de l'assurance dépendance, des prestations en nature nécessaires au maintien à domicile, pour le temps passé en dehors de ce centre.

8.7 Prescription

L'action des prestataires à l'égard des personnes dépendantes ou de la Caisse nationale de santé se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus.

L'action des assurés à l'égard de l'assurance dépendance se prescrit par deux années à compter de l'ouverture du droit.

9 CONCOURS AVEC D'AUTRES PRESTATIONS OU D'AIDES

9.1 Concours avec des prestations de l'assurance maladie

Lorsque certaines prestations sont dues par l'assurance maladie, la personne dépendante ne peut avoir droit à des prestations de même nature dans le cadre de l'assurance dépendance. Cependant, lorsque la personne a droit à la prise en charge d'aides techniques dans le cadre de l'assurance dépendance, ce droit est prioritaire par rapport à celui qu'elle a dans le cadre de l'assurance maladie.

9.2 Concours avec des prestations de l'assurance accident ou de la législation sur les dommages de guerre

Lorsque certaines prestations sont dues par l'assurance accident, la législation sur les dommages de guerre, la législation sur les personnes handicapées et l'éducation différenciée, la personne ne peut avoir droit à des prestations de même nature dans le cadre de l'assurance dépendance.

9.3 Concours avec la législation sur l'aide au logement

Les aides prévues par la législation concernant l'aide au logement[1)] sont suspendues jusqu'à concurrence de la prise en charge des adaptations du logement prévues par l'assurance dépendance. Ceci revient à dire que pour les adaptations du logement, le ministère du Logement peut intervenir, le cas échéant, pour les frais qui dépasseront l'intervention de l'assurance dépendance.

9.4 Concours avec les dispositions d'assistance sociale

Les dispositions concernant l'assurance dépendance ne modifient ni les obligations légales de l'Etat, des communes et des offices sociaux de secourir les personnes nécessiteuses, ni les obligations légales, statutaires, contractuelles ou testamentaires concernant l'assistance des personnes assurées en matière de dépendance ou de leurs survivants.

Toutefois, l'Etat, la commune ou l'office social qui ont secouru un indigent pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit aux prestations de l'assurance dépendance, pourront se faire rembourser leurs dépenses dans les limites des prestations prévues par l'assurance dépendance.

La Caisse nationale de santé est tenue d'informer les organismes d'assistance, à leur demande, si et dans quelle mesure des personnes que ceux-ci ont secourues, ont droit aux prestations prévues par l'assurance dépendance.

---

1) Voir : loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement (Mém. A 16 du 27 février 1979, p.294).

9.5 Projets d'actions expérimentales

Par dérogation aux dispositions concernant les prestations de l'assurance dépendance en cas de maintien à domicile et en milieu stationnaire et aux dispositions concernant les contrats d'aides et de soins, un règlement grand-ducal pris sur avis du Conseil d'Etat, la commission consultative demandée en son avis, peut prévoir des projets d'actions expérimentales dans certains domaines de la dépendance et de la prévention de la dépendance. Le règlement détermine également la durée des projets, les critères servant à leur évaluation en vue d'en dresser le bilan, les modalités de leur prise en charge ainsi que celles relatives à leur financement. Le montant maximum de la prise en charge ne peut pas dépasser 250 euros (n.i 100) par personne et par semaine.

Le règlement grand-ducal vaut agrément des actions expérimentales visées au titre de la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique[1)].

---

1) Pour plus de précisions sur les modalités d'un projet d'actions expérimentales relatif à la prise en charge en petite unité de vie de personnes souffrant d'une neuro-dépendance : voir règlement grand-ducal du 21 décembre 2006 (Mém. A 240 du 29 décembre 2012, p. 4808). Voir également règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 déterminant en exécution de l'article 361 du Code des assurances sociales les modalités d'un projet d'action expérimentale au sujet de la garde de nuit à domicile (Mém. A 194 du 22 décembre 2008, p.2592).

Régime complémentaire - Mutualité

9

1 LA MUTUALITÉ AU LUXEMBOURG

La Mutualité luxembourgeoise est constituée sur la base des principes fondamentaux que voici[1)] :

- solidarité : les personnes adhérentes se regroupent dans un but d'entraide mutuelle ;
- volontariat : l'adhésion aux mutuelles est librement et volontairement choisie ;
- absence de tout esprit de lucre : les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non-lucratif ;
- non-exclusion : les mutuelles n'appliquent aucune sélection de risque et aucun membre ne peut être exclu pour des raisons autres que le non-paiement de la cotisation ;
- autonomie : les affiliés sont assureurs et assurés et les affiliés participent, par des délégués, à la gestion de leur société ;
- démocratie : les décisions sont prises suivant le principe "un homme, une voix", y compris l'élection des administrateurs des mutuelles ;
- indépendance : les mutuelles sont indépendantes du pouvoir public, des tendances politiques et religieuses ;
- bénévolat : les administrateurs ne touchent ni de rémunérations, ni de dividendes ;
- protection et prévoyance sociale : les mutuelles contribuent avec les institutions de la sécurité sociale à la prévoyance sociale. Elles assument un rôle complémentaire au régime général obligatoire.

La loi de base (loi modifiée du 7 juillet 1961) de la Mutualité confirme aux sociétés de secours mutuels, qui se conforment aux obligations prescrites par elle, qu'elles répondent aux principes mutualistes.

---

1) Pour plus d'informations : voir www.fnml.lu

Si les mutuelles reconnues par l'Etat sont indépendantes et autonomes, elles sont néanmoins soumises à la tutelle du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui veille à l'observation stricte des dispositions légales et réglementaires, tant en ce qui concerne leurs prestations que leur gestion financière. Le membre du Gouvernement compétent pour la Mutualité, charge le Conseil supérieur de la Mutualité (CSM) des missions sus-visées.

En tant qu'organe du Gouvernement le CSM a également pour mission de conseiller le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale dans toutes les affaires relevant de la mutualité. Ainsi, la législation et la réglementation afférentes disposent que l'avis du CSM est requis avant que le ministre ne reconnaisse une société de secours mutuels, n'approuve les statuts ou les modifications statutaires subséquentes. Le CSM se prononce sur la conformité des dispositions statutaires avec la loi et les règlements et sur les garanties financières à offrir par la mutuelle pour le versement des prestations afin de protéger l'affilié dans la sauvegarde de ses droits aux prestations. Le CSM intervient également en cas de fusion ou de dissolution de sociétés en assumant les opérations de liquidation avant l'approbation ministérielle.

Les prestations[1)] des mutuelles n'ont aucun caractère obligatoire. Elles sont déterminées par les statuts de chaque société et sont soumises, préalablement à leur prise d'effet, à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les mutuelles offrent les prestations suivantes :

- la prise en charge totale ou partielle des découverts pour soins de santé (prestations complémentaires aux caisses de maladie du régime obligatoire) ;
- les indemnités funéraires, indemnités en cas d'accident ou d'invalidité, pensions complémentaires ;
- les prestations familiales (primes de naissance, primes à l'occasion d'autres événements familiaux tel que le mariage des enfants) ;
- assistance des membres en séjour à l'étranger ;
- offres de vacances et de loisirs à l'étranger.

Certaines des prestations énumérées ci-avant sont offertes par des services ou sociétés créées par l'ensemble des sociétés de secours mutuels. Il s'agit en premier lieu de la Caisse médico-chirurgicale mutualiste (CMCM), créée en 1956 par la Fédération nationale de la mutualité luxembourgeoise (FNML).

---

1) L'article 1er de la loi modifiée du 7 juillet 1961 concernant les sociétés de secours mutuels énumère exhaustivement les prestations que peuvent offrir les mutuelles (Mém. A 28 du 21 juillet 1961, p.680)..

2 LA MUTUALITÉ DANS LE MONDE - RÔLE ET ACTIVITÉ DES ORGANISMES SANS BUT LUCRATIF DE PROTECTION SOCIALE [1)]

2.1 Introduction

Nous avons le sentiment que les organismes sans but lucratif de protection sociale, connus entre autres sous la forme de mutualité, sont une forme ancienne, archaïque, dépassée d'organisation de la société. Lorsqu'elle survit, la mutualité est présentée comme coupée de son inspiration, de certaines de ses valeurs, comme intégrée dans les rouages de l'Etat-providence. Gérant les différentes formes d'assurance obligatoire et complémentaire, elle ne génère plus de militantisme et l'on est mutualiste, sans le vouloir. La mutualité est donnée comme ayant eu un rôle historique considérable, une préfiguration de la sécurité sociale moderne, mais nous ne comprenons plus toujours son mode de fonctionnement, la considérant souvent comme un simple organisme payeur.

Pourtant, ce modèle connaît un regain d'intérêts probablement parce que la seule façon de lutter contre l'individualisme, l'exclusion des individus et en même temps d'améliorer l'accès à la protection sociale c'est de pratiquer la solidarité. Même si la solidarité est une valeur universelle et l'accessibilité à la santé un droit pour l'épanouissement de chaque individu, leurs défenses restent un combat que les mutualités ont toujours mené au quotidien. La mutualité est avant tout un état d'esprit qui conduit à la réalisation de formules d'entraide et par conséquent son action trouve toujours des possibilités de réalisation quel que soit le développement de la législation sociale dans un pays démocratique.

Dans de nombreuses régions du monde, ces évolutions sont encore assez modestes, voire en phase de développement quasi expérimental. Même toutes ensemble, elles ne suffisent certainement pas à garantir que pourront s'élaborer aisément des réponses collectives pleinement pertinentes et efficaces pour faire face aux principaux défis de l'accessibilité à a santé. Mais ces initiatives ont des vertus secondaires : elles inclinent à une plus grande collaboration entre des acteurs jadis plutôt indifférents ou allergiques les uns aux autres. A travers elles, on peut apprendre à se parler, à dialoguer, à mettre en œuvre des réponses collectives, à mobiliser des personnes autour d'un projet commun, en ce sens, elles peuvent être de bons précurseurs de mobilisations plus consistantes et plus ambitieuses.

---

1) Texte repris du Rapport présenté dans le cadre de "l'Etude sur les organisations privées à but non lucratif de protection sociale" menée par le Bureau de la Commission technique de la mutualité de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), en coopération avec le programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du Bureau International du Travail (BIT) et l'Association internationale de la mutualité (AIM) en 2004.
Auteur: M. Alain COHEUR, Directeur des affaires européennes et internationales auprès de l'Union nationale des mutualités socialistes de Belgique.

C'est dans cet esprit que le Bureau de la Commission technique de la mutualité de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), en coopération avec le programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du Bureau international du Travail (BIT) et l'Association internationale de la mutualité (AIM), a décidé de mener une étude sur les organisations privées à but non lucratif de protection sociale.

L'objet de cette étude était d'analyser le rôle et l'activité des groupements de personnes sans but lucratif dont l'objectif est de parer aux conséquences que divers risques sociaux entraînent pour leurs membres et leur famille : maladie, incapacité de travail suite à une maladie ou à un accident, invalidité, vieillesse, décès, etc. Dans de nombreux pays, cette description correspond aux organisations désignées sous le terme "mutuelles". Ces organisations combinent les deux principes fondamentaux de l'assurance et de la solidarité.

L'analyse s'est portée tant sur les pays industrialisés et les pays en transition que sur les pays en développement. Le travail de récoltes des informations a été réalisé en collaboration étroite avec l'AIM pour les données sur l'Europe et avec le programme STEP du BIT, d'une part pour l'Afrique de l'Ouest à partir de l'inventaire effectué par la Concertation et d'autre part pour l'Asie.

a) Approche conceptuelle

Les situations rencontrées dans les différentes parties du monde, nous ont amenés à entreprendre l'analyse sous l'angle des organisations privées à but non lucratif et ce afin de réunir sous un même vocable un nombre important de systèmes[1)] qui offrent aux individus des mécanismes de protection volontaire.

Sans aborder la question de la définition qui a toujours soulevé de grandes difficultés mais afin de mieux appréhender l'étendue du champ d'action, nous parlerons d'une association volontaire de personnes, sans but lucratif, dont le fonctionnement repose sur la solidarité entre tous ses membres, financé à partir des contributions versées par les membres et basé sur les décisions prises par les membres ou leur organe de gestion en vue de promouvoir des actions de prévoyance, d'entraide et de solidarité dans le domaine des risques sociaux auxquels les membres font face.

Quelle que soit la région du monde où nous pouvons retrouver ces organisations et quelle que soit leur taille, elles se caractérisent par l'universalité des principes qui permettent de les identifier.

---

1) Ainsi en fonction des régions du monde, nous retrouvons ces systèmes d'organisation repris sous les termes de mutualité, friendly societies, Krankenkasse, Mutual Health Organizations, micro-assurance santé, système de santé à base communautaire, etc.

b) Principes de base

Solidarité

Il s'agit avant tout de répondre à des attentes individuelles par une action collective et de mettre en commun des ressources et/ou des activités pour satisfaire les besoins de tous.

Chaque individu participe en fonction de ses capacités financières et doit bénéficier des prestations selon ses besoins et selon une politique de non-exclusion et non-sélection, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'état de santé, du niveau de revenu ou sur la base de tout autre critère social, professionnel, religieux ou ethnique.

Absence d'actionnariat et non lucrativité

Ces organisations ne sont représentées ni par des actions, ni par des parts sociales qui procureraient un revenu à leurs détenteurs. Elles opèrent à partir de fonds propres constitués principalement par les cotisations des membres, ces fonds étant ainsi collectifs et indivisibles. L'absence de rémunération d'un actionnariat permet à l'ensemble des excédents financiers d'être mis au service des objectifs et réinvesti dans l'amélioration permanente des services fournis aux affiliés.

Il s'agit donc de sociétés de personnes et non de capitaux.

La distinction par rapport aux sociétés de capitaux étant la satisfaction des membres et non la recherche du profit, les excédents ne servent pas à rémunérer du capital. Cependant cela ne signifie pas l'absence de rentabilité, en effet pour être viable et assurer leur pérennité, ces organisations se doivent d'équilibrer leurs comptes.

Elles sont ainsi dans une logique non marchande.

Liberté d'adhésion, gestion démocratique et participative

Ces organisations sont accessibles à toute personne remplissant les conditions éventuellement prévues dans les statuts et qui adhère à ses principes. La personne est acceptée comme membre, sans aucune forme de discrimination. De même l'individu est libre de la quitter à tout moment.

Il s'agit bien d'un réservoir démocratique où chacun est libre de s'exprimer. Le processus décisionnel sous la forme d'une démocratie représentative implique que les conseils d'administration soient élus par les adhérents réunis en assemblée générale selon la règle "une personne une voix". La qualité du membre et la participation aux décisions ne sont nullement fonction de l'importance du capital détenu par un éventuel actionnaire.

Cette participation a de nombreuses implications pour les membres :

- ils supportent le risque d'exploitation du système d'assurance et ses conséquences de gestion ;
- ils s'accordent sur les prestations à couvrir et ce en fonction des besoins de prévoyance ;
- ils définissent eux-mêmes les statuts et le règlement d'ordre intérieur, bases fondatrices de leurs organisations ;
- ils disposent d'une autonomie institutionnelle par rapport à l'offre de soins avec laquelle ils négocient.

Autonomie de gestion

En matière d'autonomie de gestion, il s'agit bien de sociétés privées, disposant d'une personnalité juridique, distinctes de l'Etat et des organisations directement issues des pouvoirs publics et ayant leurs propres instances de décision. En tant qu'organisations autonomes, elles ne dépendent pas des subventions publiques pour fonctionner.

Cependant, elles sont tenues d'observer la législation nationale et par conséquent soumises au contrôle par ces mêmes pouvoirs.

2.2 Survol historique

Dans le contexte européen, on retrouve ces organisations depuis le Moyen-Age ; elles ont une base tantôt religieuse (confréries) tantôt économique (guildes, corporations) tantôt sociale (compagnonnage). Mais on trouve, à divers moments, des organisations de ce type, à base de solidarité sociale, aussi bien dans toute l'Europe qu'en Chine, en Inde, en Indonésie, au Chili, etc.

C'est lors de la révolution industrielle, au XIXe siècle, que le concept mutualiste prend véritablement son envol en Europe. Les transformations sociétales font apparaître de nouvelles formes de solidarité et diverses initiatives de prévoyance sociales voient le jour.

Les mutuelles naissent de la volonté de personnes désireuses de se regrouper, de mettre en commun des ressources et des activités pour satisfaire les besoins d'une communauté ainsi constituée. Elles ont ainsi posé les bases de leur propre développement.

En butte à l'insécurité sociale propre à l'essor de l'industrialisation massive - accidents du travail, manque à gagner en cas de maladie, etc. - les réactions ont d'abord été, dans leur majorité, des plus terre à terre par leurs motivations et des plus pragmatiques dans leurs contenus. Il s'agissait pour l'essentiel d'une révolte contre la dureté du quotidien et d'une revendication de mécanismes un tant soit peu protecteurs. Des myriades d'initiatives locales et de caisses de solidarité volontaristes ont ensuite eu tendance à se regrouper et à se structurer sur un plan plus global, qui devenait progressivement inspirant pour les législateurs eux-mêmes. Cette mise en évidence du pragmatisme des origines nous rappelle utilement que l'utopie

n'est pas une ligne de départ et que le concept de solidarité collective gagne plutôt à être vu comme un objectif.

Dans la plupart des pays européens, ces organisations non lucratives sont à la base des systèmes publics de protection sociale à base de répartition sociale. Elles permettent aux travailleurs victimes d'un risque social d'être protégés dans le cadre d'une assurance sociale. Lorsque les grands régimes de protection sociale furent créés après 1945, la fonction des mutuelles va alors diverger en fonction des options prises par les Etats.

Des Etats choisissent une gestion de la protection sociale (maladie, pensions) par un service public géré soit par l'Etat lui-même, soit par les régions et les mutuelles y jouent alors un rôle alternatif et développent des activités d'assurance maladie complémentaire ou développent des activités de prévoyance, d'entraide, d'assistance médicale ou sociale, etc. Pour d'autres Etats, elles gèrent directement le système d'assurance maladie obligatoire.

A l'exception de l'Europe ou de quelques pays d'Amérique latine (Argentine, Uruguay), l'émergence de ces organisations est relativement récente dans les pays d'Afrique et d'Asie.

Plusieurs initiatives d'origine privée prennent naissance dans les années quatre-vingt mais c'est principalement à partir de 1987, date de l'assemblée régionale de l'organisation mondiale de la santé (OMS), connue en tant qu'Initiative de Bamako, que se marque un tournant dans l'approche du financement des systèmes de santé avec la mise en place de concepts sur le recouvrement ou le partage des coûts et la participation des communautés dans la gestion des soins.

2.3 Entreprise citoyenne et mouvement social

Ces organisations, parce qu'elles s'insèrent dans le tissu local, peuvent s'avérer être de véritables écoles de participation responsable et citoyenne et ce pour différentes raisons :

- elles ont le plus souvent une taille modeste à dimension humaine, (même si dans plusieurs pays européens, ces organisations ont évolué vers des tailles imposantes de plusieurs millions de membres dans certains cas) ;
- elles reposent dans de nombreux cas sur un fort ancrage local, régional ou socioprofessionnel ;
- elles cherchent ou s'appuient sur des partenaires actifs dans le monde associatif, syndical, communautaire, etc. ;
- elles associent activement les membres à la vie de l'organisation à travers les assemblées générales et l'élection de leurs représentants. En outre, elles assurent la promotion de l'esprit d'entreprise parmi des groupes qui, dans d'autres circonstances, n'auraient qu'une connaissance limitée du fonctionnement d'une entreprise ;

- elles sont des facteurs de changement social en agissant sur la structuration et l'organisation des populations locales.

A partir des informations dont elles disposent, elles peuvent répondre de manière adéquate aux besoins et aux attentes de leurs membres et agir en modifiant éventuellement les comportements à risque et les habitudes de vie. Ainsi, dans le domaine de la prévention et de l'information aux membres en particulier ou de la population en général, les exemples de réalisations ne manquent pas : campagne d'information contre le tabagisme, l'alcoolisme ou d'éducation sur le sida, sur le bon usage des médicaments, sur les maladies infectieuses, les pathologies chroniques, etc.

Elles peuvent ainsi agir à deux niveaux en disposant de toute la légitimité nécessaire :

- vis-à-vis des pouvoirs publics en étant des interlocuteurs et des porte-parole des intérêts des affiliés et des citoyens ;
- vis-à-vis des prestataires de soins en agissant en toute indépendance par rapport aux pouvoirs publics (parfois à travers des organes officiels installés par ces mêmes pouvoirs), elles disposent d'un potentiel pour contribuer à l'amélioration de l'accès à la santé et à la qualité des soins.

2.4 Valeur ajoutée

De par ces modalités d'action, ces organisations sont souvent mieux adaptées que d'autres pour répondre à certains besoins de la population. Elles peuvent en fonction des contextes intervenir pour pallier l'absence ou l'insuffisance de l'offre de santé ou en améliorer la qualité des services. Elles peuvent également combler les lacunes de la gestion étatique en agissant en lieu et place pour les pouvoirs publics ou par délégation de compétences.

Les principes poursuivis rendent plus aisé l'accès à des services aussi essentiels que la santé, notamment pour des populations dont les revenus ne permettent pas de trouver ailleurs des réponses à leurs besoins.

Leurs actions ne se limitent pas seulement à la couverture des risques mais se déploient également dans des domaines tels que l'éducation à la santé, la prévention, la gestion des centres de santé. Cette approche holistique de la santé par la mutualité s'intègre dans la déclaration de l'organisation mondiale de la santé (OMS) d'Alma Ata qui place le bien-être de l'homme au centre des préoccupations.

Dans les domaines d'activités où elles opèrent, dès qu'elles acquièrent une taille suffisante et pour autant que le contexte économique le permette, ces organisations ont prouvé qu'elles étaient des entreprises rentables, productives et compétitives, capables de s'adapter aux variations des besoins de la population.

Actuellement, ces organisations jouent un rôle prépondérant en matière d'assurance maladie complémentaire. Sous l'effet de l'accroissement du

coût des services de santé et de la diminution de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie des pays développés ou en contribuant à la mise en place de mécanismes de protection complémentaire dans les pays en voie de développement, elles constituent un facteur de lutte contre les exclusions et de développement social. Ces organisations peuvent avoir une place prépondérante en se démarquant et en développant des produits originaux, au prix le plus juste, accessibles au plus grand nombre, et adaptés aux besoins des bénéficiaires.

2.5 Inclusion sociale

Dans son acceptation la plus large, l'assurance consiste à mettre en commun les conséquences de la réalisation des risques que l'on court et à partager les coûts de soins de santé permettant de recouvrir son état de santé. Si l'on estime que la justice sociale exige de rendre potentiellement accessible à tous et dans des conditions identiques la même qualité de soins, il faut nécessairement renforcer les mécanismes de solidarité. Cette dynamique de solidarité forte permet à chacun de participer en fonction de ses capacités contributives même faibles et de bénéficier des prestations selon ses besoins.

Ainsi ces organisations non lucratives participent à la lutte contre l'exclusion sociale. Une mauvaise santé ne permet plus une activité productrice, source de revenu, elle mobilise des moyens qui peuvent conduire les ménages à s'endetter en les entraînant dans le cercle vicieux de la pauvreté et de l'exclusion. En réduisant les facteurs de risque en matière de santé à travers l'information, l'éducation, la prévention, et en favorisant l'accès aux soins de santé, elles contribuent à lutter contre la pauvreté.

Cependant, si nous voulons encore renforcer les principes sociaux à la base du fonctionnement de ces organisations et préserver l'accessibilité des services de santé sans tenir compte de l'état de santé des personnes ni de leur situation financière, une interdiction de pratiques assurantielles telles que la sélection des risques et l'exclusion, devient indispensable.

2.6 Responsabilité sociale et développement durable

Ces organisations en opposition à une vision mercantile de la société peuvent mettre en avant leur responsabilité sociale c'est-à-dire se situer au cœur des préoccupations de leurs bénéficiaires. L'entreprise peut d'abord être considérée comme un mode d'organisation original capable d'intégrer une vision démocratique de la société, de créer des produits et services en fonction des réalités locales, et de générer ainsi des richesses à réinvestir pour le développement.

Malgré le caractère relativement jeune pour certains pays, l'absence de lucre est une source de pérennité qui permet d'adapter et de développer des services en fonction des capacités contributives des membres et en recherchant l'accessibilité la plus large possible aux structures sanitaires. La

mutualité se positionne ainsi comme un élément de cohésion sociale pour une société capable de supporter et de développer une relation durable avec ses membres.

Dans certains pays européens, elles sont parmi les premières entreprises à expérimenter le bilan sociétal, outil volontaire permettant de donner une vision globale de la vie de l'entreprise, de ses conséquences sur son environnement, et de son implication sociétale.

En raison de leur principe de fonctionnement et de leur politique d'accessibilité des tarifs pour des populations qui ont souvent des revenus modestes ou précaires, elles ont une responsabilité sociale et morale qui vise à améliorer l'efficience dans l'allocation et l'utilisation des ressources disponibles. De même, la non-rémunération d'un actionnariat quelconque permet de consacrer tout ou partie du résultat au développement des actions à long terme et à la pérennité de l'entreprise. En n'émettant pas d'action cotée, les mutuelles ne sont pas exposées à un rachat de capital. En période de crise économique, la chute des cours peut avoir des effets opposés sur la structure financière, d'une part l'effet déstabilisateur des aléas boursiers ne les affecte que modérément, d'autre part la fragilité des conditions économiques des populations peut entraîner des difficultés sur le paiement des cotisations.

Toutes ces démarches volontaristes reposent sur une vision de l'organisation comme élément de notre environnement social et culturel. Elles peuvent ainsi renverser la conception hiérarchisée de la société, dans laquelle le développement social est seulement conçu de façon linéaire comme une conséquence possible du développement économique alors que, par nature, développement économique et développement social devraient se renforcer mutuellement.

Bien que se situant aussi sur des marchés compétitifs, elles combinent en permanence leurs objectifs sociaux avec leur rentabilité et leur efficacité économique, elles contribuent ainsi au progrès économique et social. Elles peuvent être des outils très pertinents pour la modernisation des systèmes d'assurance maladie en permettant à une population aussi large que possible d'accéder à une protection contre les risques sociaux.

2.7 Place des organisations à but non lucratif dans le champ de la protection sociale

La forme de ces organisations est encore largement ignorée par de nombreux Etats. En pratique, elles suscitent encore une certaine méfiance, bien souvent basée sur l'ignorance des possibilités ou par "crainte" de leur fonctionnement démocratique. Ainsi les situations rencontrées peuvent être fort contrastées. Cependant, les évaluations récentes montrent clairement que ces organisations connaissent un essor important et ne sont plus l'exclusivité du modèle européen.

En Europe les organisations mutualistes affiliées à l'AIM comptent 78 millions de cotisants et 136 millions de personnes protégées. En Belgique et en Suisse les personnes protégées représentent plus de 90%, en France, au Luxembourg, aux Pays-Bas et en Tchéquie le taux de mutualisation dépasse les 60%, et pour l'Allemagne la Slovénie et la Slovaquie ce taux est supérieur à 50.

Plusieurs Etats, dont principalement les pays européens, ont défini précisément les activités que peuvent entreprendre les mutuelles à travers des cadres législatifs. Mais l'Europe ne constitue pas une exception : des pays comme l'Argentine, l'Uruguay, la Colombie, le Chili, le Mali, le Maroc, la Tunisie, l'Algérie, etc. disposent d'une législation qui permet à ces organisations d'entreprendre des activités dans le domaine de l'action sociale et sanitaire. Ces législations nationales reflètent souvent des traditions extrêmement variées des Etats en matière de développement et de promotion de ce type d'organisations.

2.8 Rôle des organisations à but non lucratif

Le rôle joué par ces organisations s'étend à travers une large gamme de services dont la majeure partie des activités se déroule dans les domaines de la médecine curative et préventive. Celles-ci ne sont pas toujours limitées à la santé mais s'organisent aussi dans des secteurs aussi variés que les personnes handicapées, les personnes âgées ; elles peuvent aussi consister en des versements d'indemnités notamment en cas de décès ou d'incapacité de travail.

Les difficultés rencontrées dans les pays où le secteur public gère à cent pour cent l'assurance maladie obligatoire amènent ceux-ci à s'interroger sur le rôle nouveau que pourraient jouer ces organisations en les situant entre le secteur public et privé commercial. Sous diverses impulsions extérieures, par exemple les institutions internationales avec des programmes comme STEP, ces organisations sont en pleine évolution, prenant conscience de leur capacité à pouvoir intervenir activement dans le champ de la protection sociale.

Certaines organisations évoluent de manière plus spontanée en fonction de l'évolution des besoins de la population et de la société. Ainsi l'éducation et l'information prennent-ils une place prépondérante dans les actions entreprises.

Dans les pays où ces organisations n'ont développé qu'un seul type d'activité, elles se sont mono-spécialisées comme par exemple en indemnités funéraires. Par contre, celles qui sont actives dans le champ de la santé offrent une gamme de prestations qui va du remboursement des soins auprès des affiliés, aux paiements des prestataires, à la fourniture de services liés à des centres de soins.

Dans la plupart des pays européens, du Maghreb et de quelques pays d'Amérique latine, les organisations mutualistes sont impliquées dans la

couverture en assurance maladie complémentaire ou substitutive et viennent ainsi compléter le niveau de protection obligatoire. Ailleurs, il apparaît clairement que ces organisations non lucratives ne viennent pas en complément du système obligatoire soit parce que ce dernier n'existe pas, soit parce qu'elles agissent de manière autonome, indépendante, en se positionnant en tant que structure alternative au système. Cependant, il n'y a pas nécessairement un lien direct entre l'absence de couverture maladie et l'offre de ces organisations en assurance.

En matière de concurrence, deux tendances semblent se dégager : d'une part dans les pays occidentaux, ces organisations sont confrontées à une concurrence de plus en plus forte avec le secteur privé commercial et d'autre part dans les pays en développement cette concurrence est pratiquement inexistante soit parce qu'ils offrent des produits/services totalement différents (vieillesse, invalidité, maternité) des assureurs commerciaux, soit parce que ces derniers considèrent ce marché non solvable pour créer une demande suffisante.

2.9 Discussion sur la protection sociale

Même si pour un faible nombre de pays le débat sur la privatisation de la protection sociale n'est pas à l'ordre du jour, ces discussions sont bien aux menus de la plupart des Etats. Ces débats portent sur les échecs du secteur public et sur ses difficultés à agir ou réagir de manière efficace face aux besoins des populations et en même temps sur le rôle que le secteur privé commercial ou non lucratif pourrait y tenir.

Ces organisations non lucratives peuvent constituer une alternative crédible tant pour la prise en charge des populations non couvertes que pour celles qui sont déjà couvertes par une assurance publique. Cependant, elles n'ont pas toujours la capacité d'y parvenir soit parce qu'il faut d'abord moderniser un cadre législatif non adapté, soit parce qu'elles doivent bénéficier d'un encadrement et d'un soutien financier pour répondre à ces nouvelles missions ou à une extension de leur champ d'intervention.

Pour faire face à leur développement mais aussi envisager leur pérennité, il faut souligner que dans certaines régions notamment en Afrique, ces organisations s'emploient à développer des synergies ou à s'intégrer avec d'autres formes d'organisations ou d'entreprises

2.10 Développement des organisations à but non lucratif

En général, dans les pays en développement, les pouvoirs publics n'accordent pas suffisamment d'attention à ces organisations, et ce pour différentes raisons :

- issues de l'initiative privée, l'Etat n'a pas à intervenir dans leur développement ;

- un programme national existe mais il ne peut être mis en place faute de financement ;
- le manque d'expérience des pouvoirs publics à collaborer avec les organisations de la société civile ;
- un conflit de compétence sur la tutelle (ministère du Travail, de la Santé, des Affaires sociales, etc.) de ces organisations ;
- des considérations qui en font des adversaires politiques face au pouvoir en place.

Dans les pays où la tradition de l'assurance sociale est bien présente, les pouvoirs publics soutiennent le développement des mutuelles. En outre, suite aux problèmes de viabilité des systèmes d'assurance maladie de tous types, les pouvoirs publics incitent au développement des assurances maladie volontaires, où les mutuelles jouent bien sûr un grand rôle, en concurrence avec les assurances commerciales.

Malgré ces situations paradoxales, tous s'accordent pour dire qu'ils doivent faire face à de nombreuses menaces :

- libéralisation et dérégulation, induites par l'intégration économique au niveau mondial, qui les placent dans une situation d'insécurité juridique ;
- matérialisme ambiant, consumérisme et dualisation de la société ;
- politiques dites "d'ajustements structurels" poussant les responsables politiques à prendre des mesures de contraction des dépenses publiques ;
- accroissement linéaire du coût des soins de santé, émergence des problèmes liés au vieillissent démographique.

Ces menaces viennent se superposer aux difficultés que rencontrent en plus les organisations qui ne disposent pas :

- de programmes d'assistance spécifique ;
- de personnels qualifiés ;
- de moyens financiers suffisants ;
- d'une législation spécifique ;
- d'un contrôle rigoureux par les pouvoirs publics sur ce type d'organisation ;
- d'une politique cohérente sur l'assurance maladie.

L'ensemble de ces difficultés, quelle que soit la région du monde, menace d'une manière ou d'une autre l'égalité du droit aux soins, et maintient une pression constante sur l'accès aux soins, mais en même temps, incite ces organisations à la réaction, soit parce qu'elles s'opposent à de telles dérives, soit parce qu'elles mettent en œuvre des réponses adéquates pour pallier les problèmes rencontrés.

2.11 Quelles sont les relations/collaborations entre ces organisations et les autorités publiques ?

Pour les organisations participant à l'assurance maladie obligatoire (AMO), les relations entre ces organisations sont en général étroites avec les autorités publiques : elles sont associées à toutes les négociations entre l'Etat - les employeurs - les prestataires sur la détermination du montant des cotisations, le montant du remboursement des prestations, etc. Ces contacts sont donc fréquents. Pour les organisations s'occupant du régime d'assurance complémentaire, elles sont le plus souvent consultées ou associées aux discussions sur les réformes du système de santé.

Dans les pays en développement, une tendance très nette se dégage actuellement dans l'accompagnement par les ministères de tutelle de programmes de formation, de séminaires. De même, des consultations, des réunions se tiennent plus régulièrement avec les ministères afin de mieux comprendre le fonctionnement et le rôle que pourraient jouer ces organisations. Cependant, ces contacts débouchent encore trop rarement sur des visions stratégiques d'appui et de partenariat entre politique de santé publique et accès aux soins. Par contre, la meilleure forme de collaboration et de communication se situe au niveau des autorités locales et régionales. A ce niveau, la meilleure collaboration s'exprime par la signature de conventions entre ces organisations et les autorités locales sanitaires. Ce type de conventions peut porter sur la collaboration du personnel sanitaire, l'accès aux médicaments essentiels, les moyens de transport, les campagnes de prévention et d'information, etc.

2.12 Conclusion

Au regard de cet aperçu, il apparaît clairement que ces organisations ne sont pas des entreprises banales ou à banaliser. Leur mode d'organisation, leur fonctionnement, leur finalité se démarquent complètement des entreprises commerciales. Le marché sur lequel elles opèrent est de loin l'un des plus spécifiques et difficiles à maîtriser, à gérer, à comprendre tant les composantes touchent au bien-être à la fois personnel mais aussi collectif.

Au regard de l'histoire, combien d'entreprises actuelles peuvent mettre en évidence une action permanente de cent à cent cinquante ans, voire plus dans certains cas? Combien d'entreprises peuvent mettre en exergue le rôle précurseur qu'elles ont joué dans un domaine aussi essentiel et reconnu par tous que constitue la sécurité sociale et avoir été ainsi un socle pour la cohésion sociale d'un pays?

Au regard de l'histoire récente, comment expliquer ce regain d'intérêts par les institutions internationales pour ces organisations, si ce n'est en les considérant comme une alternative crédible disposant d'un réel potentiel face aux dérives d'un libéralisme qui produit sélection et exclusion des risques en santé, ou face aux contraintes liées aux ajustements structurels

qui réduisent parfois à leur plus simple expression les budgets que certains pays consacrent à la santé de leur population?

Mais ne soyons pas trop présomptueux, les dangers sont multiples. Il ne faudrait pas croire que ces organisations sont la réponse à tous les problèmes d'accès aux services de santé, déresponsabilisant ainsi les pouvoirs publics dans un domaine qui nécessite l'intervention et le rôle régulateur de l'Etat. Il ne faudrait pas non plus croire que ce mode d'organisation se met en place par décret, il s'agit d'un processus participatif, démocratique qui implique les populations dans un mouvement d'adhésion et d'acceptation des principes. Enfin, il ne faudrait pas croire que bien qu'étant autonomes, elles peuvent se dispenser des aides financières que peut allouer l'Etat, notamment parce que les populations couvertes n'ont pas toujours des revenus suffisants ou parce que ces revenus sont dépendants des aléas économiques. Ainsi, la viabilité et la pérennité de l'ensemble de ces processus ne pourront être acquises que sur le long terme.

Il faut reconnaître la diversité des formes d'entreprises qui peuvent se réunir sous un même chapeau, les organisations mutualistes en Europe n'ont pas le monopole ni l'exclusivité d'un modèle exportable tel quel mais uniquement un savoir-faire basé sur des expériences réussies mais aussi des échecs. C'est parce que ces organisations ont pu évoluer avec le temps et s'adapter aux multiples changements de la société qu'elles peuvent aujourd'hui servir de référentiel et réservoir des connaissances pour d'autres.

Les institutions internationales à vocation sociale et paritaire ont également la responsabilité de mieux organiser et coordonner l'ensemble des réseaux existants mais également les initiatives nouvelles à travers notamment des mécanismes de concertation. Le chantier est vaste, il est ouvert depuis longtemps pour nombre de ces organisations, il s'ouvre maintenant pour d'autres, à nous de relever ces défis.

Prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

10

1 ORIGINES

La réparation des conséquences des accidents du travail et des maladies professionnelles est certainement la branche la plus commune des systèmes de sécurité sociale. Les éventualités visées, énumérées dans la convention no 102 de l'Organisation internationale du travail sont, lorsqu'elles sont dues à un accident du travail ou à une maladie professionnelle: l'état morbide, l'incapacité temporaire ou définitive de travail, la diminution totale ou partielle de la capacité de travail et les besoins des survivants en cas de décès.

Aux premiers temps de l'industrialisation, la personne qui subissait une lésion corporelle au travail avait la faculté, comme toute personne victime d'un dommage engageant la responsabilité de quelqu'un, d'intenter une action en réparation contre le fautif. En fait, le salarié ne pouvait espérer de réparation qu'en intentant un recours devant les tribunaux ordinaires contre son employeur. Outre les difficultés inhérentes à toute action en justice, la victime de l'accident se heurtait souvent à l'insolvabilité de l'employeur.

Il fallait remédier à cette situation et poser des principes qui permettaient de caractériser l'accident du travail de façon à en assurer une réparation équitable. Ces principes furent les suivants: toute personne qui entreprend une activité économique en recourant à des machines et à de la main-d'œuvre crée une organisation qui, par sa nature, comporte des risques d'accident; cette personne doit être tenue de fournir une réparation dans les cas prescrits, sans qu'il faille rechercher si l'accident est imputable à une faute, soit de sa part, soit de la part du travailleur ou de celle d'une tierce partie. Par ailleurs il fallait organiser l'attribution de soins médicaux convenables et mettre en œuvre les moyens d'indemnisation de la victime et de ses survivants.

Conformément aux principes énoncés, beaucoup de pays ont institué, dès la fin du XIX siècle, des régimes légaux de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles fondés sur la responsabilité de l'employeur. Tel a été le cas au Luxembourg où une loi du 5 avril 1902 (dont les dispositions ont été reprises au livre II du Code de la sécurité sociale) a institué un régime d'assurance accident.

2 ÉVENTUALITÉS

L'assurance a pour objet de couvrir les risques suivants:

2.1 Accident du travail proprement dit

Par accident du travail on entend l'accident survenu à l'assuré par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Il faut qu'il existe, au moment de l'accident, une connexité entre l'emploi assuré et l'activité ayant donné lieu à la blessure, de même qu'entre le fait accidentel et la blessure. Il faut notamment que l'occupation lors de laquelle l'accident est survenu ait eu lieu dans l'intérêt de l'entreprise dans laquelle l'assuré est occupé. Par ailleurs, l'assuré doit se trouver au moment de l'accident dans un lien de subordination à l'égard de l'employeur. L'accident doit donc survenir du fait de l'exécution du contrat de travail.[1)]

2.2 Accident de trajet

Par accident de trajet on entend l'accident survenu sur le trajet d'aller et de retour effectué :

- entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'assuré se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail,
- entre le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Il doit exister entre le trajet effectué et l'emploi assuré un lien de connexité analogue à celui décrit ci-dessus pour l'accident du travail au sens propre.

Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ou pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec l'assuré, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation.

L'accident survenu au cours ou à la suite d'une interruption anormale du trajet ne donne pas lieu à réparation. Il en est de même de celui survenu pendant une interruption de travail, lors d'un trajet ayant servi à des fins personnelles, même avec l'autorisation de l'employeur. L'accident de trajet que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde, ne donne pas non plus lieu à réparation.

Sont encore considérés comme faits du travail:

- la présentation au bureau de placement public auquel est soumis le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet;

---

1) L'assurance s'applique à certaines activités spécifiques. Voir à ce sujet chapitre 3 - Personnes protégées.

- le trajet effectué en relation avec un déplacement auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou auprès de la Cellule d'évaluation et d'orientation qui est compétente en matière de constatation et d'appréciation de l'état de dépendance.

2.3 Maladie professionnelle

La maladie professionnelle est définie comme une maladie:

- qui, selon les connaissances médicales, est causée par des influences spécifiques;
- auxquelles certains groupes de personnes du fait de leur travail sont plus particulièrement exposés;
- que le gouvernement a spécialement désignée dans une liste;
- qu'un assuré a subie de façon déterminante dans l'exercice d'un travail assuré dans le pays.

Une maladie ne peut donc être considérée comme maladie professionnelle que si elle a été causée selon l'état actuel des connaissances médicales par des influences spécifiques auxquelles certains groupes de personnes sont plus particulièrement exposés du fait de leur travail par comparaison avec la population générale.

Une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle figure au tableau des maladies professionnelles et est contractée par suite d'une exposition au travail à un risque spécifique, tandis qu'une maladie non désignée dans le tableau peut aussi être reconnue comme maladie professionnelle si l'assuré rapporte la preuve de son origine professionnelle.

L'inscription d'une maladie au tableau des maladies professionnelles s'appuie sur les connaissances actuelles de la médecine du travail: connaissances recueillies de données résultant d'essais en laboratoire, d'expériences pratiquées sur animaux, des cas de maladie constatés et étudiés dans les cabinets médicaux et hôpitaux, de statistiques...

Le tableau publié au Luxembourg est établi sur base d'études et d'expériences faites à l'étranger.[1)]

---

1) Pour plus de précisions sur le tableau des maladies professionnelles: voir Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p.2217).

3 PRESTATIONS

3.1 Prestations en nature

3.1.1 Soins médicaux

Les prestations en nature comprennent le traitement médical, les médicaments et les frais d'hospitalisation. Ces prestations sont accordées sans participation de la victime aux frais dans les limites des tarifs conventionnels. Tous les frais médicaux, de pharmacie, d'hospitalisation etc. sont réglés directement par l'Association d'assurance accident aux fournisseurs.

3.1.2 Dégâts matériels

L'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires auxquels peut avoir donné lieu l'accident et, même sans que l'accident ait donné lieu à une lésion corporelle, des dommages causés aux prothèses dont l'assuré était pourvu lors de l'accident.

Il peut en outre se voir indemniser le dégât causé au véhicule au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite d'une franchise fixée à 2/3 du salaire social minimum et d'un maximum fixé à 5 ou à 7 fois le salaire social minimum suivant qu'il s'agit d'un accident de trajet ou d'un accident de travail. Le droit à l'indemnisation existe même en l'absence d'une lésion corporelle, mais uniquement dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre.

3.2 Prestations en espèces

3.2.1 Prestations en cas d'incapacité de travail totale pendant les 52 premières semaines

La situation diffère selon qu'il s'agit d'un assuré salarié ou d'un assuré exerçant une activité professionnelle pour son propre compte :

- En cas d'incapacité de travail totale temporaire consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77ème jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. L'Association d'assurance accident rembourse à l'employeur 80 % de la rémunération avancée au salarié, augmentée de la part employeur des cotisations sociales.
- L'assuré exerçant une activité professionnelle pour son propre compte a droit à une indemnité équivalente à 80 % de l'assiette

cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail totale jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77ème jour d'incapacité de travail.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'une incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident. Le montant de l'indemnité pécuniaire correspond à la rémunération cotisable ou à l'assiette cotisable mise en compte respectivement pour le salarié ou le non salarié au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Pour obtenir les prestations en espèces, l'assuré doit faire parvenir à la Caisse nationale de santé le certificat d'incapacité de travail établi par son médecin traitant au plus tard le 3ème jour ouvré de l'incapacité de travail. Ces prestations sont versées quelle que soit l'origine de l'incapacité de travail (maladie, maladie professionnelle ou accident du travail).

Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. A cette fin, sont totalisées toutes les périodes d'incapacité de travail se situant dans la période de référence qui prend fin la veille de chaque nouvelle période d'incapacité de travail. La période d'incapacité de travail peut être soit continue, soit interrompue par des périodes de reprise du travail. Il n'est fait aucune distinction suivant l'origine de l'incapacité de travail.

Toutefois, l'indemnité pécuniaire prend fin avant l'échéance de la 52e semaine dès la fin du contrat de travail à durée déterminée (ou du contrat de mission d'un travailleur intérimaire), à moins que le salarié n'ait été affilié depuis 6 mois au moins.

3.2.2 Rente complète

A partir de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire ou à défaut de droit à l'indemnité pécuniaire, l'assuré a droit sur demande à une rente complète pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident du travail ou la maladie professionnelle survenus alors qu'il exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi ou auprès d'un organisme étranger compétent.

Pour les salariés, la rente complète correspond à la rémunération cotisable des 12 mois précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Pour les assurés non-salariés est prise en compte l'assiette cotisable appliquée au moment de l'accident. Tout recalcul de cette assiette entraîne la révision de la rente.

En ce qui concerne les seuils, la rente complète annuelle ne peut être ni inférieure à 12 fois ni supérieure à 60 fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident.

Lorsque l'assuré exerce plusieurs activités soumises à l'assurance, la totalité de l'assiette cotisable des différentes activités est prise en considération.

A noter qu'il n'est pas alloué de rente complète au bénéficiaire d'une rente professionnelle d'attente.

3.2.3 Rente partielle

Lorsque l'assuré subit une perte de revenu professionnel par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, il peut demander une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition :

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de 10% au moins,
- que la perte de revenu atteigne 10% au moins,
- que l'assuré soit reconnu, par le médecin du travail compétent, incapable d'exercer pour le compte d'autrui son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail ou qu'il soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, incapable d'exercer sa dernière activité pour son propre compte,
- que l'incapacité soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Si la Commission mixte a décidé le reclassement professionnel interne ou externe de l'assuré, cette décision initiale de reclassement s'impose à l'Association d'assurance accident.

Par consolidation, il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

Pour les salariés, la rente partielle correspond à la différence entre, d'une part, la rémunération cotisable au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle et, d'autre part, celle pendant les 12 mois précédant l'accident.

Pour l'assuré non salarié, la rente équivaut à la diminution effective du revenu professionnel fiscal réalisé au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle par rapport au revenu professionnel annuel moyen réalisé au cours des 36 mois précédant celui de la survenance de l'accident.

3.2.4 Rente professionnelle d'attente

L'assuré qui justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanent de 10% au moins du chef d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qui bénéficie d'un reclassement professionnel externe décidé par la Commission mixte, est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. A condition que cette incapacité soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable aux séquelles de l'accident du travail ou à une maladie professionnelle, il a droit sur demande à la rente professionnelle d'attente de la part de l'Association d'assurance accident.

La rente professionnelle d'attente est versée à titre de compensation au Fonds pour l'emploi, respectivement à l'organisme d'assurance pension jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité professionnelle d'attente avancées indûment.

L'assuré non salarié, qui ne tombe pas dans le champ d'application de la législation sur le reclassement professionnel, a également droit sur demande à la rente professionnelle d'attente s'il ne peut plus exercer son activité professionnelle principalement à cause d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sans être atteint d'invalidité au sens de la législation sur l'assurance pension.

Le montant de la rente professionnelle d'attente est fixé à 85 % de la rente complète.

Tant que le reclassement professionnel externe n'est pas possible, la rente professionnelle d'attente remplace l'indemnité professionnelle d'attente. La rente professionnel d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement professionnel ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle. Elle est retirée si l'assuré touche à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.

3.2.5 Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Si après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité de travail permanente totale ou partielle, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux.

Ces indemnités (l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément, l'indemnité réparant les douleurs physiques endurées et l'indemnité pour préjudice esthétique) sont accordées sur demande et ne sont soumises à aucune charge fiscale ou sociale.

3.2.5.1 L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément vise à réparer la perte de qualité de vie dans le chef de la victime en raison des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle. Elle indemnise le fait que la victime doit fournir un effort accru dans l'ensemble de ses activités professionnelles et privées en raison de l'atteinte corporelle subie. Elle répare ainsi la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par la difficulté, voire l'impossibilité de se livrer à certaines activités, de loisir ou autre, ainsi que le fait de voir le cas échéant son espérance de vie diminuée. Cette indemnité répare également la perte de la valeur de la victime sur le marché du travail.

Le préjudice physiologique et d'agrément est indemnisé par l'allocation d'un forfait calculé sur base du taux d'incapacité de travail définitif fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'indemnité est payée sous forme de capital pour les taux d'incapacité de travail permanente inférieurs ou égaux à 20 % et sous forme de paiements mensuels pour les taux supérieurs à 20 % sans possibilité de rachat.

A noter que la rente partielle et la rente professionnelle d'attente ne peuvent être demandées qu'après l'octroi de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément correspondant à un taux d'incapacité de 10% aux moins.

3.2.5.2 L'indemnité réparant les douleurs physiques endurées

Cette indemnité vise à réparer les souffrances endurées par l'assuré jusqu'à la consolidation de ses lésions. Elle est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques aux blessures encourues et aux traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Elle consiste dans un forfait[1)] fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice subi.

3.2.5.3 L'indemnité pour préjudice esthétique

Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres, mais aussi une altération de l'image de soi, atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle. L'importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l'âge de la victime.

---

1) Pour plus de précisions concernant les forfaits voir : Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p.4080).

A l'instar des douleurs endurées, le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait[1)] fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'une échelle tenant compte de la gravité du préjudice subi.

3.2.6 Prestations des survivants

3.2.6.1 Indemnisation du dommage moral

Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident du travail ou une maladie professionnelle, les survivants ont droit, en dehors des prestations nées dans le chef de l'assuré, à une indemnité pour dommage moral forfaitaire[2)] dont le montant est fixé comme suit (au nombre indice 794,54) :

- 28.992,76 € pour le conjoint survivant ou le partenaire ainsi que pour chacun des enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé;
- 17.392,48 € pour chacun des père et mère de l'assuré décédé;
- 11.592,34 € pour toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins.

3.2.6.2 Rente de survie

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans et a pour cause principale un accident du travail ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit sur demande à une rente de survie.

Si le décès est survenu après l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent du revenu professionnel annuel par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 65 ans.

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent du revenu professionnel annuel par 10 années. Si ce revenu dépasse la base de référence servant à la détermination des majorations proportionnelles spéciales des pensions de survie, s'y ajoute le montant résultant de la multiplication de 1,85 pour cent de la différence par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 55 ans.

---

1) Pour plus de précisions concernant les forfaits voir : Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p.4080).

2) Voir : Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale (Mém. A 245 du 28 décembre 2010, p.4083).

La rente du conjoint ou du partenaire correspond à ¾ et la rente d'orphelin à ¼ du montant déterminé conformément à ce qui précède, sans que l'ensemble des rentes de survie ne puisse dépasser ce montant.

Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension. Cela signifie que les survivants ont droit à une rente de survie qui ensemble avec la pension de survie atteint le niveau de la pension qu'ils auraient obtenu si l'assuré avait continué à cotiser jusqu'à l'âge de 65 ans ou s'il avait bénéficié jusqu'à cet âge d'une rente complète pour avoir été atteint d'incapacité totale à la suite d'un accident du travail.

Les rentes de survie sont payées par la Caisse nationale d'assurance pension pour compte de l'Association d'assurance accident.

3.2.7 Caractéristiques communes aux rentes

3.2.7.1 L'impôt et les cotisations

Depuis le 1er janvier 2011, les rentes accident indemnisant la perte totale ou partielle du revenu professionnel sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu. Elles donnent lieu à affiliation à l'assurance maladie et à l'assurance pension et partant au prélèvement des cotisations afférentes.

La rente accident est partant désormais soumise aux charges fiscales et sociales, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire, des cotisations en matière d'assurance accident et d'allocations familiales.

3.2.7.2 Dynamisation des rentes

Deux mécanismes de revalorisation des rentes sont prévus. Premièrement, les rentes sont adaptées automatiquement aux variations du coût de la vie. Le revenu servant au calcul des rentes est porté à l'indice 100 du coût de la vie à l'aide de la moyenne des indices mensuels applicables au cours de la période à laquelle se rapporte ce revenu. Les rentes sont adaptées au nombre indice du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

En dehors de cette adaptation, les rentes dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2012 sont encore revalorisées et réajustées au niveau de vie.

A cet effet, elles sont divisées par le facteur de revalorisation de l'avant-dernière année précédant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle et multipliées ensuite par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la rente, dont celui pour l'année 2009 est fixé à 1,405. Les rentes ainsi revalorisées sont ensuite multipliées par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début du droit à la rente, mais au plus tôt à partir de l'année 2014.

Les rentes, échues d'accidents du travail survenus et de maladies professionnelles déclarées avant le 1er janvier 2013 et fixées au niveau de vie de l'année de base 1984, sont revalorisées en les multipliant par le facteur de revalorisation de l'année 2009, fixé à 1,405. Les rentes ainsi revalorisées sont ensuite réajustées en les multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier à partir de l'année 2014.

3.2.8 Suspension des prestations

Le droit de toucher l'indemnité pour dégâts matériels et les prestations en espèces est suspendu tant que l'assuré :

- se soustrait au contrôle médical sans motif valable ;
- se soustrait aux examens médicaux sans motif valable ;
- ne fournit pas les renseignement et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

Le Fonds pour l'emploi, le Fonds national de solidarité, l'organisme d'assurance pension ou l'Office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de rente pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une rente a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement des arrérages de rente, redus pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

3.2.9 Rente complète ou partielle pour enfants, écoliers, élèves, étudiants, volontaires et jeunes au pair

Ces personnes ont droit à une rente partielle ou complète au plutôt à partir de l'âge de 18 ans, s'ils ont une incapacité de travail d'au moins 20%. Comme il est impossible pour ces personnes, dont l'avenir professionnel est encore incertain, de rapporter la preuve de l'existence d'une perte de revenu certaine indemnisable, il leur est attribué un montant forfaitaire.

Ce montant forfaitaire résulte de la multiplication du taux d'incapacité permanente par le montant minimal prévu pour la rente complète (la rente complète annuelle ne peut être inférieure à 12 fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident), augmenté de 20%.

4 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

4.1 Déclaration des accidents et des maladies professionnelles[1)]

Toute personne assurée, victime d'un accident du travail ou de trajet est tenue d'en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci.

L'employeur ou son représentant déclare tout accident du travail à l'Association d'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire de déclaration d'un accident du travail disponible auprès de l'Association d'assurance accident et fait parvenir une copie de la déclaration à l'assuré. Aux fins de prise en charge du traitement curatif, la déclaration est également obligatoire si l'accident n'a pas comporté d'arrêt du travail.

Pour les maladies professionnelles, il incombe au médecin de faire la déclaration à l'Association d'assurance accident dès qu'il a des suspicions fondées qu'une maladie a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée. En cas de déclaration, il remet une copie de la déclaration à son patient.

La déclaration est effectuée au moyen du formulaire de déclaration médicale d'une maladie professionnelle disponible auprès de l'Association d'assurance accident et contient un diagnostic médical précis de la maladie dont l'origine professionnelle est soupçonnée ainsi qu'une indication des risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de celle-ci. Les pièces médicales établissant la maladie déclarée sont annexées à la déclaration.

L'instruction du dossier est limitée à la maladie pour laquelle la déclaration médicale est introduite.

Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement ou à leur délégué. L'accident survenu dans le cadre d'une activité péripréscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité. Ces déclarations sont effectuées au moyen du formulaire de déclaration d'un accident scolaire ou périscolaire disponible auprès de l'Association d'assurance accident.

Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident ou être atteinte d'une maladie professionnelle dans le délai annuel prescrit, l'Association d'assurance accident demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

---

1) *Pour plus d'informations voir : Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 modifiant le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p.2216).*

En cas de déclaration médicale d'une maladie professionnelle, l'employeur fournit tous les renseignements concernant l'exposition professionnelle à des risques. Dans la déclaration patronale concernant cette exposition, il indique notamment avec précision :

1) le ou les postes de travail successivement occupés et les tâches y effectuées;
2) les gestes et postures de travail relatifs à chaque poste ainsi que les produits, machines et outils y utilisés;
3) la durée du temps de travail exposant le salarié aux différents gestes et postures de travail ainsi qu'aux produits, machines et outils en cause;
4) les mesures de protection prises contre les risques professionnels et les équipements de protection individuelle mis à disposition.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale se prononce sur l'existence de la maladie déclarée, sur le diagnostic médical de celle-ci et sur le numéro du tableau des maladies professionnelles sous lequel elle est à instruire.

L'Association d'assurance accident se prononce sur l'exposition de l'assuré aux risques professionnels susceptibles d'être à l'origine de la maladie déclarée. A cette fin, elle peut demander tous renseignements ou pièces nécessaires à l'employeur et à l'assuré. Elle peut procéder à une étude du ou des postes de travail et demander un avis motivé au médecin du travail compétent.

Sur base du rapport de l'Association d'assurance accident concernant l'exposition aux risques, le Contrôle médical de la sécurité sociale rend un avis médical sur la relation d'imputabilité entre la maladie déclarée et l'activité professionnelle exercée.

4.2 Procédure d'obtention de l'indemnité pour dégâts matériels, des rentes accident et des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, aucune prestation n'est accordée à charge de l'Association d'assurance accident si l'accident ne lui est pas déclaré dans l'année de sa survenance. Pour les maladies professionnelles, ce délai ne prend cours que le jour où l'assuré ou l'ayant droit a eu connaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

L'indemnité pour dégâts matériels est accordée sur demande à présenter par l'assuré ou les ayants droit sous peine de déchéance dans l'année de la survenance de l'accident.

Les rentes accident et des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux sont accordées sur demande à présenter par les victimes d'accidents ou leurs ayants droit sous peine de déchéance dans le délai de 3 ans à dater de la consolidation ou de la reconversion professionnelle respectivement ou du jour du décès de la victime.

La demande en obtention d'une telle prestation n'est recevable après l'expiration de ce délai que s'il est prouvé que les conséquences de l'accident, n'ont pu être constatées qu'ultérieurement ou que l'intéressé s'est trouvé, en suite de circonstances indépendantes de sa volonté, dans l'impossibilité de formuler sa demande. Dans ces cas, la demande doit être présentée endéans les 3 ans de la constatation des suites de l'accident ou de la cessation de l'impossibilité d'agir.

4.3 Limitation dans le temps des prestations à charge de l'assurance accident

Si le Contrôle médical de la sécurité sociale constate que les suites de l'accident ou de la maladie professionnelle ne justifient plus de prestations à charge de l'assurance accident, le dossier est clôturé par décision.

L'octroi ultérieur de prestations du chef de cet accident est subordonné à la présentation d'une demande de l'assuré sur le formulaire prescrit et d'un rapport du médecin traitant justifiant la réouverture du dossier. Sauf fait médical nouveau, la demande n'est pas recevable avant l'expiration d'une année à partir de la décision de la clôture ou de celle rejetant une demande de réouverture précédente. Si le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis négatif, la réouverture du dossier est refusée par décision du président ou de son délégué.

Le dossier est clôturé d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir,

- 3 mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale dépassant les 8 jours consécutifs à cet accident;
- 12 mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante, sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale.[1)]

---

1) Pour plus de précisions sur la procédure de déclaration des accidents et d'attribution des prestations de l'assurance accident: voir Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 modifiant le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p.2216).

5 SYSTÈME BONUS-MALUS (APPLICABLE À PARTIR DE L'EXERCICE 2019)

Le taux de cotisation d'un employeur en matière d'assurance accident correspond au taux de cotisation unique (actuellement fixé à 1%), diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de 50% en le multipliant par le facteur bonus-malus.

A cet effet, les employeurs sont répartis en classes de risques selon leur secteur d'activité. Il existe en tout 17 classes. Si un employeur a plusieurs activités dans des secteurs d'activités différents, son activité principale est prise en compte pour le classement dans une classe.[1)]

La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles.

---

1) Pour plus d'informations sur les classes de risques : voir règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident (Mém. A 18 du 19 février 2016, p. 598).

Prestations en cas de vieillesse

11

L'éventualité ouvrant droit à la pension de vieillesse peut être définie simplement comme l'accomplissement d'un âge déterminé, formule que les régimes d'assurance sociale appliquent en ajoutant la considération que les prestations accordées aux assurés âgés sont calculées sur la base des années d'emploi accomplies ou des cotisations versées.

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a apporté certaines modifications en ce qui concerne :

- le calcul de la pension : Les majorations proportionnelles et les majorations forfaitaires sont déterminées dans le tableau de l'article 214 du Code de la sécurité sociale et ceci en fonction de l'année du début du droit à la pension. Sur la période 2012-2052 le taux des majorations proportionnelles est progressivement réduit de 1,85% à 1,60%. En ce qui concerne les majorations proportionnelles échelonnées, le moment de leur valorisation est progressivement porté de 93 à un seuil de 100, âge et carrière confondus et l'augmentation par an supplémentaire des majorations proportionnelles échelonnées est relevée de 0,01 à 0,025. Le taux des majorations forfaitaires est augmenté de 23,5% en 2012 à 28,0% en 2052.
- le cumul d'une pension anticipée avec un revenu : Les dispositions anti-cumul d'une pension avec un revenu ont été allégées. Ainsi, la disposition que la pension anticipée est réduite de moitié si le salaire perçu dépasse un tiers du salaire social minimum par mois a été abrogée. Dorénavant, le cumul d'une pension et d'un salaire est possible jusqu'au plafond fixé à la moyenne des cinq revenus annuels cotisables les plus élevés. En outre, le plafond minimum a été augmenté de 120 à 150 % du salaire social minimum.
- la revalorisation et le réajustement des pensions : L'ancien mécanisme d'ajustement est scindé en deux : un facteur de revalorisation relatif à la revalorisation des salaires inscrits dans la carrière au niveau de vie au moment du début de la pension et un facteur de réajustement relatif au réajustement des pensions en cours en fonction de l'évolution des salaires en cours des années

postérieurs au début de la retraite. Le facteur de réajustement dépend de la situation financière du régime de pension.

- la possibilité de combler des interruptions de carrière au moyen de l'assurance volontaire portant sur une assiette cotisable d'un tiers du salaire social minimum.
- la période de couverture : La période de couverture destinée à analyser la situation financière du régime a été augmentée de 7 à 10 ans. L'Inspection générale de la sécurité sociale fait des prévisions actuarielles sur la situation financière du régime pour une durée de 10 ans. Sur base de ces prévisions est fixé le taux de cotisation global en matière d'assurance pension (actuellement 24%). Au milieu de chaque période de couverture, donc tous les 5 ans, l'Inspection générale de la sécurité sociale doit vérifier si le taux global fixé initialement permet une situation financière équilibrée jusqu'en fin de période.

1 CARRIÈRE D'ASSURANCE

1.1 Périodes d'assurance effectives[1)]

Les périodes d'assurance obligatoires et les périodes d'assurance volontaires, donc les périodes pour lesquelles des cotisations ont été versées, comptent tant pour l'ouverture du droit à pension (stage), que pour le calcul de la pension (majorations proportionnelles et majorations forfaitaires) et constituent les périodes d'assurance effectives.

Dans une carrière d'assurance d'une personne donnée comptent comme périodes d'assurance obligatoire, toutes les périodes d'activité professionnelle ou périodes y assimilées pour lesquelles des cotisations ont été versées.

Sont mises en compte :

- les périodes correspondant à une activité professionnelle salariée ;
- les périodes correspondant à une activité professionnelle indépendante ;
- les périodes pour lesquelles est versé un revenu de remplacement soumis à cotisation (indemnité pécuniaire de maladie, indemnité pécuniaire de maternité, indemnité pécuniaire d'accident, indemnités de chômage, indemnités de préretraite) ;

---

1) *On entend par périodes d'assurance effectives celles au sens des articles 171 (assurance obligatoire), 173 (assurance volontaire continuée), 173 bis (assurance volontaire facultative) et 174 (achat rétroactif) du Code de la sécurité sociale.*

- les périodes correspondant à des périodes d'activité exercées par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale ;
- les périodes correspondant au titre d'un apprentissage pratique à des périodes de formation professionnelle indemnisées, pour autant qu'elles se situent après l'âge de 15 ans ;
- les périodes accomplies par le conjoint ou le partenaire et, pour les activités agricoles, par les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré exerçant une activité indépendante, pourvu que le conjoint ou le partenaire, le parent ou allié soit âgé de 18 ans au moins et prête au prédit assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale ;
- une période de 24 ou de 48 mois dans le chef des parents se consacrant à l'éducation du ou des enfants (années-bébé).

  Sur demande, une période de 24 mois dans le chef de l'un ou des deux parents se consacrant au Luxembourg à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de 4 ans lors de l'adoption est mise en compte, à condition que l'intéressé justifie de 12 mois d'assurance effectives pendant une période de référence de 36 mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Cette période de référence est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes d'éducation des enfants. La période de 24 mois mise en compte ne doit pas se superposer avec une période couverte auprès d'un régime spécial luxembourgeois ou d'un régime étranger. Elle prend cours le mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant, ou, le cas échéant, le mois suivant la date de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maternité. Elle est étendue à 48 mois si, au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, l'intéressé élève dans son foyer au moins deux autres enfants légitimes, légitimés, naturels ou adoptifs ou si l'enfant est atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou d'une diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge. La période de 24 ou 48 mois peut être répartie entre les parents, à condition que les demandes présentées par les deux parents n'excèdent pas cette durée maximale. A défaut d'accord des deux parents au sujet de la répartition de la période, la mise en compte s'effectue prioritairement en faveur de celui des parents qui s'occupe principalement de l'éducation de l'enfant. La condition que des cotisations aient été versées ne s'applique pas.
- les périodes accomplies dans un pays en voie de développement au titre de la coopération au développement ;
- les périodes de guerre ;

- les périodes de service militaire obligatoire accomplies dans l'armée luxembourgeoise ;
- les périodes pendant lesquelles l'intéressé a participé à une opération pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales ;
- les périodes pendant lesquelles l'intéressé était volontaire au service de l'armée ;
- les périodes pendant lesquelles une personne a assuré des aides et des soins à une personne dépendante, sans qu'il s'agisse d'une activité professionnelle ;
- les périodes pendant lesquelles une personne a accueilli un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour et que ce placement a été effectué par un organisme agréé conformément à la législation réglant les relations entre l'Etat et les organismes œuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique ;
- les périodes correspondant au congé parental dont l'assuré a bénéficié ;
- les périodes pendant lesquelles les jeunes ont participé à des activités de volontariat organisées dans le cadre d'organisations non gouvernementales à but non lucratif ;
- les périodes pendant lesquelles l'intéressé a eu une activité sportive d'élite reconnue par le comité olympique et sportif luxembourgeois (C.O.S.L.) ;
- les périodes d'occupation des travailleurs handicapés dans un atelier protégé.

Par ailleurs sont mises en compte comme périodes volontaires, les périodes d'assurance facultative ou continuée et celles relatives à un achat rétroactif ou à une restitution de cotisations.[1)]

En outre, peuvent être mises en compte les périodes accomplies en vue d'une insertion ou réinsertion professionnelle.

---

1) Pour plus d'informations, il est renvoyé au chapitre 3 - Personnes protégées.

1.2 Périodes complémentaires[1)]

Ce sont des périodes pendant lesquelles aucune cotisation n'a été prélevée. Ces périodes qui comptent aux fins de parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse anticipée (à partir de 60 ans) et la pension minimum, ainsi qu'aux fins de l'acquisition de majorations forfaitaires et de l'allocation de fin d'année. Sont prises en compte comme périodes complémentaires, les périodes prévues ci-après pour autant qu'elles ne soient pas autrement couvertes par un régime de pension luxembourgeois ou étranger, à savoir :

- les périodes pendant lesquelles une pension d'invalidité a été versée ;
- les périodes d'études ou de formation professionnelle non indemnisées au titre d'un apprentissage, pour autant que ces périodes se situent entre l'âge de 18 et 27 ans.

Sont prises en considération comme périodes d'études, les périodes où l'intéressé

- a suivi effectivement, sur place, au Luxembourg ou à l'étranger, dans un établissement public ou privé d'enseignement secondaire, supérieur ou universitaire, des cours d'enseignement général ou professionnel ;
- a suivi des cours d'adultes du soir de l'enseignement secondaire ou technique ;
- a effectué un stage prévu par le programme d'études et prescrit en vue de l'obtention du diplôme clôturant lesdites études.

Sont assimilées aux études :

- les périodes de vacances annuelles à l'inclusion de celles consécutives à l'année scolaire ;
- les interruptions d'études pour des raisons de santé ;
- à la fin des études, la période se situant entre la fin de l'année scolaire et le 31 octobre subséquent ;
- la période de carence où le jeune chômeur n'a pas encore droit aux indemnités de chômage ;
- les périodes pendant lesquelles l'un des parents a élevé au Luxembourg un ou plusieurs enfants âgés de moins de 6 ans.

  Pour la mise en compte de ces périodes, il est présumé que la mère a élevé l'enfant. Le père de l'enfant peut rapporter la preuve contraire:

  - si la garde de l'enfant lui a été confiée ;
  - si la mère a exercé une occupation professionnelle alors que le père n'exerçait pas une telle occupation ;
  - si le père habitait seul avec l'enfant ;

---

1) On entend par périodes complémentaires, les périodes d'assurance au sens de l'article 172 du Code de la sécurité sociale.

- si les deux conjoints exerçaient simultanément une activité professionnelle. Dans ce cas il est présumé que l'enfant a été élevé par le parent touchant le revenu professionnel le moins élevé, subsidiairement, par le conjoint le plus jeune. La preuve ne peut être rapportée que jusqu'à l'échéance d'un risque assuré dans le chef d'un des conjoints.

Ces périodes ne peuvent être inférieures à 8 ans pour la naissance de deux enfants, ni être inférieures à 10 ans pour la naissance de 3 enfants ; l'âge prévisé est porté à 18 ans si l'enfant est atteint d'une infirmité physique ou mentale[1)], sauf si l'éducation et l'entretien de l'enfant ont été confiés à une institution spécialisée. Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale peut dispenser de la condition que l'enfant soit élevé au Luxembourg ;

- les périodes d'assurance correspondant à une activité professionnelle indépendante et dispensées de cotisations avant le 1er janvier 1993 ;
- jusqu'à concurrence de 15 années, les périodes d'activité professionnelle au Luxembourg se situant avant la création des anciens régimes de pension contributifs ou dispensées de l'assurance obligatoire en vertu des dispositions légales applicables à ces régimes pour autant que ces périodes ne donnent pas autrement lieu à prestations[2)] ;
- les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles une personne a assuré des soins au bénéficiaire d'une allocation de soins, d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées, d'une majoration de la rente accident pour impotence ou d'une majoration de complément du revenu minimum garanti ;
- les périodes d'activité professionnelle soumise à assurance au titre de la législation du pays d'origine dans le chef des personnes ayant bénéficié avant l'acquisition de la nationalité luxembourgeoise du statut de réfugié politique[3)] et pour autant qu'elles soient exclues du bénéfice de prestations par tout régime international ou étranger ;
- les périodes pendant lesquelles le travailleur handicapé n'a pas pu être occupé, pour des raisons indépendantes de sa volonté, dans un atelier protégé ainsi que les périodes se situant avant la mise en vigueur de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées au cours desquelles l'intéressé était, après l'âge de 18 ans par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, hors d'état de gagner sa vie.

---

1) Est considéré comme infirme, l'enfant âgé de moins de 18 ans, atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50% de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge.

2) Ces périodes ne sont mises en compte que pour autant qu'elles se situent après l'âge de 14 ans.

3) Au sens de l'article 1er de la convention signée à Genève le 28 juillet 1951.

2 UNITÉ DE CALCUL

Toutes les périodes d'assurance sont comptées par mois de calendrier. Compte pour un mois entier, la fraction du mois représentant au moins, soit 64 heures de travail lorsqu'il s'agit de périodes d'activité professionnelle exercée pour autrui, soit 10 jours civils dans les autres cas. Les fractions de mois inférieures à ces seuils sont reportées aux mois suivants et mises en compte le premier mois où le total des heures d'activité aura, compte tenu du report, atteint le seuil prévisé, alors que les salaires, traitements ou revenus cotisables sont portés en compte pour le mois auquel ils se rapportent.

Toute fraction de mois inférieure à 64 heures servira ainsi à mettre en compte un mois d'assurance à partir du moment où le total atteint le seuil 64 heures.

Exemple :

année	mois	heures	assurance
2015	02	60 ¬	report → 03
	03	58 (+60)	1 mois
	04	64	1 mois
	05	64	1 mois
	06	58 ¬	report → 07
	07	50 (+58)	1 mois
	08	30 ¬	report→ ¬09
	09	30 (+30)	report→ 10
	10	58 (+60)	1 mois
	11	64	1 mois
	12	60 ¬	report → 01
2016	01	60 (+60)	1 mois
	02	64	1 mois
	03	60 ¬	report → 04
TOTAL	**14**	**781**	**8 mois**

Toutefois, en cas de concours durant un mois de diverses périodes d’assurance, la mise en compte ne peut excéder un mois.

Pour une rente accident complète ou une rente d'attente du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, les périodes d'assurance sont mises en compte conformément aux modalités susmentionnées. Pour une rente accident partielle, seuls les revenus cotisables sont portés en compte.

2.1 Contrôle de la carrière d'assurance

La carrière d'assurance est à la base du calcul de la pension.

Tous les assurés actuellement affiliés à la sécurité sociale reçoivent annuellement un relevé de leur carrière d'assurance avec des indications plus spécifiques concernant la dernière année. Il incombe aux intéressés de contrôler l'exactitude de ce relevé.

Les personnes qui ne sont plus assurées ne reçoivent pas ce relevé annuel. Pour contrôler l'exactitude d'une affiliation antérieure éventuelle, elles ont toutefois la possibilité de solliciter l'envoi d'un relevé renseignant leurs périodes d'assurance. Il est indispensable d'indiquer dans cette demande le nom, le prénom et la date de naissance ou si possible le numéro matricule de l'assuré, les années d'occupation ainsi que les noms et adresses des employeurs correspondants.

3 CONDITIONS D'ATTRIBUTION DE LA PENSION

- A droit à une pension de vieillesse à partir de l'âge de 65 ans, tout assuré qui justifie de 120 mois d'assurance au moins au titre de l'assurance effective.
- A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 60 ans[1)], l'assuré qui justifie de 480 mois d'assurance au moins au titre des périodes d'assurance effectives et complémentaires, dont au moins 120 mois au titre de l'assurance effective.
- A droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 57 ans, l'assuré qui justifie de 480 mois d'assurance obligatoire.

3.1 Dispositions anti-cumul

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse normale peut exercer n'importe quelle occupation professionnelle ; la législation sociale luxembourgeoise ne prévoit à l'âge de 65 ans aucune restriction en ce sens.

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer une activité professionnelle insignifiante, c'est-à-dire une activité continue ou temporaire rapportant un revenu au Luxembourg ou à l'étranger qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum.

---

1) Par dérogation à ces conditions d'âge, les assurés soumis à l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs au 31 décembre 1987 ainsi que les employés techniques des mines justifiant avant cette date de 20 années d'occupation au fond ou en surface dans l'industrie minière ont droit à une pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de 55 ans. Les assurés qui au 31 décembre 1987 étaient affiliés à un régime d'assurance supplémentaire (des ouvriers mineurs, des ouvriers métallurgistes, des employés techniques des mines du fond ou des chauffeurs professionnels) peuvent bénéficier jusqu'au 31 décembre 1992 des anciennes dispositions pour l'octroi de la pension de vieillesse anticipée. Par ailleurs une disposition temporaire permet aux assurés qui étaient affiliés au 31 décembre 1987 auprès du régime des employés privés et y remplissaient certaines conditions de déroger à la limite d'âge.

Si l'activité professionnelle dépasse la limité prévisée, les dispositions anti-cumul d'une pension avec d'autres revenus sont applicables.

Il y a lieu de distinguer entre l'exercice d'une occupation salariée et l'exercice d'une occupation non salariée.

- Pension de vieillesse anticipée et exercice d'une occupation salariée

Si l'occupation salariée rapporte un revenu qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par mois, la pension de vieillesse anticipée est due sans aucune réduction.

Si l'occupation salariée rapporte un revenu qui dépasse un tiers du salaire social minimum, la loi permet le cumul d'une pension de vieillesse anticipée avec un salaire jusqu'au plafond fixé à la moyenne de cinq revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance. Dans ce cas la pension de vieillesse anticipée est diminuée.

Exemple :

Un ouvrier spécialiste arrête son occupation professionnelle principale mais continue à donner des cours dans une école professionnelle. Les cours ont lieu du 1.3. au 31.8., c'est-à-dire pendant 6 mois. Le salaire s'élève à 1.000 € par mois.

Répartition du salaire gagné sur l'année civile : 1.000 x 6 = 6.000 : 12 = 500 € par mois.

Au 1er janvier 2017, un tiers du salaire social minimum de référence s'élève à :

1.998,59 : 3 = 666,20 € (indice 794,54).

Le montant mensuel gagné est donc inférieur à un tiers du salaire social minimum : la pension de vieillesse anticipée est due sans réduction.

- Pension de vieillesse anticipée et exercice d'une occupation non salariée

Si l'occupation non salariée rapporte un revenu qui ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum par an, la pension de vieillesse anticipée est due sans aucune réduction. Si l'occupation professionnelle non salariée rapporte un revenu qui dépasse ce tiers, la pension de vieillesse anticipée n'est pas due.

Exemple:

Un assuré arrête son occupation professionnelle principale mais continue l'exploitation de son commerce.

- Le revenu annuel qu'il retire de ce commerce s'élève à 6.000 €. Il est inférieur à un tiers du salaire social minimum par an (au 1er janvier 2017, 1/3 du SSM par an = 7.994,36 € - indice 794,54).
- La pension de vieillesse anticipée est due.

4 DÉTERMINATION ET PAIEMENT DE LA PENSION

4.1 Ouverture du droit

La pension de vieillesse normale commence à courir du premier jour de la 66e année de l'assuré ou, si les conditions d'attribution ne sont réalisées que postérieurement, à partir de cette date.

La pension de vieillesse anticipée ne commence à courir qu'à partir du jour suivant l'expiration du droit de l'assuré à son revenu professionnel. Pour l'application des dispositions qui précèdent chaque jour du mois du début de la pension est compté uniformément, s'il échoit, pour un trentième du mois.

Les pensions de vieillesse sont payées mensuellement par anticipation et cessent d'être payées à la fin du mois au cours duquel décède le bénéficiaire. Les mensualités éventuellement payées de trop pour des mois postérieurs au décès sont à rembourser.

Les arrérages de pension se rapportant à une période antérieure au décès et non encore versés, sont dus par priorité au conjoint survivant non séparé de corps, sinon aux successeurs en ligne directe jusqu'au 2e degré, c'est-à-dire aux enfants, petits-enfants, parents et grands-parents.

4.2 Procédure administrative

Toutes les prestations de la sécurité sociale ne sont accordées que sur demande formelle des intéressés. Pour éviter des retards inutiles, il importe d'introduire la demande de pension de vieillesse environ deux mois avant la date de l'ouverture du droit auprès de l'organisme compétent. Les formulaires de demande sont disponibles auprès des caisses de pension, auprès des caisses de maladie, auprès des administrations communales ainsi qu'auprès des associations professionnelles des salariés et des employeurs.

Si le demandeur a été affilié à plusieurs caisses au courant de sa carrière professionnelle, la demande est à adresser à la caisse auprès de laquelle il était assuré en dernier lieu.

Les assurés non-résidents sont obligés de présenter leur demande auprès de l'organisme compétent du lieu de leur résidence, en observant les prescriptions légales de ce pays. En Belgique par exemple, la demande est à présenter une année avant la date de l'ouverture du droit.

La durée de l'instruction des demandes de pension est fonction de la disponibilité et de la fiabilité des données de base et peut donc varier fortement d'une demande à l'autre. Six à huit semaines suffisent en général pour le calcul d'une pension normale. Si par contre la collecte des données implique des recherches fastidieuses à l'étranger, l'instruction peut prendre des mois.

Lorsque l'instruction est terminée, la pension est accordée ou rejetée par une décision susceptible de recours.

5 CALCUL DE LA PENSION

5.1 Eléments de pension

La pension de vieillesse annuelle se compose des éléments de pension suivants :

- **Les majorations proportionnelles** correspondent au produit de la multiplication du taux de pourcentage annuel respectif, qui correspond pour une pension attribuée en 2017 à 1,819%, par la somme des éléments de rémunération soumis à retenue pour pension, mis en compte au titre des périodes effectives. Pour obtenir la somme des salaires, traitements et revenus, ceux-ci sont réduits au nombre indice 100 du coût de la vie sur la base de la moyenne annuelle pondérée des indices mensuels du coût de la vie, et portés au niveau de la vie de l'année de base (1984). A cet effet, ils sont divisés par les facteurs de revalorisation respectifs qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de chaque année de calendrier et celui de l'année de base[1)].
- **Les majorations proportionnelles échelonnées (taux de majoration majoré)**

  En prévoyant le principe de l'augmentation échelonnée des majorations proportionnelles tant en fonction de l'âge que de la carrière du bénéficiaire, le législateur a introduit une mesure pour inciter les personnes à prolonger leur activité professionnelle.

  Si la somme de l'âge et de la durée d'assurance de l'assuré dépasse un certain seuil, l'assuré a droit aux majorations proportionnelles échelonnées. Pour une pension attribuée en 2017, le seuil est fixé à 93. Par année où la somme de l'âge à l'entrée et la carrière assurée dépasse le seuil, le taux de majoration de 1,819% est augmenté d'une unité supplémentaire de 0,012%. Le taux majoré maximal est fixé à 2,05%.

  La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension modifie les conditions d'octroi des majorations proportionnelles en ce sens que le total de l'âge et de la durée d'assurance de l'assuré doit dépasser un certain seuil qui progresse graduellement de 93 en 2013 à 100 en 2052. Par contre, le taux des majorations proportionnelles échelonnées par année supplémentaire est augmenté graduellement de 0,010% en 2012 à 0,025% en 2052. Une prolongation de la

---

1) Les facteurs de revalorisation annuels applicables sont fixés par règlement grand-ducal.

carrière active équivaut à une augmentation plus que doublée du taux applicable sous l'ancienne législation. (voir tableau ci-dessous)

- **Les majorations forfaitaires** correspondent, après une durée de 40 années au titre de périodes d'assurance effectives ou complémentaires, au produit de la multiplication du taux de pourcentage annuel respectif, qui correspond pour une pension attribuée en 2017 à 24,063%, par le montant de référence[1)]. Les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année, accomplie ou commencée, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de 40.

Tableau fixant le taux, le seuil et l'augmentation par année des majorations proportionnelles, ainsi que le taux par année des majorations forfaitaires :

année du début du droit à la pension	majorations forfaitaires	majorations proportionnelles		
	taux (%)	taux (%)	seuil	augmentation (%)
avant 2013	23,500	1,850	93	0,010
2013	23,613	1,844	93	0,011
2014	23,725	1,838	93	0,011
2015	23,838	1,832	93	0,012
2016	23,950	1,825	93	0,012
2017	24,063	1,819	93	0,012
2018	24,175	1,813	94	0,013
2019	24,288	1,807	94	0,013
2020	24,400	1,800	94	0,013
2021	24,513	1,794	94	0,014
2022	24,625	1,788	94	0,014
2023	24,738	1,782	94	0,015
2024	24,850	1,775	95	0,015
2025	24,963	1,769	95	0,015
2026	25,075	1,763	95	0,016
2027	25,188	1,757	95	0,016
2028	25,300	1,750	95	0,016
2029	25,413	1,744	95	0,017
2030	25,525	1,738	96	0,017
2031	25,638	1,732	96	0,018
2032	25,750	1,725	96	0,018

1) *Le montant de référence constitue un paramètre servant à déterminer certains seuils en relation avec le calcul des pensions. Il est fixé à 2.085 € par an au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et pour l'année de base 1984. Au 1er janvier 2017 il correspond à 1.968,61€ par mois.*

2033	25,863	1,719	96	0,018
2034	25,975	1,713	96	0,019
2035	26,088	1,707	97	0,019
2036	26,200	1,700	97	0,019
2037	26,313	1,694	97	0,020
2038	26,425	1,688	97	0,020
2039	26,538	1,682	97	0,021
2040	26,650	1,675	97	0,021
2041	26,763	1,669	98	0,021
2042	26,875	1,663	98	0,022
2043	26,988	1,657	98	0,022
2044	27,100	1,650	98	0,022
2045	27,213	1,644	98	0,023
2046	27,325	1,638	98	0,023
2047	27,438	1,632	99	0,024
2048	27,550	1,625	99	0,024
2049	27,663	1,619	99	0,024
2050	27,775	1,613	99	0,025
2051	27,888	1,607	99	0,025
2052	28,000	1,600	100	0,025
après 2052	28,000	1,600	100	0,025

Une allocation de fin d'année est allouée aux personnes qui ont droit à une pension au 1er décembre. Au 1er janvier 2017, l'allocation équivaut à 756,85 € (indice 794,54) pour une carrière d'assurance complète de 40 ans. L'allocation de fin d'année se réduit d'un quarantième par année manquante. Dorénavant, la liquidation d'une allocation de fin d'année dépend de la situation financière du régime. Si le taux de cotisation global en matière d'assurance pension dépasse 24%, l'allocation de fin d'année n'est plus due.

- Exemples de calcul de pensions de vieillesse

Le calcul de la pension annuelle se fait au nombre indice 100 du coût de la vie et considère les salaires en valeur de base année 1984. La pension ainsi fixée est adaptée au coût de la vie moyennant l'indexation et portée au niveau de vie en la multipliant par le facteur de revalorisation.

Au 1er janvier 2017, les facteurs d'adaptations applicables s'élèvent à respectivement 794,54 (indice) et 1,426 (facteur de revalorisation).

La pension de vieillesse se compose de deux types de majorations : les majorations forfaitaires et les majorations proportionnelles. Aux majorations s'ajoute l'allocation de fin d'année.

a) Majorations proportionnelles

- Majorations proportionnelles normales

Les majorations proportionnelles sont accordées en fonction des revenus professionnels cotisables réalisés au cours de la carrière d'assurance. Les salaires et revenus y figurent au nombre indice 100 année de base 1984. Les majorations proportionnelles en 2017 sont constituées par 1,819% de ce montant. Elles dépendent donc du niveau des salaires ou des revenus.

- Majorations proportionnelles échelonnées

Si la somme de l'âge et de la durée d'assurance de l'assuré dépasse le seuil de 93 ans, le taux de majoration proportionnelle pour une pension attribuée en 2017 est augmenté de 0,012% par année de dépassement. Le taux majoré ne peut pas dépasser 2,05%.

b) Majorations forfaitaires

Les majorations forfaitaires normales sont accordées en fonction de la durée d'assurance effectivement réalisée par l'assuré. Au 1er janvier 2017, le montant mensuel pour une carrière d'assurance normale de 40 années s'élève à 473,71 €. Pour chaque année manquante, un quarantième de ce montant, 11,84 €, est déduit. Pour une carrière d'assurance effective de 20 ans par exemple, le montant mensuel ne s'élève donc qu'à 20/40 de 473,71 = 236,85 €.

Exemple chiffré du calcul d'une pension de vieillesse en 2017

Un assuré né le 25 janvier 1952 a débuté sa carrière professionnelle en janvier 1978. Le 25 janvier 2017, à l'accomplissement de sa 65e année, il part en pension de vieillesse. Pendant sa période d'assurance de 39 années = 468 mois (1978 - 2017), il a accumulé un revenu professionnel total de 1.404.000,00 € (valeur réelle), soit une moyenne de 3.000 € par mois (valeur réelle).

Majorations proportionnelles		
Majorations proportionnelles normales		
par an : 1,819% de 1.404.000,00 =	25.538,76 €	
par mois : 25.538,76 : 12 =		2.128,23 €
Majorations proportionnelles échelonnées		
Âge + carrière : 65+39 = 104		
Dépassement seuil = facteur majorations échelonnées : 104-93 = 11		
Facteur : 104-93 = 11		
11 x 0,012% = 0,132%		
par an : 0,132% de 1.404.000,00 =	1.853,28 €	
par mois : 1.853,28 : 12 =		154,44 €
Majorations forfaitaires		
468 mois : 12 = 39 années soit 39/40 de 473,71 =		461,86 €
Allocation de fin d'année		
468 mois : 12 = 39 années soit 39/40 de 756,85 =	737,93 €	
Montant mensuel théorique : 737,93 : 12 =		61,49 €
Pension mensuelle brute :		**2.806,03** €

- Exemples de calcul de concours de pensions de vieillesse avec d'autres revenus

Si le bénéficiaire d'une pension de vieillesse normale peut exercer n'importe quelle occupation professionnelle, tel n'est pas le cas pour le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée.

a) Pension de vieillesse anticipée et occupation salariée

En cas d'exercice d'une occupation salariée, la pension de vieillesse anticipée ne subit aucune réduction tant que le salaire brut mensuel reste inférieur à un tiers du salaire social minimum (1/3 du SSM = 666,20 € par mois au 1er janvier 2017).

Si le salaire brut mensuel dépasse ce tiers, la pension de vieillesse anticipée est réduite dans la mesure où le salaire dépasse ensemble avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance.

En cas où la pension seule dépasse ce seuil, elle est réduite du montant de ces revenus.

Le seuil ne peut être inférieur à 150% du montant de référence, voire au 1er janvier 2017 2.952,92 € par mois ou 35.435,01 € par an.

.

Exemple :

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée continue à toucher un salaire annuel de	15.000,00 €	
soit par mois =		1.250,00 €
La pension anticipée calculée sans dispositions de réduction s'élève par an à	30.000,00 €	
soit par mois à		2.500,00 €
Etant donné que le salaire est supérieur à un tiers du salaire social minimum,		
le total du salaire et de la pension :	45.000,00 €	
est comparé à la moyenne des cinq revenus les plus élevés de la carrière d'assurance s'élève au nombre indice actuel à :	36.000,00 €	
La pension seule est inférieure à ce plafond mais le total du salaire et de la pension dépasse ce plafond de	9.000,00 €	
Ce montant est à déduire de la pension de sorte que celle-ci ne s'élève par mois plus qu'à :		
30.000,00 - 9.000,00 = 21 000,00 : 12 =		1.750,00 €

b) Pension de vieillesse anticipée et occupation indépendante

En cas d'exercice d'une occupation non-salariée, la pension ne subit aucune réduction tant que le revenu mensuel reste inférieur à un tiers du salaire social minimum : (666,20 € brut par mois au 1er janvier 2017). Si le revenu mensuel dépasse ce tiers, la pension de vieillesse anticipée est retirée.

c) Refixation

Une révision de la réduction a lieu d'office au 1er avril de chaque année.

En dehors de cette révision d'office, une refixation a lieu si :

- le bénéficiaire prouve une diminution de son revenu pendant trois mois et à raison de 10% au moins ;
- le revenu du bénéficiaire augmente de plus de 25% ;
- le bénéficiaire reprend ou abandonne son activité professionnelle.

Les dispositions de réduction restent valables jusqu'à l'accomplissement de la 65e année. A partir de ce moment, les pensions de vieillesse anticipée sont considérées comme des pensions de vieillesse normales et ne sont plus soumises aux dispositions de non-cumul prémentionnées.

Les salaires ou revenus réalisés pendant le bénéfice de la pension de vieillesse anticipée sont mis en compte et donnent lieu à une refixation des majorations proportionnelles.

Les dispositions de non-cumul avec une rente d'accident sont valables aussi bien pour les pensions de vieillesse que pour les pensions de vieillesse anticipée. En cas de concours les pensions sont réduites dans la mesure où elles dépassent, ensemble avec la rente d'accident, un plafond fixé à la moyenne des cinq revenus annuels les plus élevés de la carrière d'assurance sans que cette moyenne ne puisse être inférieure à 120% du montant de référence, voire au 1er janvier 2017 : 2.362,33 € par mois. Pour le cas où son mode de calcul est plus favorable, le revenu professionnel qui a servi de base au calcul de la rente d'accident est pris en compte.

Exemple :

La une pension de vieillesse calculée d'un assuré s'élève à 2.600 € par mois. En plus l'assuré touche une rente d'accident de 900 € par mois.

Le revenu ayant servi de base au calcul de la rente d'accident s'élève à 36.000 € (12 mois). La moyenne des cinq revenus annuels les plus élevés s'élève à 35.400,00 €.

Le plafond applicable correspond au maximum de ces deux montants,	
Soit par mois : 36.000,00 : 12 =	3.000,00 €
Pension de vieillesse mensuelle :	2.600,00 €
Rente d'accident mensuelle :	900,00 €
Total :	3.500,00 €
Plafond :	3.000,00 €
Montant de la réduction :	500,00 €
Le montant au titre de la pension de vieillesse à payer après réduction s'élève donc à 2.600,00 - 500,00 =	2.100,00 €

5.2 Les retenues sur les pensions de vieillesse

Les retenues suivantes sont effectuées sur les pensions de vieillesse : les cotisations d'assurance maladie, la contribution à l'assurance dépendance et les impôts.

a) Cotisations d'assurance maladie

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse est d'office membre d'une caisse de maladie. Les prestations fournies par la caisse de maladie sont financées par des cotisations d'assurance maladie. Celles-ci sont par parts égales à charge des assurés et des caisses de pension. La cotisation à charge du bénéficiaire de pension s'élève actuellement à 2,80% de la pension brute. La caisse de pension prend à sa charge le complément dû jusqu'au montant minimum de la cotisation légalement prévue.

b) Contribution à l'assurance dépendance

Le taux de la contribution à l'assurance dépendance est de 1,4%. L'assiette des pensions, en tant que revenu de remplacement de la sécurité sociale, est réduite d'un abattement de 25% du salaire social minimum.

c) Impôts

Les pensions payées par l'assurance pension sont soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques. En fonction de la classe d'impôt du bénéficiaire, et tout comme les salaires, les pensions mensuelles subissent une retenue d'impôt à la source, opérée par la caisse de pension compétente en vertu des barèmes de l'impôt applicables. Cette retenue tient compte de la majoration pour le fonds pour l'emploi.

6 PENSIONS MINIMA ET MAXIMA

Une pension annuelle de vieillesse ne peut être inférieure à 90% du montant de référence lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de 40 années au titre de périodes d'assurance effectives et complémentaires.

Au 1er janvier 2017, ce minimum correspond à un montant mensuel de 1.771,75 €.

Si l'assuré n'a pas accompli le stage prévisé mais justifie au moins 20 années d'assurance au titre des mêmes périodes, la pension minimum se réduit de 1/40 pour chaque année manquante.

Aucune pension ne peut être supérieure à 5/6 du quintuple du montant de référence.

Au 1er janvier 2017, ce maximum correspond à un montant mensuel de 8.202,55 €.

7 DYNAMISATION DES PENSIONS

La loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a introduit une différenciation entre la *revalorisation* des pensions utilisée lors du calcul initial au moment de l'octroi de la pension et le *réajustement* utilisé pour ajuster les pensions en cours à l'évolution des salaires, c'est-à-dire au niveau de vie. Le facteur de réajustement appliqué contient un facteur modérateur, qui permet, le cas échéant, de neutraliser ou de réduire l'ajustement.

7.1 Revalorisation au moment de l'attribution de la pension

Les pensions dont le début du droit se situe après le 31 décembre 2013 sont multipliées par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début du droit à la pension.

Le facteur de revalorisation applicable pour les nouvelles pensions attribuées en 2017 s'élève à 1,426.

Les pensions dont le début du droit se situe avant le 1er janvier 2014 sont multipliées par le facteur de revalorisation de l'année 2009 qui est fixé à 1,405.

La revalorisation des salaires est appliquée au moment de l'octroi lors du calcul initial de la pension et ne dépend pas de la situation financière du régime.

7.2 Réajustement des pensions

En principe, les pensions en cours sont réajustées annuellement au niveau de vie.

Tous les ans, le Gouvernement examine s'il y a lieu de procéder ou non à la révision du modérateur de réajustement par voie législative. Dès que la prime de répartition pure[1)] de l'avant-dernière année précédant celle de la révision dépasse le taux de cotisation global, le Gouvernement soumet à la Chambre des Députés un rapport accompagné, le cas échéant, d'un projet de loi portant refixation du modérateur de réajustement. Ce facteur modérateur détermine l'impact du réajustement des pensions au niveau de vie actuel et peut être fixé à 1 ou une valeur comprise 0 et 0,5. S'il est fixé à 1, les pensions sont réajustées à 100% au niveau de vie, s'il est fixé à 0,5 alors le réajustement des pensions au niveau de vie est réduit de moitié et s'il est fixé à 0 alors les pensions ne sont pas réajustées pour l'année concernée.

Au 1er janvier 2017, toutes les pensions en cours ont été réajustées de +0,9%.

---

1) *La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension.*

8 REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

8.1 Remboursement à l'âge de 65 ans

Lorsqu'après l'expiration de la 65e année d'âge l'assuré ne remplit pas la condition de stage pour l'octroi d'une pension de vieillesse, les cotisations effectivement versées sur son compte, à l'exclusion de la part à charge des pouvoirs publics, lui sont remboursées sur demande compte tenu de l'adaptation au nombre indice du coût de la vie. Le remboursement fait perdre tout droit à prestations.

Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum cotisable, la différence n'est pas mise en compte pour le calcul de la pension, mais l'assuré a droit au remboursement de la part de cotisations afférente lui incombant sur demande par année civile et au plus tard au moment de l'attribution de la pension.

8.2 Remboursement en faveur d'un titulaire d'une pension de vieillesse

Lorsque le titulaire d'une pension de vieillesse normale exerce une activité salariée, il a droit, sur demande, au remboursement des cotisations versées après l'accomplissement de la 65e année. Le remboursement est constitué exclusivement de la part des cotisations à charge de l'assuré et il n'est pas adapté au nombre indice du coût de la vie. Le remboursement peut être demandé pour chaque année de calendrier.

9 FORFAIT D'ÉDUCATION

9.1 Conception du forfait d'éducation

L'introduction du forfait d'éducation, prestation sociale " sui generis ", constitue la mise en œuvre pratique d'une politique de reconnaissance du travail éducatif, dans la mesure où il a été presté par des personnes, quasiment toujours des femmes, qui n'ont pas pu se constituer une carrière d'assurance pension ou dont le travail éducatif n'a pas été retenu pour le calcul de leur pension et n'a donc jamais connu de valorisation matérielle. La création de ce forfait traduit le souci d'équité envers les femmes qui se sont consacrées à leur famille et qui ont ainsi rendu un service précieux à la société luxembourgeoise pour lequel elles ne perçoivent à ce jour encore aucune compensation.

La volonté des initiateurs du forfait d'éducation était de reconnaître, par l'institution d'un nouveau droit à une prestation lié au fait de l'éducation d'enfants, les efforts consentis au foyer par des femmes sans carrière d'assurance-pension significative. L'absence d'une telle carrière dans le chef des femmes visées en premier lieu par l'introduction du forfait d'éducation

entraîne leur inéligibilité au bénéfice d'autres mesures existantes de valorisation du travail éducatif, notamment à l'attribution des années-bébés. En fait, il s'agit de créer un mécanisme permettant de valoriser le travail éducatif en tant que tel, indépendamment de l'existence d'une carrière d'assurance- pension pouvant ouvrir le droit au bénéfice de certaines mesures concernant la rétribution de l'éducation d'enfants dans le contexte d'une telle carrière.

L'exemple de référence classique pour l'attribution du forfait d'éducation est celui des femmes n'ayant jamais travaillé, au sens qu'elles n'ont jamais payé de cotisations à une assurance-pension pendant un temps suffisamment long pour permettre l'application des mesures existantes de création et d'amélioration de carrières d'assurance. A l'égard de ces femmes - et des hommes se trouvant dans la même situation bien entendu - il existe une volonté politique affirmée de reconnaître pécuniairement le travail d'éducation accompli au foyer.

Le forfait d'éducation est en premier lieu une mesure orientée vers le passé : les bénéficiaires du forfait seront avant tout des femmes qui, pour quelque raison que ce fût, n'ont pas pu se constituer une carrière propre d'assurance-pension en des temps où le travail féminin était encore plutôt l'exception. A l'avenir, avec un nombre croissant de femmes travaillant et cotisant au moins suffisamment longtemps pour acquérir le droit à une pension minimum, et compte tenu du fait que les carrières d'assurance complètes se généralisent également chez les femmes, l'octroi du forfait d'éducation cédera progressivement le pas à celui des années-bébés, mesure de reconnaissance du travail éducatif dans le cadre d'une carrière d'assurance. Le forfait d'éducation remplit avant tout un rôle de prestation spéciale en faveur des femmes qui n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité se constituer des carrières d'assurance-pension de par le passé.

9.2 Champ d'application personnel

Le forfait d'éducation est accordé au parent qui s'est consacré principalement à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif, domicilié au Luxembourg et y résidant effectivement au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant à condition que sa pension ou celle de son conjoint ne comporte pas, pour l'enfant au titre duquel l'octroi du forfait est demandé la mise en compte de périodes au titre d'années bébés.[1)]

La loi prévoit donc une condition de résidence dans le chef du parent bénéficiaire qui, au moment de la naissance de l'enfant, doit être domicilié au

---

1) Au sens de l'article 171 alinéa 1, sous 7) du Code de la sécurité sociale, de l'article 3, alinéa 3 de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois ou de l'article 9.I.a sub. 9. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat respectivement des dispositions correspondantes des législations régissant les autres régimes spéciaux transitoires.

Luxembourg et y résider effectivement. La condition de résidence ne se rapporte donc pas à l'enfant et elle n'implique donc pas impérativement que la naissance de l'enfant doive également avoir eu lieu au Luxembourg.

Le seul critère déterminant pour faire naître le droit au forfait d'éducation est finalement celui de la résidence effective du parent bénéficiaire au Luxembourg au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

A partir du 1er janvier 2009, la condition de domiciliation et de résidence ne s'applique plus aux personnes relevant d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale.

Le ministre ayant dans ses attributions la Famille peut dispenser de la condition de résidence effective au Luxembourg si au moment de la naissance de l'enfant le parent était éloigné du territoire national pour des raisons de force majeure.

Le législateur a reconnu la nécessité de lever dans certaines hypothèses très limitées ce principe de la territorialité. Il en est ainsi pour les situations historiques où le parent était éloigné contre son gré du territoire national du fait de l'occupant nazi.

Le forfait d'éducation est encore attribué à toute personne qui s'est occupée en lieu et place des parents de l'éducation de l'enfant.

En ce qui concerne la réglementation communautaire, il y a lieu d'assimiler le forfait d'éducation à un élément de pension, alors qu'il est alloué subsidiairement aux éléments découlant de la mise en compte des années d'éducation dans le cadre de l'assurance pension.

Dès lors, les principes prévus en matière de pensions, trouvent application, avec les conséquences que cela implique : droit personnel pour les personnes couvertes par le champ d'application du règlement et possibilité d'exportation.

Il y a lieu de conclure que les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier de la prestation en cause à titre d'élément de leur pension et ceci tant pour l'ouverture du droit que pour le calcul. Par contre, comme il s'agit d'un droit personnel, les conjoints des travailleurs frontaliers en sont exclus.

9.3 Ouverture du droit

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 16 décembre 2010 modifiant la loi du 28 juin 2002 portant création d'un forfait d'éducation, le bénéfice du forfait d'éducation est ouvert à partir de l'âge de 65 ans. Néanmoins, les personnes qui bénéficiaient du droit au forfait d'éducation au moment de l'entrée en vigueur de cette disposition, gardent le droit à la prestation, indépendamment du fait qu'elles aient atteint cet âge ou non.

Le retrait de la pension comporte le retrait du forfait d'éducation.

Le forfait d'éducation est dû à partir de la date du dépôt de la demande, sous condition que le demandeur ait atteint l'âge de 65 ans.

9.4 Montant et modalités de calcul

Le forfait d'éducation est fixé à 86,54 € par mois et par enfant. Il est soumis aux charges sociales et fiscales prévues en matière de pension.

En cas de contestation sur l'attributaire, le forfait d'éducation est alloué à celui des parents qui s'est occupé de l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue.

Le forfait d'éducation est cessible et saisissable dans les conditions légales.

Pour les bénéficiaires d'une pension personnelle au 1er juillet 2002[1)] et qui touchent le forfait d'éducation en lieu et place des " baby-years ", celui-ci continue à être, comme les pensions, adapté au coût de vie et au niveau de vie et s'élève au 1er janvier 2017 à 113,20 €.

9.5 Dispositions administratives

Les demandes en vue de l'octroi du forfait d'éducation sont à adresser au Fonds national de solidarité.

Les requérants sont tenus de fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi du forfait d'éducation.

Les administrations et établissements publics, notamment les organismes de sécurité sociale, sont tenus de fournir au Fonds national de solidarité les renseignements que celui-ci leur demande pour le contrôle des conditions et la détermination du forfait.

Le forfait d'éducation est liquidé mensuellement par anticipation. La mensualité est entièrement due à partir de son échéance.

---

1) Date d'entrée en vigueur du forfait d'éducation.

Prestations en cas d’invalidité

12

Le terme de l'invalidité est une notion qui désigne une prestation de remplacement accordée à une personne dont l'état de santé l'empêche de travailler normalement et de subvenir à ses besoins.

1 DEFINITION DE L'INVALIDITE

Outre l'hypothèse d'un accident et l'usure précoce du corps, l'invalidité vise l'hypothèse d'une maladie de longue durée ou d'une maladie incurable.

D'après les termes de la loi luxembourgeoise, est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est incapable d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ainsi que toute autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

2 CONDITIONS D'OUVERTURE DU DROIT

Pour avoir droit à une pension d'invalidité, l'assuré doit justifier d'un stage de 12 mois d'assurance au moins au titre de l'assurance effective pendant les 3 années précédant la date de l'invalidité constatée par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie. Cette période de référence de 3 ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes complémentaires ou à des périodes correspondant au bénéfice du revenu minimum garanti. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas d'invalidité de l'assuré imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue, survenus pendant l'affiliation.

L'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité autre qu'insignifiante, c'est-à-dire rapportant un revenu qui ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum. La pension est suspendue si l'activité

professionnelle indépendante est exercée par autrui pour le compte de l'assuré.

Par ailleurs le critère médical de l'invalidité doit être reconnu.

L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de 50 ans, sous peine de suspension de la pension, les mesures de réhabilitation ou de reconversion qui peuvent être prescrites par la caisse de pension compétente sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sur base des propositions du Contrôle médical et, le cas échéant, de l'avis de l'office de placement et de rééducation professionnelle des salariés handicapés, la caisse de pension arrête les mesures de réhabilitation et de reconversion dans les domaines médical, professionnel et social auxquelles l'intéressé doit se soumettre.[1)]

3 CONDITIONS D'OCTROI ET MODALITES DE PAIEMENT DE LA PENSION

3.1 Pension d'invalidité temporaire

Lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire, la pension prend cours à l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou, à défaut d'un tel droit, à l'expiration d'une période ininterrompue d'invalidité de six mois. La pension d'invalidité n'est pas allouée pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande.

Lorsque la pension avait déjà été accordée pour une période limitée, elle est réallouée en cas de rechute à partir du premier jour de la nouvelle période d'invalidité tant que le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie n'a pas été rétabli.

3.2 Pension d'invalidité permanente

La pension d'invalidité court à partir du premier jour de l'invalidité établie, mais au plus tôt du jour où la condition de stage est remplie ; en cas d'exercice d'une activité professionnelle indépendante, elle ne commence à courir qu'à partir de la cessation de cette activité. Toutefois, en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque, elle ne court qu'à partir du jour de la cessation de cette rémunération. Si l'invalidité est principalement due à un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à partir de la consolidation.

---

1) Pour plus de détails sur les mesures de réhabilitation et de reconversion : voir règlement grand-ducal du 2 septembre 1988.

Pour la période pendant laquelle l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité a touché également une indemnité pécuniaire de maladie découlant de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque, la pension d'invalidité est versée à la caisse de maladie compétente qui transmet la différence éventuelle à l'assuré. Toutefois, si l'assuré a bénéficié d'une indemnité pécuniaire d'un régime d'assurance maladie non luxembourgeois, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à l'expiration du droit à cette indemnité.

Si la date du début de l'invalidité ne peut pas être établie, elle est censée être celle du jour où la demande en obtention de la pension est parvenue à un des organismes de pension.

3.3 Reconduction de la pension d'invalidité en pension de vieillesse

Sans qu'une décision formelle ait à intervenir en ce sens, toutes les pensions d'invalidité en cours sont reconduites en tant que pensions de vieillesse, lorsque les bénéficiaires ont accompli l'âge de 65 ans. Toutefois, lorsque le bénéficiaire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'assurance obligatoire se situant pendant la période de jouissance de la pension d'invalidité, il est procédé à un recalcul des majorations proportionnelles et, le cas échéant, à une réduction du complément pension minimum, sans que le montant total de la pension ne puisse subir une diminution. A cet effet, le taux déterminé à la date du début du droit à la pension est applicable (suivant tableau prévu au chapitre 11).

4 CALCUL DE LA PENSION

4.1 Principes de calcul

La pension d'invalidité annuelle se compose des éléments de pension suivants :

- Les **majorations proportionnelles** correspondant au produit de la multiplication du taux de 1,819% en 2017 par la somme des éléments de rémunération soumis à retenue pour pension au titre des périodes obligatoires et complémentaires avant le début du droit à la pension.
- Les **majorations proportionnelles spéciales** correspondant au produit résultant de la multiplication du taux des majorations proportionnelles de de 1,819% en 2017 de la base de référence, par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la 55e année d'âge.

  En règle générale, la base de référence est un revenu fictif qui est établi en divisant le montant des salaires, traitements ou revenus cotisables portés en compte entre le début de l'année civile suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de 24 ans et l'échéance du risque par le nombre d'années de cette même période. Toutefois peuvent

être neutralisées dans cette période les périodes de jouissance d'une pension d'invalidité antérieure, les périodes de formation professionnelle non indemnisées, les périodes de carence pour l'indemnisation du chômage, les périodes d'éducation d'enfants ainsi que les périodes à partir du 1er janvier 1990 pendant lesquelles l'intéressé a assuré des soins à une personne se trouvant dans un état d'impotence tel qu'elle ne pouvait subsister sans les soins d'autrui.

- Les **majorations forfaitaires** déterminées de la même manière que pour la pension de vieillesse.
- Les **majorations forfaitaires spéciales** correspondant à autant de quarantièmes du produit de la multiplication du taux des majorations forfaitaires qui correspond à 24,063% en 2017 par le montant de référence qu'il manque d'années entre le début du droit à la pension et l'âge de 65 ans accomplis, sans que le nombre d'années mises en compte puisse dépasser, compte tenu des majorations forfaitaires, celui de 40. L'année commencée compte pour une année entière.

  Toutefois, la mise en compte des périodes prospectives pour les majorations forfaitaires spéciales n'est effectuée intégralement que si l'assuré justifie d'une carrière d'assurance complète avant l'échéance du risque, sinon elles ne sont allouées que dans la proportion du nombre d'années de périodes effectives ou de périodes additionnelles réduites accomplies à partir de l'âge de 25 ans par rapport au nombre d'années se situant entre cet âge et l'échéance du risque.
- **Une allocation de fin d'année** calculée de la même manière que pour les pensions de vieillesse.

4.2 Exemple de calcul d'une pension d'invalidité

Données

Un assuré né le 1er juin 1972, doit arrêter son activité professionnelle au 31 décembre 2016 pour cause d'invalidité. Il a débuté sa carrière professionnelle au 1er janvier 1992. Pendant sa période d'assurance de 25 années = 300 mois (1992 - 2016), il a accumulé un revenu professionnel total de 900.000,00 € (valeur réelle), soit une moyenne de 3.000 € par mois (valeur réelle).

Dates importantes

Début de l'année civile suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de 24 ans :	1.1.1997
Accomplissement de la 55e année :	1.6.2027
Accomplissement de la 65e année :	1.6.2037
Début de la pension :	1.1.2017
Base de référence annuelle du 1.1.1997 au 1.1.2017	36.000 €

Majorations proportionnelles

Normales

1,819% de 900.000,00 : 12 = 1.364,25 €

Spéciales

du début de la pension jusqu'à l'âge de 55 ans

= du 1.1.2017 au 31.5.2027 = 125 mois = 10,41 années

= (1,819% de 10,41 x base de référence annuelle) : 12

= (1,819% de 10,41 x 36.000,00) : 12 = 568,44 €

Echelonnées

Age + carrière à l'échéance du risque : 44 + 25 = 69 < 93 : 0 €

Majorations forfaitaires

Normales

300 mois : 12 = 25 années (a) soit 25/40 de 473,71 = 296,07 €

Spéciales

du début de la pension jusqu'à l'âge de 65 ans

du 1.1.2017 au 31.5.2037 = 245 mois : 12 = 20,41 années (b)

a) + b) ne sauraient dépasser un maximum de 40 années ;

40 - 25 = 15 années soit 15/40 de 473,71 = 177,64 €

Allocation de fin d'année

312 mois : 12 = 25 années soit 25/40 de 756,85 = 473,03 €

Montant mensuel théorique : 473,03 : 12 = 39,43 €

Pension brute mensuelle = 2.445,81 €

5 PENSION MINIMUM

5.1 Principe légal

Comme pour la pension de vieillesse, aucune pension d'invalidité ne peut être inférieure à 90% du montant de référence lorsque l'assuré a accompli un stage de 40 années.

Au 1er janvier 2017, ceci correspond à un montant mensuel garanti de 1.771,75 €.

En cas d'invalidité précoce, sont pris en compte pour parfaire le stage précité, le nombre d'années manquantes entre le début du droit à pension et l'âge de 65 ans, sans que le nombre total d'années ne puisse dépasser celui de 40. Lorsque l'invalidité survient après l'âge de 25 ans, le nombre d'années visé à la phrase précédente n'est pris en compte que dans la proportion de la durée entre le début de l'année suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de 24 ans et l'échéance du risque par rapport à la durée totale de cette période. Pour autant que de besoin, un complément est accordé.

5.2 Exemple de calcul d'une pension minimum

Données

Un assuré né le 1er juin 1972, doit arrêter son activité professionnelle au 31 décembre 2016 pour cause d'invalidité. Il a débuté sa carrière professionnelle au 1er janvier 1992. Pendant sa période d'assurance de 25 années = 300 mois (1992 - 2016), il a accumulé un revenu professionnel total de 540.000,00 € (valeur réelle), soit une moyenne de 1.800 € par mois (valeur réelle).

Données importantes

Début de l'année civile suivant celle où l'assuré a accompli l'âge de 24 ans :	1.1.1997
Accomplissement de la 55e année :	1.6.2027
Accomplissement de la 65e année :	1.6.2037
Début de la pension :	1.1.2017
Base de référence annuelle du 1.1.1997 au 1.1.2017 :	21.600,00 €

Les majorations proportionnelles

Normales

(1,819% de 540.000,00) : 12 = 4.729,40 : 12 = 818,55 €

Spéciales

Du début de la pension jusqu'à l'accomplissement de la
55e année : 1.1.2017 - 1.6.2027 = 125 mois, donc 10,42 ans
(1,819% de 10,42 x base de référence annuelle) : 12 =
(1,819% de 10,42 x 21.600) : 12 = 341,06 €

Echelonnées

Âge et carrière à l'échéance du risque : 44 + 25 = 69 < 93 : 0 €

Les majorations forfaitaires

Normales

300 mois : 12 = 25 années (a) soit 25/40 de 473,71 = 296,07 €

Spéciales

Du début de la pension à l'accomplissement de la
65e année = du 1.1.2017 au 1.6.2037 = 245 mois : 12 = 20,42 années (b)
a) + b) = 25 + 20,4 = 45,4 > 40
donc 15 années soit 15/40 de 473,71 = 177,64 €

Pension brute mensuelle 1.633,32 €

Périodes à mettre en comptes pour l'octroi de la pension minimum

Période d'assurance de 1.1.1992 - 31.12.2016 :	25 années
Période entre le début de la pension et l'âge de 65 ans :	10,42 années
Total :	45,42 années

L'assuré a donc droit à la pension minimum de 40 années d'assurance = 1.771,75 €. Il peut prétendre à un complément de 1.771,75 - 1.633,32 = 138,43 €.

L'assuré pourra prétendre en plus à une allocation de fin d'année correspondant à 25/40 de 756,84 € = 473,03 € ou théoriquement 39,42 € par mois.

6 RETRAIT DE LA PENSION D'INVALIDITE

La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'invalidité ou s'il exerce une activité professionnelle dépassant un tiers du salaire social minimum.

7 DISPOSITIONS ANTI-CUMUL

Des dispositions anti-cumul sont appliquées dans les deux hypothèses suivantes :

7.1 Concours d'une pension d'invalidité avec une activité professionnelle

Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension d'invalidité exerce encore une activité professionnelle, les revenus retirés de cette activité ne peuvent dépasser un tiers du salaire social minimum, à savoir 666,20 € (indice 794,54).

8 CONCOURS D'UNE PENSION D'INVALIDITE AVEC UNE RENTE D'ACCIDENT

En cas de concours d'une pension d'invalidité (ou de vieillesse) avec une rente d'accident personnelle, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident la moyenne des 5 salaires, revenus ou traitements annuels les plus élevés de la carrière, sans que cette moyenne ne puisse être inférieure au montant de référence augmenté de 20%, soit par mois 2.362,33 € (indice 794,54). Pour le cas où le revenu qui a servi de base au calcul de la rente d'accident est plus favorable, cet autre mode de calcul est pris en compte.

9 PROCEDURE ADMINISTRATIVE EN MATIERE DE PENSION

9.1 La présentation de la demande

Les pensions d'invalidité ne sont accordées que sur demande formelle des intéressés. La situation personnelle du demandeur détermine la procédure à suivre pour l'introduction de la demande. Si l'intéressé vient de cesser son occupation professionnelle pour des raisons de santé, la présentation de la demande de pension d'invalidité se fait normalement par l'intermédiaire de la caisse de maladie compétente. Si par contre l'intéressé avait cessé son activité professionnelle depuis un certain temps déjà ou s'il est au bénéfice de l'indemnité de chômage, il est obligé de remplir la demande lui-même ou avec l'aide des associations professionnelles des salariés ou des employeurs, des offices sociaux, etc.

a) L'intéressé vient de cesser son occupation professionnelle pour raisons de santé

La première chose à faire est d'introduire une déclaration de maladie auprès de la caisse de maladie compétente. Celle-ci accorde des indemnités pécuniaires de maladie et cherche à constater si la cessation du travail est la suite d'une maladie passagère ou s'il s'agit d'une invalidité pouvant entraîner l'allocation d'une pension d'invalidité. A cet effet, un rapport médical détaillé est demandé au médecin traitant. Si sur base de ce rapport le Contrôle médical de la sécurité sociale arrive à la conclusion qu'il s'agit effectivement d'une invalidité durable, il en informe la caisse de maladie qui alors propose à l'assuré d'introduire une demande en obtention d'une pension d'invalidité. La formule afférente est remplie avec l'aide de la caisse de maladie et ensuite transmise à la caisse de pension.

b) L'intéressé a cessé son occupation professionnelle depuis un certain temps déjà

Dans cette hypothèse une indemnité pécuniaire n'est pas due de la part de la caisse de maladie. La présentation de la demande de pension se fait sans le concours de cette caisse. L'assuré lui-même se procure une formule de demande auprès de la caisse de pension, auprès de la caisse de maladie, auprès de l'administration communale de sa résidence ou auprès des associations professionnelles des salariés ou des employeurs et la remplit aussi exactement que possible. Il demande à son médecin traitant un certificat médical concernant son état de santé et transmet les deux documents à la caisse de pension compétente. Celle-ci charge le médecin traitant d'établir un rapport médical détaillé. Les frais de ce rapport médical sont à charge de l'établissement d'assurance.

c) L'invalidité est la suite d'un accident de travail

L'Association d'assurance accident et la Caisse nationale d'assurance pension sont des administrations distinctes. Il ne suffit donc pas de solliciter l'octroi d'une rente auprès de l'Association d'assurance accident, mais il faut introduire également une demande en obtention d'une pension d'invalidité auprès de la Caisse nationale d'assurance pension.

La demande est présentée sans le concours de la caisse de maladie suivant la procédure décrite ci-avant. Si l'invalidité est entièrement imputable à l'accident professionnel, il est inutile de joindre un certificat médical, parce que l'avis du Contrôle médical se base sur le dossier concernant l'accident.

d) Cas particulier du frontalier

La demande en obtention de la pension est en principe présentée dans le pays dans lequel le demandeur réside. Il est dérogé à ce principe en ce qui concerne les assurés occupés en dernier lieu sur le territoire du Luxembourg et habitant en France, en Belgique ou en Allemagne. A condition de bénéficier de l'indemnité pécuniaire de maladie de la part d'une caisse de maladie luxembourgeoise ils peuvent adresser leur demande en obtention de la pension d'invalidité à la Caisse nationale d'assurance pension. Si le frontalier était affilié également dans son pays de résidence, la Caisse nationale d'assurance pension se mettra en rapport avec l'organisme de pension compétent du pays de résidence en vue de l'examen des droits à pension dans ce pays.

9.2 L'instruction de la pension

On entend par instruction de la pension tous les travaux nécessaires à la régularisation de la demande présentée. La durée de cette instruction est fonction de la disponibilité et de la fiabilité des données de base et peut donc varier fortement d'une demande à l'autre. Si l'organisme de pension dispose de toutes les pièces médicales et administratives, la régularisation de la demande ne prendra pas plus de 4 à 6 semaines. Si par contre la collecte des données implique des recherches fastidieuses à l'étranger, l'instruction peut prendre des mois.

Lorsque l'instruction est terminée, la pension est accordée ou rejetée par une décision susceptible de recours.

10 INCAPACITE DE TRAVAIL ET REINSERTION PROFESSIONNELLE

Le législateur a créé un système cohérent de protection des salariés incapables de travailler pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure en complétant le dispositif du remplacement du revenu par des mesures visant à réinsérer les salariés incapables à exercer leur dernier poste de travail et à assurer le maintien à l'emploi. L'objectif est donc de coordonner les mesures d'emploi et les différentes prestations de sécurité sociale en faveur des personnes qui ne peuvent plus exercer leur dernière profession tout en n'étant pas frappées d'une incapacité de travail générale sur le marché du travail.

Ainsi, les personnes auxquelles la pension d'invalidité est refusée, alors qu'elles présentent une incapacité de travail pour leur dernier poste de travail, mais non une incapacité sur le marché général du travail, peuvent recourir à une procédure spéciale appelée procédure d'incapacité de travail et de réinsertion professionnelle. Cette procédure est destinée à permettre à la personne concernée de retrouver un poste de travail correspondant à ses aptitudes, tout en lui garantissant une indemnisation et des mesures

d'accompagnement pendant la période où l'intéressé n'a pas pu être reclassé.

10.1 Procédure de reclassement professionnel

Lorsque le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité de travail pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il saisit, en accord avec l'intéressé, la Commission mixte et le médecin du travail compétent. Le Contrôle médical de la sécurité sociale en informe l'employeur concerné en lui faisant parvenir une copie du document portant saisine. En cas de plusieurs occupations, seul est saisi le médecin du travail compétent en raison de l'occupation principale. Le médecin du travail compétent convoque et examine l'intéressé.

Trois cas de figure sont possibles :

- Le médecin de travail estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Dans ce cas, le dossierest transféré, endéans les trois semaines à partir de la saisine, à la Commission mixte qui décide le reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé après avoir constaté que l'assuré remplit les conditions prévues pour un reclassement professionnel interne ou externe. L'existence d'un contrat de travail et le paiement d'une indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie et de l'assurance accident s'apprécient au moment de la saisine de la Commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale. L'employeur et le salarié reçoivent par le médecin de travail compétent une copie du document de saisine de la Commission mixte. Le médecin de travail se prononce dans son avis sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur une adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'incapacité de travail et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail peut modifier la périodicité arrêté initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans à moins que les restrictions aient un caractère définitif. Le médecin de travail communique tout changement à la Commission mixte et il peut proposer des adaptations du poste de travail en faveur du salarié ou si le salarié a récupéré ses capacités de travail initiales, la perte du statut spécifique. Au cas où la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe, le salarié ayant le statut de personne en reclassement professionnel est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi à partir du jour suivant la notification de la décision. La loi du 23 juillet 2015 sur le reclassement professionnel interne et externe a créé un véritable statut spécifique de personne en reclassement

professionnel. Ce statut garantit au salarié le maintien des droit acquis par la décision de la Commission mixte jusqu'à la récupération des capacités de travail initiales. Même, si le salarié accepte un nouveau travail et s'il le perd par la suite, il bénéficie toujours du statut de personne en reclassement professionnel.

- Le médecin de travail estime que l'intéressé est capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Dans ce cas il retourne, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui prend une décision de refus de reclassement professionnel. La décision de refus définitive s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour du constat d'aptitude par le médecin du travail. La Commission mixte en informe le Contrôle médical de la sécurité sociale.
- L'intéressé refuse de se soumettre à l'examen médical du médecin du travail dans le délai prévu. Le salarié est par conséquent considéré comme étant capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Le médecin de travail en informe, endéans les trois semaines à partir de sa saisine le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Commission mixte. La Commission mixte prend une décision de refus de reclassement professionnel. Une fois cette décision devenue définitive, elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident avec effet au jour de la date de convocation auprès du médecin de travail compétent.

La Commission mixte examine endéans les 40 jours de sa saisine les dossiers qui lui sont retournés par le médecin de travail compétent en vue de la prise d'une décision relative au reclassement professionnel. Elle peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé. L'intéressé doit suivre ces mesures sous peine de perte du statut de personne en reclassement professionnel sur décision de la Commission mixte.

Les décisions de la Commission mixte sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision.

Reclassement professionnel interne

Le reclassement professionnel interne consiste, en ce qui concerne le secteur privé, dans un reclassement professionnel au sein de l'entreprise, éventuellement à un autre poste ou sous un autre régime de travail adaptés à ses capacités résiduelles. L'aptitude à ce nouveau poste doit être constatée par le médecin du travail compétent. Ce constat d'aptitude au nouveau poste

de travail par le médecin du travail compétent est à considérer comme preuve que l'employeur a satisfait à son obligation de reclassement professionnel.

Sur avis du médecin du travail le reclassement professionnel interne peut comporter une réduction du temps de travail qui ne peut être supérieure à la moitié du temps de travail fixé au contrat de travail en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel.

Grâce à la création d'un statut spécifique de personne en reclassement professionnel, le salarié en reclassement professionnel interne, qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'entreprise ou en cas de licenciement collectif, peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel externe.

Pour le **reclassement professionnel interne** la loi prévoit :

- Un ***reclassement professionnel interne obligatoire*** pour l'employeur qui occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif d'au moins vingt-cinq salariés. En outre, est soumis au reclassement professionnel interne obligatoire l'employeur qui occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total d'au moins vingt-cinq salariés et dont le salarié occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise est déclaré inapte pour son poste de travail étant un poste à risques.

  Il appartient à l'employeur de fournir la preuve qu'il occupe moins de vingt-cinq salariés. Pour les entreprises à établissement multiples, cette obligation de reclassement s'applique pour chaque établissement pris isolément. Dans cette hypothèse, la Commission mixte déclenche la procédure de reclassement professionnel externe.

- Un ***reclassement professionnel interne volontaire*** pour les autres entreprises.

  En cas de reclassement professionnel interne le salarié sous contrat de travail a droit à une indemnité compensatoire représentant non plus la différence entre l'ancien salaire et le nouveau salaire mais qui a comme base de référence le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel et le nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension, L'indemnité compensatoire est prise en considération pour le calcul des indemnités de chômage et elle est prise en compte pour la détermination du montant de l'indemnité de préretraite. De plus elle est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements. L'indemnité compensatoire est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

Reclassement professionnel externe

Si un reclassement professionnel interne n'est pas possible, il est procédé au **reclassement professionnel externe** du salarié ayant le statut de personne en reclassement professionnel qui est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement d'emploi. Aussi longtemps qu'un reclassement professionnel n'a pas été réalisé, l'intéressé touche les indemnités de chômage. Cependant, le salarié, se trouvant en reclassement professionnel externe, peut être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'Etat, des communes et des syndicats communaux, des établissements publics et des fondations pour une durée de quatre mois au moins.

Si le salarié est reclassé sur le marché général de l'emploi, il a droit à l'indemnité compensatoire dans les mêmes conditions qu'en cas de reclassement professionnel interne à condition que la personne reclassée ait été assignée par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi et qu'elle ait été déclarée apte au nouveau poste de travail lors de l'examen médical d'embauchage et l'employeur a droit aux aides et bonifications fiscales. Dans ce cas l'indemnité sera calculée sur base de l'ancienne rémunération plafonnée du salarié sans prise en compte du montant des indemnités de chômage touchées entre-temps.

Si le salarié n'a pu être reclassé pendant la durée légale du paiement de l'indemnité de chômage complète sur le marché général de l'emploi et s'il peut se prévaloir d'une aptitude d'au moins dix ans au dernier poste de travail, constatée par le médecin de travail compétent ou d'une ancienneté de service d'au moins dix ans, il a droit sur décision de la Commission mixte à une indemnité professionnelle d'attente dont le montant correspond à 80% du revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel, ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète. Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité professionnelle d'attente, le salarié doit rester inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement d'emploi et être disponible pour le marché de l'emploi. L'indemnité professionnelle d'attente ne lui est versée que pendant le temps où un emploi approprié n'a pu être trouvé.

L'octroi de l'indemnité professionnelle d'attente est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité professionnelle autre qu'insignifiant.

L'indemnité professionnelle d'attente est retirée sur décision de la Commission mixte, si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies ou si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement professionnel.

Elle est pour moitié à charge de l'organisme d'assurance pension compétent et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi. Elle est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi et avancée par le Fonds pour l'emploi.

L'indemnité professionnelle d'attente est soumise aux charges sociales et fiscales et elle prend fin au moment de l'ouverture du droit, au Luxembourg ou à l'étranger, à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

Le législateur n'a pas voulu exclure les salariés frontaliers, voilà pourquoi une disposition expresse indique que les salariés frontaliers sont assimilés aux salariés résidents pour l'application de la loi sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. Toutefois l'indemnité de chômage reste suspendue jusqu'à concurrence d'une prestation étrangère de même nature.

10.2 Incidence sur la relation de travail

L'employeur ne peut pas procéder au licenciement du salarié à partir du jour de la saisine de la Commission mixte et jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suit la notification à l'employeur de la décision de procéder obligatoirement au reclassement professionnel interne, respectivement en cas de recours introduit par le salarié contre la décision de reclassement professionnel interne, jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé.

En cas de refus de l'employeur d'opérer un reclassement professionnel interne en dépit d'une décision en ce sens de la Commission mixte, celui-ci est tenu de verser une taxe de compensation équivalant au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne, pendant une durée maximale de 24 mois au Fonds pour l'emploi. En outre, il devra payer au salarié l'indemnité de préavis et, le cas échéant, l'indemnité de départ, prévues par le Code du travail.

En cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.

En cas de reclassement professionnel externe, le contrat de travail du salarié incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail cesse de plein droit le jour de la notification de la décision de la commission mixte retenant un reclassement externe.

10.3 Aides prévues en cas de reclassement professionnel interne ou externe

L'employeur qui procède au reclassement professionnel interne sur base volontaire ou après y être obligé par une décision de la Commission mixte a droit à certaines aides.[1)] Ces mêmes aides reviennent à tout employeur qui a embauché un salarié incapable d'exercer les tâches correspondant à son dernier poste de travail sur base d'un reclassement professionnel externe.

Pour ce qui est des aides prévues par la loi sur les salariés handicapés, le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut accorder aux entreprises des subsides sous forme notamment d'une participation au salaire, d'une indemnité pour l'initiation et la remise au travail ou d'un remboursement des cotisations sociales.

---

1) Il bénéficie notamment des dispositions de la loi modifiée du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs résidents.

Prestations en cas de survie

13

Les prestations de survivants ont été conçues à l'origine en fonction d'un mode de vie familial dans lequel la femme mariée restait au foyer pour s'occuper des tâches ménagères et des enfants, pendant que le mari, le père, pourvoyait aux besoins de tous en sa qualité de soutien de famille. S'il décédait, la veuve et les orphelins étaient privés de soutien et exposés au besoin, d'où la nécessité de leur venir en aide avec l'octroi de prestations sociales.

Cette répartition des rôles a changé de plus en plus. De nouveaux modes de vie apparaissent et la notion de dépendance économique ne cadre plus avec le schéma traditionnel. Il est courant désormais que les deux parents travaillent et contribuent à l'entretien du ménage. En matière de sécurité sociale l'évolution de ces conceptions s'est traduite par l'abandon de l'idée d'un droit inconditionnel pour la femme de toucher une pension au décès du mari et l'extension de ce droit au profit de l'homme. Par ailleurs, les mêmes droits à pension d'orphelin sont reconnus aux enfants en cas de décès, soit du père, soit de la mère.

Or, le corollaire de ce droit à une pension de survie à allouer indistinctement à la veuve ou au veuf d'un assuré prédécédé a consisté dans l'introduction des dispositions anti-cumul prévoyant la réduction de la pension de survie en cas de concours avec des revenus professionnels ou une pension personnelle ; l'ensemble des revenus devant garantir une protection appropriée en cas de décès du conjoint.

Par l'introduction d'un statut civil de partenariat par la loi modifiée du 9 juillet 2004, le législateur a conféré aux personnes non mariées vivant en concubinage, un cadre légal avec des droits et des obligations. Cette nouvelle situation de droit a été prise en considération par le droit de la sécurité sociale qui reconnaît désormais les mêmes droits au partenaire que ceux qui ont été accordés antérieurement au conjoint.

1 PENSION DE SURVIE DU CONJOINT OU PARTENAIRE

1.1 Conditions d'attribution

A droit à une pension de survie, le conjoint ou partenaire survivant d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'un assuré si celui-ci au moment de son décès justifie d'un stage de 12 mois d'assurance au moins au titre d'assurance obligatoire ou continuée pendant les 3 années précédant la réalisation du risque.

Cette période de référence de 3 ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes complémentaires. Toutefois ce stage n'est pas exigé en cas de décès de l'assuré imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue, survenus pendant l'affiliation.

Le législateur a pris des dispositions restrictives afin d'empêcher que des mariages ne soient contractés dans la seule intention d'entrer en jouissance d'une pension. Voilà pourquoi aucun droit à une pension de survie n'est ouvert pour les conjoints qui ont contracté un mariage :

- soit avec un bénéficiaire d'une pension (de vieillesse ou d'invalidité) ;
- soit avec un assuré moins d'un an respectivement avant sa mise à la retraite (pour cause d'invalidité ou pour cause de vieillesse) ou avant son décès.

Cette règle souffre les exceptions suivantes :

- le décès ou l'attribution de la pension d'invalidité sont dus à un accident ;
- un enfant est issu du mariage ;
- le mariage a duré plus d'une année et la différence d'âge entre les conjoints est inférieure à 15 années ;
- le mariage a duré 10 années.

Les mêmes dispositions sont applicables dans le cadre d'un partenariat.[1)]

1.2 Droits à pension du conjoint divorcé

En cas de décès de son ex-conjoint, le conjoint divorcé a droit à une pension de survie à condition de ne pas avoir contracté un nouveau mariage avant le décès de son conjoint divorcé.

La pension de survie du conjoint divorcé est établie sur la base de la pension de survie en fonction des périodes d'assurance accomplies par le conjoint pendant la durée du mariage par rapport à la durée totale des périodes d'assurance mises en compte.

---

1) Au sens de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats.

En cas de concours d'un ou de plusieurs conjoints divorcés avec un conjoint, la pension de survie est répartie entre les ayants droit proportionnellement à la durée des différents mariages.

Ces mêmes dispositions s'appliquent en cas de dissolution d'un partenariat pour une cause autre que le décès.

1.3 Personnes assimilées au conjoint survivant

Lorsqu'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou un assuré remplissant les conditions prévues pour l'octroi d'une pension de survie décède sans laisser de conjoint ou de partenaire survivant, le droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe (fils ou fille, petit-fils ou petite-fille, père ou mère et les conjoints de ces personnes), aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré inclusivement (frère et sœur) et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption, à condition :

- qu'ils soient veufs ou veuves, divorcés, séparés de corps, anciens partenaires ou célibataires ;
- qu'ils vivent depuis au moins 5 années précédant le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension en communauté domestique avec lui ;
- qu'ils aient fait son ménage pendant la même période ;
- que l'assuré ou le bénéficiaire de pension ait contribué d'une part prépondérante à leur entretien pendant la même période ;
- qu'ils soient âgés de plus de 40 ans au moment du décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension.

1.4 Mode de calcul

La pension annuelle de survie se compose en cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'un assuré :

- de 3/4 des majorations proportionnelles, le cas échéant majorées, et proportionnelles spéciales auxquelles l'assuré avait ou aurait eu droit ;
- de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles l'assuré avait ou aurait eu droit ;
- de la totalité de l'allocation de fin d'année calculée pour la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit.

Si la pension n'est pas versée au bénéficiaire pour l'année civile entière, l'allocation de fin d'année se réduit à un douzième pour chaque mois de calendrier entier, les journées du mois commencé étant comptées uniformément pour un trentième du mois. Le conjoint ou le partenaire survivant ayant vécu en communauté domestique avec le bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité a droit à la totalité de l'allocation pour la période de l'année civile s'étendant jusqu'à la fin du mois du décès.

Une pension minimum est également accordée en faveur des conjoints ou des partenaires survivants d'un assuré ou d'un bénéficiaire de pension remplissant les conditions de stage pour l'obtention de la pension minimum. La pension de survie est augmentée jusqu'à concurrence de la pension minimum à laquelle avait ou aurait eu droit l'assuré décédé. Une pension minimum correspond à 1.771,75 € (situation au 01.01.2017) par mois lorsque l'assuré a couvert un stage de 40 années d'assurance au titre de périodes d'assurance effectives ou de périodes complémentaires. En cas de décès précoce, sont pris en compte pour parfaire le stage précité, le nombre d'années manquantes entre le début du droit à pension et l'âge de 65 ans, sans que le nombre total ne puisse dépasser celui de 40.

Pour le calcul de la pension de survie maximum, les facteurs de réversion s'appliquent en tenant compte de la pension maximum prévue pour l'assuré principal.

Tout comme les autres pensions, les pensions de survie sont indexées aux variations du coût de la vie et réajustées à l'évolution du niveau des salaires.

1.5 Dispositions anti-cumul

En cas de concours d'une pension de survie avec une rente d'accident de survie, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident 3/4 de la moyenne des cinq salaires, revenus ou traitements annuels les plus élevés de la carrière ou le revenu professionnel à la base de la rente accident.

Lorsque la pension de survie dépasse, ensemble avec des revenus professionnels, des revenus de remplacement ou des pensions personnelles, un seuil correspondant au montant de référence augmenté de 50%[1)], elle est réduite à raison de 30% du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le seuil prévisé au cas où la pension de survie est inférieure à ce seuil.

Ce seuil est augmenté de 4% pour chaque enfant ouvrant droit à la mise en compte d'années-bébés ou du forfait d'éducation. Ce pourcentage est porté à 12% pour chaque enfant ouvrant droit à une pension de d'orphelin.

Cependant parmi les revenus professionnels ou les revenus de remplacement se rapportant à une activité professionnelle, un montant correspondant à 2/3 du montant de référence n'est pas pris en considération.[2)]

---

1) Au 1er janvier 2017, le seuil pour l'application des dispositions anti-cumul correspond à un montant mensuel de 2.952,92 €.

2) Au 1er janvier 2017, ce revenu professionnel immunisé correspond à un montant mensuel de 1.312,41 €.

1.6 Modalités de paiement

La pension de survie commence à courir le jour du décès de l'assuré ou, si l'assuré était titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, le premier jour du mois qui suit le décès.

Les pensions de survie cessent d'être payées à partir du mois suivant celui du remariage ou d'un partenariat.

Si le titulaire d'une pension de survie se remarie avant l'âge de 50 ans, la pension de survie est rachetée au taux de 5 fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de remariage après l'âge de 50 ans, le taux est réduit à 3 fois le montant précité. Ne sont pas comprises dans le montant du rachat les majorations proportionnelles spéciales et les majorations forfaitaires spéciales qui se réfèrent à des périodes prospectives. Ces mêmes dispositions s'appliquent dans le cadre du partenariat.

2 LA PENSION D'ORPHELIN

2.1 Conditions d'octroi

Les enfants légitimes ont droit après le décès soit du père, soit de la mère, à une pension de survie, dans les mêmes conditions de stage que celles prévues pour la pension de survie du conjoint ou partenaire.

Sont assimilés à des enfants légitimes :

- les enfants légitimés ;
- les enfants adoptifs ;
- les enfants naturels ;
- tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que l'assuré ou le bénéficiaire de pension en ait assumé l'entretien et l'éducation pendant les 10 mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs.

La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle est accordée ou maintenue au maximum jusqu'à l'âge de 27 ans si l'orphelin est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession.[1)]

Les pensions d'orphelin s'éteignent à l'expiration des limites d'âge prévues ou antérieurement si l'enfant décède. Sauf en cas d'études, la pension d'orphelin cesse d'être payée à partir du mois suivant le mariage ou la déclaration de partenariat du bénéficiaire.

---

1) *La disposition prévoit que :*
"Les pensions d'orphelin qui étaient versées sans limite d'âge au profit des descendants qui, par suite d'infirmités physiques ou intellectuelles, se trouvent hors d'état de gagner leur vie, à condition que l'infirmité ait été constatée avant l'âge de 18 ans." a été abrogée par la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées. Toutefois les pensions d'orphelins en cours avant l'entrée en vigueur de cette loi continuent à sortir leurs effets.

2.2 Mode de calcul et dispositions anti-cumul

La pension annuelle de survie de l'orphelin se compose en cas de décès d'un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou d'un assuré :

- de 1/4 des majorations proportionnelles, le cas échéant majorées, et des majorations proportionnelles spéciales auxquelles l'assuré avait ou aurait eu droit ;
- de 1/3 des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles l'assuré avait ou aurait eu droit ;
- de 1/3 de l'allocation de fin d'année.

Pour les orphelins de père et de mère la pension est du double de celle visée ci-dessus. Lorsqu'un droit à pension d'orphelin existe tant du chef du père que du chef de la mère, la pension la plus élevée est doublée.

Le complément de la pension minimum est alloué à l'orphelin à raison de 1/4. Tout comme les autres pensions, les pensions d'orphelin sont indexées aux variations du coût de la vie et réajustées à l'évolution du niveau des salaires.

En cas de concours d'une pension d'orphelin avec une rente d'accident de survie, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident :

- soit 3/4 de la moyenne des 5 salaires, revenus ou traitements annuels les plus élevés de la carrière lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père et de mère ;
- soit 1/3 de ce même plafond lorsqu'il s'agit d'un orphelin de père ou de mère.

En aucun cas l'ensemble des pensions de survivants du chef d'un assuré ne peut être supérieur à la pension qui aurait été due à l'assuré ou, si ce mode de calcul est plus favorable, à la moyenne des 5 salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance. Si le total des pensions des survivants dépasse cette limite, elles sont réduites proportionnellement.

3 EXEMPLES DE CALCUL

3.1 Exemples de calcul des pensions de survie

Soit une pension de vieillesse s'élevant à 2.806,03 € [1)]
par mois et se répartissant sur les différents éléments comme suit

Majorations proportionnelles :	2.128,23 €
Majorations proportionnelles échelonnées :	154,44 €
Majorations forfaitaires :	461,86 €
Allocation de fin d'année (montant mensuel théorique) :	61,49 €
Total :	2.806,03 €

Calcul de la pension mensuelle du conjoint survivant

Les majorations proportionnelles sont dues	
à raison de 3/4 : 2.128,23x 3/4 =	1.596,17 €
Les majorations proportionnelles échelonnées	
à raison de 3/4 : 154,44 x 3/4=	115,83 €
Les majorations forfaitaires sont dues intégralement =	461,86 €
L'allocation de fin d'année est due intégralement	61,49 €
Pension mensuelle :	2.235,36 €

Calcul de la pension pour un orphelin

Les majorations proportionnelles sont dues	
à raison de 1/4 : 2.128,23 x 1/4 =	532,06 €
Les majorations proportionnelles échelonnées sont dues	
à raison de 1/4 : 2.154,44 x 1/4 =	38,61 €
Les majorations forfaitaires sont dues	
à raison de 1/3 : 461,86 x 1/3 =	153,95 €
L'allocation de fin d'année est due à raison de 1/3 : 61,49 x 1/3	20,50 €
Pension mensuelle:	745,12 €

L'ensemble des pensions de survie ne peut être supérieur à la pension qui aurait été due à l'assuré, ou à la moyenne des 5 salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance.

1) Pour plus de détails : voir chapitre 11 - " Pension de vieillesse, calcul ".

Exemple :

Soient 1 conjoint et 2 orphelins

Pension de l'assuré décédé :	2.806,03 €
Moyenne des 5 salaires les plus élevés :	3.000,00>2.806,03 €
Pension du conjoint survivant :	2.235,36 €
2 pensions d'orphelin (2 x 745,12) :	1.490,24 €
Total des trois pensions :	3.725,60 >3.000 €

Les pensions de survie sont donc à réduire proportionnellement :

Facteur de réduction: 3.000,00 : 3.725,60 =	0,80524
Montant mensuel de la pension du conjoint survivant:	
2.235,36 x 0,80524 =	1.800,00 €
Montant mensuel d'une pension d'orphelin :	
745,12 x 0,80524 =	600,00 €
Total des trois pensions (1.800 + 600 + 600) :	3.000,00 €

3.2 Exemples d'application des dispositions anti-cumul

Concours d'une pension de survie avec une pension personnelle

1) Pension de survie mensuelle :	3.000,00 €
Pension personnelle mensuelle :	625,00 €
Total :	3.625,00 €
Seuil (150 % du Montant de référence) :	2.952,92 €

Etant donné que la pension de survie à elle seule dépasse déjà le seuil,

elle est réduite à raison de 30% de la pension personnelle

30% de 625,00 =	187,50 €
Pension de survie réduite 3.000,00 - 187,50 =	2.812,50 €
2) Pension de survie mensuelle :	1.300,00 €
Pension personnelle mensuelle :	1.800,00 €
Total :	3.100,00 €
Seuil (150 % du Montant de référence) :	2.952,92 €

Etant donné que la pension de survie est inférieure au seuil, mais que le total des deux pensions est supérieur au seuil, la pension de survie est réduite à raison de 30% du montant de la pension personnelle, à l'exclusion du montant de la différence entre la pension de survie et le seuil.

Ce montant s'élève à

2.952,92 - 1.300,00 =	1.652,92 €
Pension personnelle à mettre en compte :	
1.800,00 - 1.652,92 =	147,08 €
30% de ce montant : 147,08 x 30% =	44,12 €
Pension de survie réduite : 1.300,00 - 44,12 =	1.255,88 €

A rappeler encore une fois que si le total de deux pensions est inférieur au seuil aucune réduction n'est à opérer.

Concours d'une pension de survie avec un revenu professionnel

Les revenus professionnels ne sont mis en compte que s'ils dépassent le montant de 1.312,41 € par mois. Ce montant immunisé est donc à déduire d'un revenu éventuellement plus élevé.

Exemple 1

Salaire mensuel :	1.600,00 €
Montant immunisé :	1,312,41 €
Salaire à mettre en compte :	287,59 €
Pension de survie mensuelle :	1.500,00 €
Total à mettre en compte :	1.787,59 €
Seuil :	2.952,92 €

Le total du salaire à mettre en compte et de la pension de survie est donc inférieur au seuil, de sorte qu'il n'y a pas de réduction à opérer sur la pension de survie

Exemple 2

Salaire mensuel :	3.200,00 €
Montant immunisé :	1.312,41 €
Salaire à mettre en compte :	1.887,59 €
Pension de survie mensuelle :	1.500,00 €
Total à mettre en compte :	3.384,59 €
Seuil (150 % du Montant de référence) :	2.952,92 €

Etant donné que la pension de survie est inférieure au seuil, mais que le total des deux pensions est supérieur au seuil, la pension de survie est réduite à raison de 30% du montant du salaire à mettre en compte, à l'exclusion du montant de la différence entre la pension de survie et le seuil.

Ce montant s'élève à 2.952,92 - 1.500,00 =	1.452,92 €
Salaire à mettre en compte : 1.887,59 - 1.452,92 =	434,68 €
= 30% de 434,68 =	130,40 €
Pension de survie due : 1.500,00 - 130,40 =	1.369,60 €

3.3 Calcul de la pension de survie en cas de divorce

Conjoint divorcé seul :

Pension de survie normale :	1.468,70 €
Durée du mariage : 1.2.1993 - 31.10.2003 (transcription du divorce)	
Mois d'assurance pendant cette période :	129 mois
Total des mois d'assurance de 1976 - 2016	480 mois
Prorata divorce : 129/480 =	0,27
La part de pension du conjoint divorcé s'élève donc par mois	
à 1.468,70 x 0,27 =	396,55 €

Concours d'un conjoint divorcé avec une veuve/un veuf:

Dans ce cas, les différentes parts de pension sont calculées proportionnellement à la durée des différents mariages

Durée du 1*er* mariage : 1.2.1993 - 31.10.2003 :	129 mois
Durée du 2*e* mariage : 1.3.2008 - 29.2.2017 :	108 mois
Durée totale des deux mariages :	237 mois
Part du conjoint divorcé :	129 : 237 = 0,54
Part de la veuve (f) :	108 : 237 = 0,46

D'après ce calcul, le conjoint divorcé toucherait donc 54% de la pension normale. Or, une disposition légale supplémentaire prévoit que la part du conjoint divorcé ne peut pas excéder celle qui lui reviendrait s'il était le seul bénéficiaire.

Dans l'exemple ci-dessus, le conjoint divorcé n'a donc droit qu'au pourcentage résultant du 1*er* calcul, c'est-à-dire à 27% de la pension normale = 396,55 €.

La veuve/le veuf a droit à la différence entre cette part et la pension de survie normale c'est-à-dire 1.468,70 - 396,55 = 1.072,15 €, soit 73% de la pension de survie totale.

Si le “prorata divorce” du conjoint divorcé avait été moins élevé que le pourcentage périodes d'assurance, c'est le premier qui aurait été retenu pour le calcul de la part de pension revenant au conjoint divorcé.

4 PROCÉDURE ADMINISTRATIVE

Toutes les pensions ne sont accordées que sur demande formelle des intéressés. Les formules de demande sont disponibles auprès des caisses de pension, auprès des caisses de maladie, auprès des administrations communales ainsi qu'auprès des associations professionnelles des salariés et des employeurs. Même en cas de décès d'un bénéficiaire de pension, la pension de survie ne peut être accordée que sur demande des survivants. Des extraits de l'acte de mariage ou de la déclaration de partenariat et de l'acte de décès sont à joindre à la demande.

Si le défunt était affilié à plusieurs caisses au courant de sa carrière professionnelle, la demande est à adresser à la caisse auprès de laquelle il était assuré en dernier lieu. Les survivants des assurés frontaliers sont obligés de présenter leur demande auprès de l'organisme compétent du lieu de leur résidence, en observant les prescriptions légales de ce pays.

Après examen des conditions d'attribution, la pension est accordée ou rejetée par une décision susceptible de recours.

5 COMPLÉMENT EN CAS DE DÉCÈS (TRIMESTRE DE FAVEUR)

Les pensions des survivants qui ont vécu avec un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité en ménage commun ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pendant les 3 mois consécutifs à l'ouverture du droit jusqu'à concurrence de la pension du défunt.

Si le défunt n'était pas encore titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, les pensions des survivants, ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pour le mois du décès et les 3 mois subséquents jusqu'à concurrence de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit.

En cas de maintien du salaire se rapportant à la fin du mois de la survenance de décès du salarié et à l'attribution d'une indemnité égale à trois mensualités de salaire pour les survivants, la pension de survie ainsi que le complément sont versés à titre de compensation à l'employeur.

Régimes de pension du secteur public

14

Les différentes législations sur les pensions des fonctionnaires de l'Etat sont entièrement liées aux péripéties historiques qu'a connues notre pays depuis la Révolution française, vers l'indépendance et jusqu'à nos jours.

Il se dégage d'une analyse historique

- que l'ancien régime de pension des fonctionnaires de l'Etat était un régime statutaire qui reposait sur le principe admis que l'Etat devait récompenser les services qui ont été rendus à la communauté nationale suivant leur importance et leur durée ;
- que dans la communauté nationale le fonctionnaire avait une situation spéciale du fait qu'il participait à l'exercice du pouvoir. Son statut était en conséquence : il comportait d'un côté des privilèges et de l'autre des servitudes ;
- que le législateur considérait la pension comme partie intégrante de la rémunération du fonctionnaire, donc par conséquent que le traitement par lui seul ne constituait pas une rémunération suffisante des services que le fonctionnaire était appelé à rendre à la généralité ;
- que du point de vue juridique, la pension avait le caractère d'un traitement continué qui comportait seulement un taux moindre et que ce rattachement de la pension au traitement afférent à un emploi et non à des émoluments essentiellement personnels, avait pour conséquence que toute modification des traitements se traduisait automatiquement par la modification du taux de la pension ;
- que le principe de la péréquation des pensions constituait une adaptation automatique des pensions à l'évolution des rémunérations ;
- que, si le serviteur public était néanmoins appelé à contribuer aux charges de pension par des retenues sur son traitement, voire sur la pension et celles de ses survivants, cette contribution n'avait pas le caractère d'une cotisation servant à constituer un fonds des pensions, indispensable pour assurer par là le paiement des pensions ; que cette contribution avait plutôt le caractère d'un impôt et qu'elle était à considérer comme une participation plus ou moins importante des

fonctionnaires aux charges budgétaires occasionnées par les pensions de l'Etat.

En 1999, le système des pensions dans le secteur public a connu une réforme importante qui a été effectuée dans le but de réduire à long terme le coût financier des régimes de retraite du secteur public et en vue d'atteindre une plus grande convergence avec le régime du secteur privé. Toutefois, afin de ne pas trop diminuer les expectatives en matière de pension des fonctionnaires en activité de service, un régime transitoire à été instauré.

Cette réforme a été réalisée dans le cadre de deux lois :

La première a mis en place un régime transitoire pour les fonctionnaires ou personnes assimilées, en fonction ou engagés au 31 décembre 1998. Les caractéristiques de l'ancien régime sont maintenues, c'est-à-dire que la pension est calculée sur la base du dernier traitement touché par le fonctionnaire. Mais au cours de cette phase de transition, le niveau des prestations sera diminué progressivement d'environ 13%. Pour les années de services situées après le 1er janvier 1999, le taux de remplacement de référence sera ramené progressivement de 83,33% à 72%.

Cependant, les agents publics avec une carrière de service complète (de 35 ou 40 années) à l'âge de retraite anticipée (55 ou 60 années) pourront majorer le montant de leur pension de 2,31% de leur traitement pensionnable par année de service prestée au-delà de cet âge. Ils pourront de ce fait obtenir à l'âge de 60 respectivement 65 ans une pension correspondant à 5/6es (83,33%) du dernier traitement, donc le maximum de pension prévu par l'ancienne législation.[1)]

Les pensions en cours au moment de l'entrée en vigueur n'ont pas été affectées par la réforme.

La deuxième loi a introduit un nouveau régime pour les agents publics entrés en service après le 31 décembre 1998. Ce nouveau régime reste un régime spécial, mais il est basé sur les mêmes principes que le régime général et présente les caractéristiques décrites dans le présent chapitre.

Cette grande réforme des régimes de pension du secteur public mise en œuvre en 1998 était le point final d'une série d'efforts entrepris depuis des années dans le but de rapprocher deux systèmes de pension fondamentalement différents, par exemple la loi sur la coordination des régimes de pension, la convergence au niveau des droits à pension de survie, des règles de cumul et des mécanismes de dynamisation des pensions.

---

1) Cette possibilité de majoration du taux de remplacement a été étendue ultérieurement pour être applicable à des carrières d'activités très longues dépassant les 40 années et ce indépendamment de l'âge au moment de la mise en retraite.

1 GÉNÉRALITÉS

Dans le contexte de la présente description sommaire, il y a lieu d'entendre par secteur public la fonction publique proprement dite, la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, les communes et les établissements publics dans la mesure où leurs agents sont assujettis à un régime de pension spécial qui diffère du régime de pension général tel qu'il est défini par le Code de la sécurité sociale.

A partir du 1er janvier 1999, le secteur public connaît deux régimes de pension distincts : le régime de pension original, qui a subi bon nombre de modifications, appelé désormais régime de pension spécial transitoire et le nouveau régime, appelé désormais régime de pension spécial qui, sauf quelques spécificités au niveau des procédures et du financement, correspond quant au fond au régime de pension général.

Le régime spécial transitoire se distingue du régime de pension général et donc également du régime spécial par le fait que le montant de la pension servie aux intéressés est déterminé en fonction du traitement acquis au moment de la retraite, donc de la fonction hiérarchique plus ou moins élevée occupée au moment de la cessation des fonctions, et non pas en fonction de l'importance des rémunérations touchées durant toute la carrière. Ceci dit, les règles de détermination des prestations du régime spécial transitoire suivent forcément d'autres considérations et contraintes que celles à la base des formules de calcul des deux autres régimes.

Du point de vue financement par contre, le régime spécial transitoire et le régime spécial ont en commun et se distinguent du régime général par le fait que les pensions servies sont garanties, indépendamment d'une contribution individuelle, à charge du patron public, au personnel concerné conformément à la loi et au statut qui leur est propre. En fait, ils sont financés directement et principalement par des moyens budgétaires mis à la disposition d'un fonds de pension servant à canaliser sous son égide toutes les dépenses et recettes de ces régimes spéciaux.

2 RÉGIME DE PENSION SPÉCIAL TRANSITOIRE

2.1 Champ d'application personnel

Ce régime s'applique :

- aux fonctionnaires et employés de l'Etat, l'organisme compétent étant l'Administration du personnel de l'Etat (APE) ;
- aux fonctionnaires et employés communaux, l'organisme étant la Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux (CPFEC) ;

- au personnel des CFL, l'organisme étant la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (CFL) ;
- au personnel des établissements publics et d'utilité publique, chaque établissement étant compétent pour le paiement des pensions à ses ressortissants

en activité de service ou en retraite à la date du 31 décembre 1998.

A noter qu'à l'égard des employés, le régime spécial transitoire n'est applicable qu'à partir de leur admission à ce régime[1)], soit après vingt ans de service ou à partir de l'âge de 55 ans. Faute d'admission, ils continuent d'être soumis au régime de pension général.

Le cercle de bénéficiaires du régime de pension spécial transitoire comprend également les survivants qui sont :

- les conjoints ou partenaires survivants ;
- les conjoints divorcés survivants ou les partenaires survivants dont le partenariat a été dissolu pour une cause autre que le décès ;
- certains parents ou alliés du défunt ;
- les orphelins du défunt.

2.2 Champ d'application matériel

a) Retenues pour pension

Le taux de retenue applicable aux rémunérations d'activité correspond au taux de cotisation applicable dans le régime général et évolue en parallèle. Contrairement toutefois à ce régime, les retenues ne sont pas plafonnées.

b) Pensions de vieillesse

Un droit à la pension de vieillesse est ouvert dans les conditions suivantes :

- en cas de démission à partir de l'âge de 57 ans et d'un temps de service de 40 années ;
- en cas de démission à partir de l'âge de 60 ans et d'un temps de service de 30 années ;
- en cas de démission à la limite d'âge de 65 ans avec au moins 10 années de service. La démission d'office à la limite d'âge peut être reportée, sous certaines conditions, par un maintien en service pendant 3 années au maximum.

Il est à relever que du moment où l'intéressé peut se prévaloir d'au moins 15 années de service, il peut prétendre à l'âge de 65 ans à une pension différée.

---

1) Pour les conditions exactes d'admission au régime spécial transitoire : voir article 8 prévu respectivement par loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat et par la loi du 25 mars 2015 déterminant le régime et les indemnités des employés de l'Etat.

Dans certaines conditions, la jouissance de cette pension peut être avancée, moyennant entre autre, une totalisation avec des périodes d'assurance se situant auprès du régime général.

A noter que des droits à pension spéciaux existent tant auprès de l'Etat que des CFL et de la CPFEC à l'égard de certaines carrières à sujétions particulières. Les dérogations aux conditions générales se résument à la faculté de pouvoir prendre sa retraite déjà à partir de l'âge de 55 ans, l'âge de retraite obligatoire étant fixé à 60 ans. Ces conditions de droit à pension spéciales sont réservées aux membres de la force publique en ce qui concerne l'Etat ainsi qu'aux conducteurs rails/route et aux sapeurs-pompiers en ce qui concerne les CFL et la CPFEC.

Une autre catégorie de bénéficiaires de conditions spéciales est celle à l'égard desquelles la limite d'âge de 65 ans est inopérante. Il s'agit notamment des membres du Gouvernement, de la Chambre des députés ou du Conseil d'Etat et des cultes.

c) Pensions d'invalidité

Le droit à une pension d'invalidité est ouvert après une année de service et sans condition d'âge si, par suite d'inaptitude physique, l'intéressé est reconnu hors d'état de continuer ses fonctions ou de les reprendre.

d) Pensions à caractère spécial

Il s'agit notamment des :

- pensions spéciales accordées sur base de la loi électorale aux agents publics qui acceptent le mandat de député et qui se voient contraints de par le principe de la séparation des pouvoirs, de démissionner des fonctions qu'ils occupaient avant la prestation de serment de parlementaire ;
- pensions accordées aux membres du Gouvernement ;
- pensions supplémentaires accordées aux parlementaires et aux membres du Conseil d'Etat.

e) Pensions de survie

Les conditions prévues pour l'ouverture d'un droit à une pension de survie sont similaires à celles prévues dans le régime de pension général.

2.3 Détermination des prestations

a) Pensions personnelles

Le régime spécial transitoire connaît trois formules de calcul pour la détermination de la pension proprement dite, applicables suivant le cas de risque :

- la première formule, et la plus ancienne, se caractérise par une progression linéaire à partir d'un temps de service de 10 années et jusqu'à concurrence d'un temps de service maximum de 40 années tout en accordant un taux de remplacement minimum de 33,33%. A noter que la formule correspondante applicable aux ressortissants du secteur communal varie principalement dans le sens d'un taux de remplacement plus élevé en début de carrière, mais à progression légèrement dégressive ;
- pour les démissions intervenant à la limite d'âge de 65 ans ou postérieurement et à la suite d'un maintien en service, cette formule, à moins qu'elle ne soit plus favorable ce qui est le cas pour des temps de service inférieurs à un certain seuil, est remplacée par une formule dégressive qui réduit le taux de remplacement maximum possible par rapport aux années de service manquant pour parfaire 30 années ;
- pour les cas de mises à la retraite pour cause de vieillesse ou d'invalidité, les taux de remplacement découlant des prédites formules de calcul sont remplacés par le taux de remplacement maximum dès que la condition " âge+service>= 95 " est remplie.

A noter que les législations de pension des trois organismes, Etat, CFL et CPFEC, prévoient des formules de calcul spécifiques assorties aux conditions de droits à pension spéciaux réservées à certaines carrières à sujétions particulières.

A côté des pensions proprement dites, le législateur a prévu les majorations spéciales servant à suppléer à un temps de service peu élevé du fait d'une interruption de la carrière pour cause d'invalidité ou de décès. Ces majorations sont déterminées sur la base du temps de service que l'agent aurait encore pu acquérir jusqu'à l'âge de 55 ans s'il était resté en service et d'un montant variable, dans certaines limites en fonction du traitement ayant servi de base à la détermination de la pension proprement dite.

Les modifications apportées à ce régime par la loi du 3 août 1998 concernent essentiellement les mises à la retraite postérieures au 31 décembre 1998 dans le sens où le taux de remplacement maximum des 5/6èmes sera progressivement et individuellement réduit jusqu'à concurrence d'un minimum de 72% tout en respectant dans la mesure du possible les droits acquis des agents publics dans l'ancien régime des 5/6èmes, c. à d. découlant de l'ancienneté de service acquise à la date du 31 décembre 1998. Sous certaines conditions, il est possible de porter son taux de remplacement maximum individuel de nouveau aux 5/6èmes en reportant le moment de la mise à la retraite. Compte tenu de la situation individuelle des intéressés et donc de leur taux de remplacement maximum individuel, ce report peut varier de quelques mois à 5 années au maximum.

b) Pensions de survie

Sauf quelques variations dues aux spécificités du régime, les taux de réversion applicables aux pensions des conjoints ou de partenaires survivants de ce régime correspondent plus ou moins à ceux du régime général.

Les taux applicables aux pensions d'orphelins sont identiques à ceux du régime général.

2.4 Procédures

Compte tenu de sa spécificité, le régime spécial transitoire a ses propres procédures réglant l'accès à la pension de vieillesse, d'invalidité ou à la pension à caractère spécial.

Il s'agit notamment des formes et formalités à respecter lors de la demande de démission et de mise à la retraite et des procédures prévues par la commission des pensions ou le conseil de discipline.

Ainsi par exemple, aucune mise à la retraite pour cause d'invalidité n'est prononcée avant que la commission des pensions n'ait donné son avis.

2.5 Dynamisation des pensions

Toutes les pensions sont déterminées sur base de la valeur indice 100 portée au niveau de vie de l'année de base 1984, pour ensuite être adaptées et revalorisées moyennant le même calcul que celui intervenant dans le régime général. Les pensions courantes du régime spécial transitoire sont réajustées de façon identique et simultanée à celles du régime général.

3 RÉGIME DE PENSION SPÉCIAL

Ce régime a été introduit pour les agents publics entrés en service après le 31 décembre 1998. Ce régime reste un régime spécial, mais il est basé sur les mêmes principes que le régime général et présente les caractéristiques suivantes :

- les pensions ne sont plus calculées sur la base du dernier traitement, mais du total des rémunérations touchées au cours de la carrière ;
- l'ajustement sera identique et simultané avec le secteur privé ;
- la cotisation prélevée pour le financement de ce régime spécial suivra la même évolution que la cotisation due pour le financement du régime général.

Quelques particularités de l'ancien régime non contributif sont pourtant maintenues : il n'y a pas de plafond cotisable et aucun plafond n'intervient dans le calcul des pensions. Les spécificités de la procédure de mise à la retraite sont gardées et le financement du régime se fait principalement moyennant des ressources budgétaires par l'intermédiaire d'un fonds de pension.

3.1 Champ d'application personnel

Ce régime s'applique :

- aux fonctionnaires, fonctionnaires-stagiaires et employés de l'Etat ainsi qu'au personnel des établissements publics et d'utilité publique dans la mesure où leur statut correspond à la notion d'agent public ou de fonctionnaire, l'organisme compétent étant l'Administration du personnel de l'Etat ;
- aux fonctionnaires et employés communaux, l'organisme étant la Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux ;
- au personnel des CFL, l'organisme étant la société nationale des chemins de fer luxembourgeois ; engagés à partir du 1er janvier 1999.

A noter qu'à l'égard des employés, le régime spécial n'est pas applicable qu'à partir de leur admission à ce régime[1)], soit après vingt ans de service ou à partir de l'âge de 55 ans. Faute d'admission, ils continuent d'être soumis au régime de pension général.

Le cercle de bénéficiaires du régime de pension spécial comprend également les survivants qui sont :

- les conjoints ou partenaires survivants ;
- les conjoints divorcés survivants ou les partenaires survivants dont le partenariat a été dissolu pour une cause autre que le décès ;
- certains parents ou alliés du défunt ;
- les orphelins du défunt.

3.2 Champ d'application matériel

a) Retenues pour pension

Le taux de retenue applicable aux rémunérations d'activité correspond au taux de cotisation applicable dans le régime général et évolue en parallèle. Contrairement toutefois à ce régime, les retenues ne sont pas plafonnées.

---

1) Pour les conditions exactes d'admission au régime spécial transitoire : voir article 8 prévu respectivement par loi modifiée du 27 janvier 1972 fixant le régime des employés de l'Etat et par la loi du 25 mars 2015 déterminant le régime et les indemnités des employés de l'Etat.

b) Pensions

Les conditions de droit à pension, les règles de mise en compte des périodes d'assurance ainsi que les différents types de pension sont identiques à ceux prévus pour le régime de pension général[1]. L'ouverture d'un droit à pension s'apprécie par ailleurs et entre autre sur la base d'une totalisation des périodes d'assurance se situant tant auprès de ce régime qu'auprès du régime général.

3.3 Détermination des prestations

Les formules de calcul applicables dans ce régime sont celles applicables dans le régime général, sauf en ce qui concerne le maximum de prestations. En effet, le régime spécial ne connaissant pas de plafond cotisable, il ne connaît pas non plus de plafond de prestations.

3.4 Procédures

Les procédures prévues pour le régime de pension spécial transitoire sont également celles prévues pour le régime spécial.

---

1) Voir chapitres 11, 12 et 13.

Coordination nationale des régimes légaux de pension

15

En 1998, le législateur a institué des régimes de pension spéciaux pour les agents du secteur public qui sont entrés en service après le 31 décembre 1998.[1] Par conséquent la création d'une coordination entre ce nouveau régime de pension et le régime général du secteur privé s'est imposée.

La loi modifiée du 28 juillet 2000 définit les règles de coordination dans les cas où une personne a été soumise à la législation du secteur public et du secteur privé. A cette fin, il y a lieu de distinguer entre trois catégories de régimes de pension, à savoir :

- le régime général [2] applicable au secteur privé,
- les régimes transitoires spéciaux applicables aux agents du secteur public entrés en service avant le 1er janvier 1999 [3],
- les régimes spéciaux applicables au même personnel mais dont l'entrée en service se situe après le 31 décembre 1998 [4].

En fonction des concours possibles entre les différents régimes de pension, il y a lieu de prévoir des mécanismes de coordination entre, d'une part, le régime général et les régimes spéciaux transitoires et, d'autre part, entre le régime général et les régimes spéciaux.

---

1) Pour plus d'informations : voir chapitre 13 - Les régimes de pension du secteur public.

2) Prévu par le livre III du Code de la sécurité sociale.

3) Loi du 25 mars 2015 insituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois

4) Loi modifiée du 3 août 1998, instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois.

1 COORDINATION DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DES RÉGIMES SPÉCIAUX TRANSITOIRES

1.1 Passage d'un régime spécial transitoire vers le régime général : assurance rétroactive auprès du régime général

Toute personne qui quitte le service public sans avoir droit à pension auprès d'un régime spécial transitoire [1] ou qui est déchue de tout droit à pension [2] ou décède sans avoir accompli le stage d'affiliation [3], est assurée rétroactivement auprès de la caisse de pension des employés privés pour les périodes qui auraient été computables pour le calcul de la pension dans le régime spécial transitoire. Ces périodes sont prises en compte pour leur durée effective.

De même, le fonctionnaire, l'agent ou l'employé qui a droit à une pension différée auprès d'un régime spécial transitoire peut opter jusqu'au moment de l'entrée en jouissance effective de la pension pour l'assurance rétroactive.

Pour l'application de l'assurance rétroactive, sont mises en compte les rémunérations effectives des périodes réalisées dans le régime spécial transitoire, dans les limites du minimum et du maximum cotisable en vigueur auprès du régime général de pension. Pour les autres périodes computables pour la pension, comme les périodes de congé sans traitement, de congé pour travail à mi-temps et de congé parental, sont mis en compte respectivement le dernier traitement atteint avant le début du congé sans traitement ou du congé parental et le montant double du traitement perçu pendant la période de travail à mi-temps ou du congé parental à temps partiel.

Au moment de l'affiliation rétroactive auprès du régime général de pension, l'organisme compétent du régime spécial transitoire procède à un transfert de cotisations pour l'ensemble des périodes. Les cotisations sont calculées sur la base des rémunérations mises en compte et selon les taux de cotisation successivement appliqués auprès du régime général [4]. Le montant nominal des cotisations est augmenté des intérêts composés de 4% l'an à partir du 31 décembre de chaque année de service.

---

1) *En application de l'article 3 I.6) de la loi modifiée du 26 mai 1954 le fonctionnaire a droit à une pension après quinze années de service, s'il quitte le service à la suite d'une démission volontaire régulièrement acceptée ou d'une démission d'office.*

2) *Est déchu de tout droit à pension, conformément à l'article 49 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat, le fonctionnaire condamné pour un acte commis intentionnellement à une peine privative de liberté de plus d'un an sans sursis ou à l'interdiction de tout ou partie des droits énumérés à l'ancien article 31 du Code pénal. De même la révocation, prévue à l'article 47 de la loi précitée, entraîne la perte du droit à la pension.*

3) *Il s'agit des cas où il n'y a pas réalisation, soit de la prestation de serment comme fonctionnaire, soit de l'admission de l'employé au régime spécial transitoire, soit de la condition d'un stage minimum d'une année de service.*

4) *Le cas échéant, la part à charge des pouvoirs publics est incluse.*

Exemple :

Assurance rétroactive opérée au 30 juin 2017 concernant 12 mois de l'exercice 2015 à concurrence d'une rémunération de 23.500 €.

Valeur acquise en cotisations et intérêts :

Cotisations 2015 : 23.500 x 24% (taux de cotisation) = 5.640 EUR

Valeur acquise au 30.06.2017 = 5.640,00 x 1,04 (intérêts 2015) x 1,04 (intérêts 2016) x (1,04 x 6/12 intérêts 2017 : 6 mois) = 6.222,23 EUR

Les périodes de service qui sont computables pour le calcul de la pension dans le régime spécial transitoire, pour lesquelles l'affiliation rétroactive a été effectuée, sont assimilées à des périodes d'assurance obligatoire pour l'appréciation des conditions d'ouverture du droit à pension, respectivement pour l'admission à l'assurance continuée, complémentaire ou facultative ainsi qu'à l'achat rétroactif de périodes dans le régime général.

Au moment de l'échéance du risque, l'organisme compétent du régime général procède à l'appréciation des conditions d'attribution et, le cas échéant, à la liquidation des prestations.

1.2 Passage du régime général vers le régime spécial transitoire : transfert de cotisations vers le régime spécial transitoire

Lorsqu'une personne passe du régime général à un régime spécial transitoire, les cotisations versées au régime général pour les périodes qui ont été validées[1)] par le régime spécial transitoire sont transférées par la caisse de pension auprès duquel l'assuré était affilié en dernier lieu à l'organisme appelé à les prendre en charge.

Les cotisations versées pour des périodes d'affiliation qui ont donné lieu à prestation ou à remboursement de cotisations ne peuvent être transférées, à moins que ces dernières cotisations n'aient été restituées ou que les droits y attachés n'aient revécu. Sauf en cas d'assurance rétroactive ultérieure, les périodes correspondant aux cotisations transférées n'ouvrent plus droit à prestation dans le régime général.

Le montant nominal des cotisations est augmenté des intérêts composés de 4% l'an à partir du 31 décembre de chaque année de service.

---

1) Sur base de l'article 4,I.a)4 de la loi du 25 mars 2015, comptent aussi pour la pension des régimes spéciaux transitoires, le temps non-computable en vertu d'une autre disposition de cette loi, couvert par des périodes d'assurances sous le régime général de pension . Un règlement grand-ducal fixe les modalités d'exécution.

1.3 Affiliation concomitante au régime général et à un régime spécial transitoire : cumul de prestations

Lorsqu'une personne a été soumise de façon concomitante au régime général et au régime spécial transitoire ou, en cas d'affiliation successive au régime général et au régime spécial transitoire, lorsque les conditions de validation ne sont pas réalisées[1)], l'assuré peut bénéficier d'un droit à pension dans les deux régimes. Cette ouverture du droit est rendue possible par le fait que, pour parfaire les conditions de stage, les périodes réalisées dans les deux régimes sont totalisées pour autant qu'elles ne se superposent pas.

L'ouverture du droit à une pension d'invalidité du régime spécial transitoire vaut accomplissement de la condition relative à l'invalidité exigée dans le régime général.

L'ouverture du droit à une pension de survie du régime spécial transitoire vaut accomplissement des conditions d'attribution prévues par le régime général.

En cas d'ouverture d'un droit à pension dans le régime spécial transitoire et dans le régime général :

- la pension du régime spécial transitoire est calculée suivant les dispositions de la législation [2)] sur les pensions des fonctionnaires de l'Etat ;
- la part de pension du régime général se limite aux majorations proportionnelles calculées à partir des revenus cotisables correspondant aux périodes reconnues par ce régime ;
- l'allocation de fin d'année est déterminée en fonction des années accomplies dans le régime général.

Lorsque les majorations proportionnelles et proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations spéciales allouées par le régime spécial transitoire pour une même période, les majorations spéciales sont réduites du montant de ces majorations. Si des majorations proportionnelles spéciales du régime général se superposent à des majorations du régime spécial transitoire, ces majorations sont réduites du montant des majorations proportionnelles spéciales échues pour la même période.

Sauf en cas de concours d'une pension échue sur la base de l'article 55 II. de la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'Etat, la mise en compte de la pension partielle du régime général ne peut avoir pour effet de porter l'ensemble des prestations, soit au-delà de la

---

1) Ne peuvent pas être validées par le régime spécial transitoire, d'une part, les périodes du régime général ayant donné lieu à prestation ou à remboursement des cotisations et, d'autre part, les périodes du régime général lorsqu'elles dépassent en temps les périodes computables par le régime spécial transitoire.

2) Loi du 25 mars 2015 instituant un régime spécial transitoire (Mém. A 59 du 31.03.15, 1198).. Voir à ce sujet : chapitre 13 - Les régimes de pension du secteur public.

pension maximum prévue dans le régime spécial transitoire [1] , soit, dans le cas où il s'avérait plus favorable, au-delà de la pension maximum prévue par le régime général [2]. L'excédent éventuel est retenu sur la pension du régime spécial transitoire.

En cas d'ouverture d'un droit à pension de survie d'un conjoint divorcé ou d'un ancien partenaire dans le régime général et dans le régime spécial transitoire, la détermination de la pension du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire et la répartition éventuelle entre plusieurs conjoints divorcés (anciens partenaires) et un conjoint survivant (partenaire) est effectuée conformément aux règles en vigueur dans le régime spécial transitoire.

Pour autant que le conjoint ou le partenaire décédé n'ait pas été soumis au régime spécial transitoire à la veille du divorce ou de la dissolution du partenariat, la pension de survie du conjoint divorcé ou de l'ancien partenaire, déterminée à cette date, est calculée conformément aux dispositions du régime général et à charge du régime spécial transitoire.

2 COORDINATION DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DES RÉGIMES SPÉCIAUX

Les mécanismes de coordination entre le régime général et les régimes spéciaux diffèrent fondamentalement de ceux qui précèdent étant donné qu'il existe une grande similitude entre le régime général et les régimes spéciaux.

Ainsi, en cas de passage du régime général à un régime spécial ou en cas de passage d'un régime spécial au régime général ou en cas de soumission de façon concomitante au régime général et au régime spécial, il appartient à l'organisme compétent d'apprécier les conditions d'attribution de la pension en appliquant les dispositions de sa propre législation, y compris celles relatives à l'invalidité. L'organisme compétent est celui du régime auquel l'assuré a été soumis en dernier lieu en raison de son activité principale. Est considérée comme activité principale celle dont le revenu est le plus élevé, sinon la plus ancienne.

L'organisme compétent calcule l'ensemble de la pension et de l'allocation de fin d'année en appliquant les dispositions de sa propre législation aux périodes d'assurance accomplies par l'intéressé sous les différents régimes, pour autant qu'elles ne se superposent pas.

---

1) *La pension maximum prévue par le régime spécial transitoire correspond à celle découlant de la formule de calcul applicable à l'article 15.VII sous a), b) ou c) de la loi modifiée du 26 mai 1954, le cas échéant réduite sur la base des taux de réversion prévus à l'égard des survivants du fonctionnaire.*

2) *D'après l'article 223 du Code de la sécurité sociale, aucune pension personnelle ne peut être supérieure à 5/6 du quintuple du montant de référence prévu à l'article 222 (5/6 x 5 x 2.085,00 x 7,7517 x1,420 : 12 = 7.968,91 € mensuels au 01.01.2016. Les facteurs de réversion sont applicables en cas de pensions de survie.*

Toutefois, la disposition du régime général fixant le plafond de cotisation ne s'applique pas aux périodes d'assurance accomplies dans un régime spécial.

La charge de la pension est répartie entre les différents régimes auxquels l'intéressé a été soumis. Comme le régime général et les régimes spéciaux sont financés suivant des modalités différentes, il faut une clé de répartition afin de ventiler la part de la prestation à fournir par les différents régimes. La part de pension incombant à chaque régime est établie au prorata des majorations proportionnelles découlant des périodes d'assurance accomplies sous ce régime par rapport au total des majorations proportionnelles résultant de l'ensemble de la carrière d'assurance.

3 DISPOSITIONS COMMUNES

3.1 Mise en compte des périodes d'éducation d'enfants

Si l'un des parents est soumis au régime général et l'autre à un régime transitoire spécial ou à un régime spécial, la période à mettre en compte du chef de l'éducation d'un enfant commun ne saurait dépasser celle à mettre en compte si les parents sont soumis à un seul régime de pension.

3.2 Instruction des demandes

Toute demande tendant à l'application des dispositions de la loi de coordination peut être adressée à l'un des organismes en cause qui la transmet aux autres avec les renseignements dont il dispose. A cet effet, les données nominatives peuvent être échangées par voie informatique.

Chaque organisme en cause procède à la détermination des droits et à la liquidation des prestations sur la base des éléments qui le concernent et des éléments concernant les autres organismes qui lui ont été certifiés par ces derniers.

Les périodes d'assurance qui sont certifiées par l'organisme du régime sous lequel elles ont été accomplies ne peuvent être contestées par les autres organismes en cause.

La décision de l'organisme débiteur d'une pension ou part de pension est prise conformément à la procédure de détermination et de liquidation des droits qui lui est applicable.

Aucune décision concernant la modification, la suspension ou le retrait d'une pension ou part de pension accordée en vertu de la loi de coordination ne peut être prise valablement sans que les autres organismes débiteurs d'une pension ou part de pension soient mis en cause.

3.3 Réduction et paiement des pensions

Les dispositions de réduction, de suspension et de non-cumul sont celles prévues dans le régime de l'organisme compétent et s'appliquent à l'ensemble des pensions et parts de pension.

En cas de concours de prestations du régime général et du régime spécial transitoire, il est tenu compte de l'allocation de fin d'année qui est réduite, le cas échéant, dans la même mesure que l'ensemble des pensions et parts de pension.

Les orphelins de père et de mère pour lesquels un droit à une pension est ouvert dans le régime général du chef de l'un des parents et dans le régime spécial transitoire ou spécial du chef de l'autre parent n'ont droit qu'à la pension la plus élevée déterminée suivant les modalités applicables aux orphelins de père et de mère de chaque régime.

Si une personne a droit à des pensions de survie du chef de conjoints différents de la part du régime général et du régime spécial transitoire ou spécial, seule la pension de survie la plus élevée est due.

L'organisme compétent assure le paiement de la totalité de la pension, sous réserve du remboursement des parts de pensions incombant aux autres organismes.

Ainsi, en cas d'affiliation successive ou concomitante au régime général et au régime transitoire spécial, l'organisme compétent est l'organisme du régime transitoire spécial auquel l'intéressé était soumis.

En cas d'affiliation simultanée ou successive à deux régimes spéciaux transitoires, est compétent respectivement l'organisme du régime de l'activité principale ou celui auquel l'intéressé était soumis en dernier lieu.

En cas d'affiliation successive au régime général et au régime spécial, l'organisme compétent est celui du régime auquel l'affilié était soumis en dernier lieu. Si l'intéressé a été soumis en dernier lieu simultanément au régime général et au régime spécial, l'organisme compétent correspond à celui de l'activité principale.

Régimes complémentaires de pension

16

La terminologie utilisée dans le cadre des systèmes de retraite, en particulier ceux qui complètent les régimes légaux, varie considérablement d'un pays à l'autre. Le cadre classique de classification "à trois piliers" peut contribuer à clarifier l'analyse.[1)]

Le premier pilier correspond aux systèmes de retraite de base publics, nationaux et légaux; ceux-ci sont, par essence, obligatoires et subordonnés à des conditions de résidence et d'emploi dans l'Etat et prévoient des prestations forfaitaires et/ou liées aux revenus. Les systèmes qui relèvent du premier pilier opèrent généralement par répartition et sont gérés par les pouvoirs publics, bien que l'un de ces aspects soit parfois absent (systèmes par capitalisation, ou gérés par le secteur privé).

Le deuxième pilier comprend les systèmes de pension complémentaire patronnés par les employeurs, tantôt directement, tantôt au titre de conventions collectives. Ils peuvent être financés en capitalisation ou en répartition et sont généralement gérés par le secteur privé.

Le troisième pilier se compose de systèmes d'épargne et de retraite personnels financés par capitalisation, proposés par les compagnies d'assurances, les banques et d'autres institutions financières du secteur privé.

La définition des systèmes privés et publics est nécessaire pour distinguer les systèmes légaux de base (premier pilier) des systèmes de retraite professionnelle complémentaire (deuxième pilier), dans la mesure où l'on admet généralement de manière implicite qu'il existe une interaction directe entre les systèmes de base et les systèmes publics, d'une part, et les systèmes complémentaires et privés, d'autre part. Toutefois, cette hypothèse ne se vérifie pas toujours. Primo, l'Etat peut, en tant qu'employeur, prévoir des pensions complémentaires. Secundo, il est possible de trouver des systèmes complémentaires qui, bien qu'établis et administrés par le secteur

---

1) *Revue internationale de sécurité sociale, vol. 54, 1/2001, Association internationale de la sécurité sociale, 2001.*

privé, sont conçus et/ou réglementés de telles manière que, pour l'essentiel, ils sont très proches des régimes publics. En réalité, le degré d'intervention des pouvoirs publics dans leur création et leur réglementation est un élément extrêmement important à prendre en compte dans une analyse classificatoire du caractère public ou privé des systèmes de pension de retraite.

En ce qui concerne la situation luxembourgeoise, il est à relever que la législation[1)] s'inscrit dans le cadre du deuxième pilier. Au Luxembourg ce pilier s'est développé surtout dans les entreprises industrielles et commerciales d'origine étrangère ou de taille importante, ainsi que dans le secteur bancaire.

Outre la volonté du législateur luxembourgeois de donner un cadre légal à une pratique existante afin d'assurer les droits des salariés et de mettre sur un pied d'égalité du point de vue fiscal les différents régimes complémentaires de pensions, à savoir le financement interne au niveau de l'entreprise moyennant provisions au bilan et le financement externe prenant la forme soit d'un fonds de pension, soit d'une assurance de groupe, il s'agissait également de transposer au niveau national différentes directives européennes.

1 CHAMP D'APPLICATION

La loi s'applique à tous les régimes complémentaires de pension mis en place après son entrée en vigueur, ainsi qu'aux régimes existants qui donnent lieu au versement d'un capital ou d'une rente après l'entrée en vigueur.

En outre la loi ne s'applique qu'aux régimes complémentaires de pension mis en place par une entreprise pour l'ensemble de ses salariés ou pour certaines catégories de ceux-ci, à l'exclusion des promesses individuelles.

2 ORGANISATION

2.1 Autonomie des entreprises et dispositions impératives

A condition de respecter les dispositions impératives de la loi, chaque entreprise est libre de mettre en place un ou plusieurs régimes complémentaires de pension et d'en déterminer l'organisation, les conditions d'affiliation, le financement, le niveau des prestations, les modalités d'attribution des prestations et les règles de modification et d'abrogation du régime.

---

1) Loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension.

Par entreprise on entend toute personne physique ou morale luxembourgeoise ou étrangère, occupant du personnel au Luxembourg, y compris l'Etat, les communes, les syndicats de communes et les établissements publics.

Tout régime de pension doit être documenté par un règlement de pension qui doit définir entre autre le type de régime retenu (externe ou interne), les différentes prestations promises, les conditions d'affiliation et d'acquisition des droits, ainsi que les conditions de modification et d'abrogation du régime.

Toutefois l'entreprise n'est autorisée à modifier (en défaveur des assurés) ou à abroger le régime complémentaire de pension que si des modifications légales en matière de fiscalité ou en matière de sécurité sociale le rendent nécessaire. Il en est de même si la conjoncture économique en général ou la situation financière de l'entreprise rendent les charges de l'entreprise quant au financement des pensions complémentaires excessives.

Les entreprises sont tenues de faire enregistrer le règlement de pension auprès de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les entreprises disposaient d'un délai de deux ans à partir de l'entrée en vigueur de la loi pour mettre leur régime complémentaire de pension en conformité avec les dispositions de la loi. Ce délai avait été prorogé pour une nouvelle période de deux années qui a expiré dès lors le 31 décembre 2003.

Les entreprises de droit privé auxquelles s'appliquent les procédures pour les entreprises en difficulté (procédures de redressement judiciaire, de liquidation et de faillite) et les pouvoirs publics sont autorisés d'instaurer un régime complémentaire de pension interne ou externe. Les entreprises de droit privé auxquelles ces procédures sont inapplicables, sont uniquement autorisées de mettre en place un régime externe.

2.2 Prestations

Les régimes à financement interne et externe peuvent prévoir des prestations de retraite et, en cas de décès du bénéficiaire, des prestations de décès et de survie. Les promesses de prestations d'invalidité et, en cas de décès du bénéficiaire, les prestations de décès et de survie, ainsi que les prestations de décès et de survie d'un assuré actif, ne peuvent être garanties que si le régime assure spécifiquement ces risques.

Les régimes instaurés par les pouvoirs publics sont limités en ce sens que les promesses de pension complémentaire ne peuvent pas dépasser les niveaux de pensions prévus par la législation concernant les retraites des fonctionnaires.

3 DROITS DES SALARIÉS

3.1 Droit du travail

L'existence et la nature du régime complémentaire de pension, les droits à des prestations y afférentes, ainsi que l'existence de cotisations personnelles doivent obligatoirement être mentionnés au contrat de travail.

Les délégations du personnel et les comités mixtes doivent obligatoirement être consultés avant l'instauration, la modification ou l'abrogation d'un régime complémentaire de pension.

3.2 Affiliation

En cas de mise en place d'un régime complémentaire de pension, les salariés de l'entreprise qui remplissent les conditions d'affiliation du régime prévu, doivent obligatoirement être affiliés.

Tout nouveau salarié engagé auprès d'une entreprise auprès de laquelle il existe un régime complémentaire de pension et qui remplit les conditions d'affiliation prévues à ce régime, doit obligatoirement être affilié à ce régime.

3.3 Acquisition, détermination, maintien, transfert individuel et rachat des droits acquis

Le règlement de pension de l'entreprise doit obligatoirement définir les conditions d'acquisition des droits découlant du régime complémentaire de pension, sans que la période de stage[1)] ne puisse dépasser 10 ans.

Les périodes de service prises en compte pour la détermination de la période de stage et pour le calcul des prestations comprennent les périodes de congé payé ou indemnisé, de dispense de service ou de travail, de préavis, les périodes assimilées par la loi à des périodes de travail effectif et les périodes de préretraite.

Quant au calcul du montant des droits acquis, il convient de distinguer deux hypothèses:

- dans le cadre d'un régime à prestations définies [2)], la valeur des droits acquis se détermine en divisant l'ancienneté acquise par le salarié par l'ancienneté que ce salarié peut théoriquement atteindre et en multipliant ensuite le chiffre ainsi obtenu par la valeur de la pension;
- dans le cadre d'un régime à contributions définies [3)], la valeur des droits acquis correspond au montant de la provision constituée.

---

1) Période de service dont le salarié doit justifier avant d'être affilié au régime et la période située entre l'affiliation et l'acquisition définitive des droits.

2) Régime complémentaire de pension qui garantit aux affiliés l'octroi d'un niveau déterminé de pensions.

3) Régime complémentaire de pension qui se fonde sur l'engagement de l'entreprise en faveur de l'affilié de verser ou d'affecter au système de financement de ce régime un montant déterminé de contributions.

En cas de départ du salarié avant l'âge de la retraite, l'entreprise doit garantir le maintien intégral des droits acquis et ceci même en cas de démission du salarié et en cas de licenciement pour faute grave.

Les droits acquis peuvent également faire l'objet d'un transfert individuel vers un autre régime complémentaire de pension mis en place auprès d'une autre entreprise.

Ce transfert exige l'accord de toutes les parties en cause et le transfert doit se réaliser sans qu'il n'en résulte une perte pour le salarié et sans qu'une indemnité de transfert ne puisse être mise à sa charge.

Si la nouvelle entreprise ne dispose pas de régime complémentaire de pension, ou en l'absence d'accord entre parties, l'ancien employeur a la faculté de transférer les provisions correspondant aux droits acquis vers un régime externe dûment agréé.

Le régime complémentaire de pension peut également prévoir le rachat des droits acquis en cas de départ du salarié avant l'âge de la retraite. Si l'affilié part vers une entreprise située à l'étranger ou s'il a atteint l'âge de 50 ans au moment où il quitte l'entreprise ou si la pension mensuelle à laquelle le salarié a droit est inférieure ou égale à un dixième du salaire social minimum ou si le montant du capital auquel le salarié a droit ne dépasse pas 10 fois le salaire social minimum, le salarié peut demander le rachat des droits acquis. Dans ces dernières hypothèses, l'entreprise peut procéder au rachat des droits acquis sans l'accord du salarié.

Le rachat se réalise moyennant versement d'un capital dont le montant correspond à la valeur actuelle des droits acquis et il met fin aux droits et obligations découlant du régime complémentaire de pension.

3.4 Transfert d'entreprise

Lors du transfert d'une entreprise ou d'une partie de l'entreprise à un autre employeur, il convient de distinguer deux situations:

- si l'ancienne entreprise cesse d'exister, les droits acquis des affiliés et des anciens affiliés, ainsi que les droits en cours de formation des affiliés sont obligatoirement transférés au cessionnaire;
- si l'ancienne entreprise continue d'exister, les droits acquis ou les droits en cours de formation des salariés repris par le cessionnaire sont transférés à celui-ci, alors que les droits des salariés qui restent chez le cédant et les droits acquis des anciens salariés ne sont en principe pas transférés chez le cessionnaire, sauf accord contraire entre le cédant et le cessionnaire. A noter que le transfert de droits acquis d'anciens affiliés vers un régime interne n'est pas autorisé.

3.5 Travailleur détaché dans un autre pays membre de l'Union européenne

Le salarié qui est détaché par son employeur à un emploi dans un autre pays membre de l'Union européenne, reste affilié au régime complémentaire de pension de son Etat d'origine et ni le travailleur détaché, ni son employeur ne peuvent être contraints à verser des contributions à un régime complémentaire de pension dans un autre Etat membre.

3.6 Principe d'égalité de traitement entre hommes et femmes

Toute stipulation du règlement de pension violant le principe d'égalité de traitement entre hommes et femmes, c'est-à-dire de nature à causer une discrimination fondée sur le sexe, soit directement, soit indirectement, et notamment en ce qui concerne les conditions d'affiliation, le niveau des cotisations des salariés et des employeurs, les conditions d'octroi des prestations, ainsi que le montant des prestations, est nulle.

3.7 Information des salariés

L'employeur doit remettre à chaque salarié une copie du règlement du régime complémentaire de pension et l'informer par écrit au moins une fois par an des prestations qui lui sont dues à la fin de sa carrière et qui lui sont garanties en cas de départ ou en cas d'insolvabilité de l'entreprise.

De même si le salarié désire quitter l'entreprise, l'employeur est tenu de l'informer, suit à sa demande, sur les options dont il dispose pour faire valoir ses droits acquis.

4 FINANCEMENT

Le financement de la pension de chaque affilié devient obligatoire dès l'affiliation du salarié au régime complémentaire de pension de l'entreprise.

Chaque entreprise doit établir un plan de financement en observant les dispositions impératives concernant le financement minimum. Ce plan de financement doit être déposé auprès de l'Inspection générale de la sécurité sociale et l'entreprise est tenue d'observer strictement le plan déposé.

Si l'affilié contribue personnellement au régime complémentaire de pension, ces cotisations doivent obligatoirement être affectées à une assurance de groupe ou versées dans un fonds de pension.

De même, si le régime de pension prévoit le risque invalidité ou décès, ces risques doivent obligatoirement être couverts soit par une assurance de groupe, soit par une assurance spécifique.

5 ASSURANCE INSOLVABILITÉ

Afin d'assurer les droits des affiliés, chaque entreprise ayant opté pour un régime interne de pension complémentaire doit s'affilier obligatoirement auprès d'un organisme assurant le risque insolvabilité. Par convention bilatérale entre l'Allemagne et le Luxembourg, l'affiliation obligatoire de ces entreprises luxembourgeoises auprès du PSVaG allemand (Pensions-Sicherungs-Verein, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit) a été retenue.

Ainsi, en cas d'insolvabilité de l'employeur, l'assureur insolvabilité continue le paiement des pensions complémentaires échues en lieu et place de l'employeur. Les affiliés et anciens affiliés du régime complémentaire de pension de l'entreprise insolvable disposent d'une créance correspondant au montant de leurs droits acquis envers l'assureur insolvabilité.

Selon la convention entre le Luxembourg et l'Allemagne, l'assurance insolvabilité des régimes complémentaires de pension luxembourgeois incombe à partir de l'an 2002 au PSVaG (Pensions-Sicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit), société sans but lucratif de droit privé allemand. Il faut préciser que le PSVaG est en outre ce que les Allemands appellent "ein beliehener Verein" auquel on a conféré un certain nombre de pouvoirs réservés généralement à des administrations publiques notamment en matière de perception et de recouvrement de cotisations.

Le PSVaG assume les droits et obligations de l'assureur insolvabilité prévu par la loi luxembourgeoise et opère sur le territoire luxembourgeois dans des conditions semblables à celles imposées en Allemagne. Selon ses statuts, le PSVaG a comme seul et unique but de protéger contre l'insolvabilité de l'employeur les droits acquis aux pensions complémentaires. Il garantit à l'expiration de la période de stage les promesses résultant des régimes complémentaires de pension des entreprises devenues insolvables. Subrogé aux entreprises devenues insolvables, le PSVaG prend en charge les prestations échues en cours d'année. Ces prestations peuvent provenir des régimes internes devenus insolvables au cours de l'année même ou au cours d'une année précédente. La prise en charge se fait de la manière suivante: le versement de capitaux ou les paiements temporaires se font immédiatement par le PSVaG lui-même, tandis que le versement des pensions viagères est confié à un consortium de plusieurs compagnies d'assurances qui s'engagent à honorer les engagements du PSVaG échus au cours d'une année contre le versement d'une prime unique, couvrant la valeur en capital des pensions viagères reprises par le consortium et les frais de gestion.

Dans les deux pays contractants, des dispositions de droit public règlent, de façon uniforme, l'obligation des employeurs de déclarer et de cotiser à l'égard du PSVaG et arrêtent une procédure unique d'attribution des prestations en cas d'insolvabilité. Une communauté de risque, se composant d'employeurs allemands et luxembourgeois, garantit les moyens de financement de l'assurance insolvabilité.

En résumé, les pensionnés et leurs survivants, qui ne reçoivent plus leurs pensions complémentaires parce que leur entreprise a été mise en faillite, ont une créance à l'égard de l'assureur insolvabilité, en l'occurrence le PSVaG, égale au montant de la prestation que l'entreprise aurait dû fournir sur base du règlement de pension, si la procédure de faillite n'avait pas été ouverte. L'assurance insolvabilité joue aussi en cas:

- d'ouverture de la procédure du concordat préventif de la faillite;
- d'ouverture de la liquidation judiciaire des sociétés;
- d'ouverture de la procédure de gestion contrôlée;
- d'ouverture de la liquidation des entreprises d'assurances;
- d'ouverture de la liquidation judiciaire d'établissements du secteur financier.

La créance à l'égard du PSVaG cesse cependant si une entreprise d'assurance-vie s'engage envers le PSVaG de reprendre les obligations de celui-ci et si les ayants droit obtiennent un droit direct de réclamer leurs créances auprès de cette entreprise d'assurance-vie. La créance cesse également en cas de rachat des droits acquis.

6 MESURES FISCALES

6.1 Principe général

Le principe retenu par le législateur consiste dans une imposition des pensions complémentaires à l'entrée, c'est-à-dire lors de la constitution des droits.

Les pensions complémentaires constituent des avantages provenant d'une occupation salariée. La loi retient une imposition forfaitaire de 20% dans le chef du salarié. Conformément au principe retenu, cette imposition se fait par voie de retenue d'impôt à l'entrée et elle est à charge de l'employeur. Ainsi l'impôt retenu et payé par l'employeur est libératoire pour le salarié qui n'aura en conséquence plus d'impôts à payer lors de la perception de la pension complémentaire.

Toutefois la partie de la pension complémentaire constituée avant l'entrée en vigueur de la loi et qui n'a donc pas fait l'objet d'une imposition à l'entrée, sera imposable à la sortie (au moment du paiement des prestations) et sera à charge du bénéficiaire.

Les contributions de l'employeur nécessaires au financement des pensions complémentaires sont déductibles au titre de dépenses d'exploitation, si le régime complémentaire de pension est conforme aux exigences de la législation.

La loi a introduit cependant deux limites quant à la déductibilité fiscale des contributions patronales:

- le montant déductible annuel est limité à 20% de la rémunération annuelle ordinaire de l'affilié;
- pour un salarié, affilié à un régime à prestations définies avant l'entrée en vigueur de la législation sur les régimes complémentaires, les contributions patronales nécessaires au financement des prestations de retraite ne sont déductibles que jusqu'à concurrence du montant nécessaire pour financer une pension complémentaire qui, ensemble avec les prestations de retraite légales, ne dépasse pas 72 % du montant de la dernière rémunération annuelle ordinaire de l'affilié (exprimés en rentes annuelles).

Les éventuelles cotisations personnelles du salarié à un régime complémentaire de pension sont déductibles jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 1.200 €.

6.2 Taxe rémunératoire

En 2006, une taxe rémunératoire servant à couvrir les frais incombant à l'Inspection générale de la sécurité sociale dans l'exercice de sa mission comme autorité compétente en matière de pensions complémentaires a été introduite.

Toute entreprise ou tout groupe d'entreprises disposant d'un régime complémentaire de pension est soumis à une taxe annuelle de 0,90% du total des dotations, cotisations, allocations ou primes d'assurances constituées ou versées au cours de l'exercice précédent par la personne physique ou morale, luxembourgeoise ou étrangère occupant du personnel au Luxembourg en vertu de son ou de ses régimes complémentaires de pension.

Toute personne physique agréée pour gérer des régimes complémentaires de pension est soumise au paiement d'une taxe annuelle de 100 €.

La délivrance de l'agrément est soumise à une taxe de 250 €.

L'administration de l'enregistrement est chargée de la perception des différentes taxes.

7 AUTORITÉ COMPÉTENTE

L'Inspection générale de la sécurité sociale a entre autre pour mission d'enregistrer les règlements de pension et les plans de financement y relatifs et de vérifier leur conformité juridique et actuarielle par rapport aux dispositions de la loi. Après ces vérifications, elle établit un certificat destiné à l'administration des contributions. Ce n'est qu'après l'obtention de ce

certificat documentant la conformité actuarielle et juridique du régime de pension que les entreprises sont admises à déduire leurs charges y relatives.

L'autorité compétente établit également les bases techniques concernant le financement minimum[1)], elle fait fonction d'organe de liaison entre les entreprises et l'assureur insolvabilité et elle fait une analyse de l'impact des régimes complémentaires de pension sur le niveau des pensions en général, sur le coût salarial des entreprises, ainsi que sur les finances publiques.

L'Inspection générale de la sécurité sociale est aussi l'autorité d'accueil dans le cadre des services fournis par des institutions de retraite professionnelles agréées dans d'autres Etats à des entreprises d'affiliation situées au Luxembourg. Les obligations de la législation nationale luxembourgeoise s'appliquent dans ce cadre.

---

1) Le premier jeu de ces bases techniques a été publié en annexe du règlement grand-ducal du 15 janvier 2001 fixant les bases techniques servant à la détermination du financement minimum et du déficit des obligations résultant des périodes passées prévues par les articles 19, 51 et 53 de la loi modifiée du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension. Le même règlement grand-ducal prévoit une révision quinquennale de ces bases techniques et crée un groupe d'experts appelé à donner son avis sur les changements proposés des bases techniques ou sur tout autre aspect technique en relation avec le financement. Ce groupe d'experts est présidé par le fonctionnaire de l'autorité compétente qui a dans ses fonctions le service des pensions complémentaires.

Prestations familiales et indemnité de congé parental

17

Les prestations familiales ont un fondement distinct de celui des autres prestations en espèces prévues en matière de sécurité sociale. Si ces dernières garantissent les moyens d'existence en cas d'interruption, de diminution ou de disparition du gain, les prestations familiales, par contre, répondent à une autre nécessité, découlant du fait que le montant du gain ne tient pas compte de la dimension de la famille et ont pour objet de compenser les charges familiales dues principalement à la présence d'enfants au ménage.

Par prestations familiales, on entend un ensemble de prestations qui sont destinées à compenser partiellement les charges de famille. On parle de prestations de complément parce qu'elles ont pour objet de compenser partiellement des charges supplémentaires imposées au ménage dues à la présence d'enfants.

Dans la législation nationale luxembourgeoise on distingue entre les allocations familiales au sens strict, l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation de naissance.[1)] Les dispositions concernant l'allocation d'éducation et l'allocation de maternité ont été abrogées par la loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir - première partie (2015). Le présent chapitre traite également du congé parental qui est une mesure destinée à permettre aux parents d'interrompre leur activité professionnelle pour s'adonner pendant un certain temps aux tâches d'éducation de leurs enfants tout en leur garantissant une indemnisation forfaitaire et la possibilité de retrouver leur emploi à la fin du congé.

1 ALLOCATIONS FAMILIALES[2)]

La définition des allocations familiales et les objectifs que le législateur a tâché de leur assigner ont changé à travers les différentes lois votées depuis l'introduction de ces allocations.

---

1) La codification de la sécurité sociale a été poursuivie lors de l'introduction du statut unique, en intégrant la législation sur les prestations familiales dans un nouveau livre IV du Code de la sécurité sociale.

2) Les montants du présent chapitre ne sont pas indexés à l'échelle mobile, à part l'indemnité de congé parental.

Considérées d'abord comme une aide sociale à ceux qui avaient des enfants à charge, puis comme un sursalaire et, depuis leur extension à tous les enfants, comme un procédé de redistribution du revenu national effectué dans l'intérêt des enfants au nom d'un principe de solidarité sociale, la législation actuelle consacre le droit personnel des enfants aux allocations familiales.

Les arguments qui plaident en faveur de cette conception sont les suivants :

- Actuellement les allocations familiales ne sont plus à considérer comme un supplément à un salaire pour celui ou celle qui a à charge des enfants, mais ont leur finalité propre, surtout depuis l'uniformisation du montant des allocations pour tous les enfants, indépendamment du statut professionnel de leurs parents.
- En effet, depuis cette uniformisation les allocations familiales sont fonction de l'existence des enfants et sont destinées à leur profit.
- Il faut ancrer légalement le principe que les allocations destinées aux enfants soient effectivement utilisées dans leur intérêt.
- Pour avoir le plus de garanties que ce but et cette finalité soient atteints, le législateur a consacré définitivement le droit personnel des enfants aux allocations familiales.

1.1 Conditions d'attribution

Chaque enfant résidant effectivement et d'une manière continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal a droit aux allocations familiales.

Ont également droit aux allocations familiales, les membres de famille de toute personne soumise à la législation luxembourgeoise et relevant du champ d'application des règlements européens ou d'un autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale et prévoyant le paiement des allocations familiales suivant la législation du pays d'emploi. Les membres de la famille doivent résider dans un pays visé par les règlements ou instruments en question.

Est considérée comme ayant son domicile légal au Luxembourg toute personne qui est autorisée à y résider, y est légalement déclarée et y a établi sa résidence principale.

La condition de la résidence effective et continue dans le chef de l'enfant est présumée remplie lorsque l'enfant réside temporairement à l'étranger avec le parent qui :

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles, ou bien,
- y est détaché par son employeur et qui reste soumis à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien,
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien,

- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant, ou bien,
- participe à une opération pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales, ou bien,
- exerce une activité en qualité de volontaire au sens du service volontaire.

La Caisse pour l'avenir des enfants peut déroger, à titre exceptionnel et individuel, à l'une des conditions prévues ci-avant.

Sont considérés comme membres de famille d'une personne et donnent droit à l'allocation familiale, les enfants nés dans le mariage, les enfants nés hors mariage et les enfants adoptifs de cette personne.

1.2 Durée du paiement

L'allocation familiale est due à partir du mois de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis.

Sauf pour le mois de la naissance, les conditions pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies au premier jour du mois. Si une des conditions d'octroi n'est pas remplie au premier du mois, l'allocation familiale est due à partir du premier du mois consécutif.

Pour les membres de famille des personnes soumises à la législation luxembourgeoise et relevant du champ d'application des règlements européens ou d'un autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale et prévoyant le paiement des allocations familiales suivant la législation du pays d'emploi, les conditions d'affiliation pour l'octroi de l'allocation doivent être remplies de façon prépondérante pour chaque mois. On entend par façon prépondérante, la moitié plus un jour de chaque mois.

En cas d'arrivée de l'enfant sur le territoire luxembourgeois, les conditions d'octroi sont remplies à partir du premier du mois suivant celui au cours duquel l'enfant est légalement déclaré au Luxembourg. Tout changement intervenu au cours d'un mois n'est pris en considération qu'au premier du mois suivant.

Le droit à l'allocation familiale est maintenu jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis :

- pour les élèves de l'enseignement secondaire, de l'enseignement secondaire technique ou y assimilé s'adonnant à titre principal d'au moins 24 heures par semaines à leurs études ;
- si l'enfant poursuit effectivement, sur place et à titre principal des études ou une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service, centre d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé par le ministre ayant la Famille dans ses attributions, ou dans un établissement équivalent sis à l'étranger ;

- si l'enfant poursuit un apprentissage dont l'indemnité est inférieure au salaire social minimum.

Sont assimilées à une période d'études les périodes de vacances annuelles, à condition que les études ouvrant droit au maintien de l'allocation familiale au-delà de 18 ans, soient reprises après les vacances scolaires et les interruptions d'études pour des raisons de santé, dûment justifiées par certificat médical, à condition que l'enfant soit hors d'état de poursuivre ses études ou d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, le paiement de l'allocation familiale est maintenu jusqu'à la fin de l'année scolaire entamée.

Pour les élèves ayant dépassé l'âge de 18 ans, le paiement de l'allocation familiale est limité au 31 juillet de chaque année et n'est repris que sur demande à adresser à la Caisse pour l'avenir des enfants avec présentation d'une attestation de fréquentation à établir par l'établissement scolaire.

En cas d'abandon des études au cours de l'année scolaire, le droit à l'allocation familiale vient à défaillir avec effet au premier du mois qui suit celui de l'abandon.

L'exercice simultané, au cours des études, d'une activité professionnelle ou d'un stage rémunéré d'une durée de plus de 4 mois par année fait perdre le bénéfice à l'allocation familiale si le revenu brut mensuel de cette activité de l'élève est égal ou supérieur au salaire social minimum.

Pour les apprentis qui suivent des cours où les périodes d'enseignement sont groupées, l'indemnité de référence correspond à la moyenne des indemnités calculées sur une période de 12 mois correspondant à l'année scolaire.

L'allocation cesse à partir du mois suivant le décès de l'enfant bénéficiaire. Elle cesse encore dans le même délai si l'une des conditions prévues ci-avant n'est plus remplie.

1.3 Montant de l'allocation familiale

Le montant de l'allocation familiale est fixé à 265 euros par enfant et par mois. Le montant ainsi fixé est majoré mensuellement de 20 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de 6 ans et de 50 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de 12 ans.

1.4 Attributaire et paiement de l'allocation familiale

En cas de ménage commun des parents et de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale. L'attributaire étant défini comme la personne qui reçoit l'allocation familiale.

A défaut de ménage commun des parents et de l'enfant, l'allocation familiale est payée à la personne physique ou morale auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

En cas d'autorité parentale conjointe et de résidence alternée de l'enfant, les parents désignent librement l'attributaire de l'allocation familiale.

En cas de placement d'un enfant par décision judiciaire, l'allocation familiale est versée à la personne physique ou morale investie de la garde de l'enfant et auprès de laquelle l'enfant a son domicile légal et sa résidence effective et continue.

À partir du mois de sa majorité, l'enfant peut demander le paiement de l'allocation familiale entre ses mains. Il en est de même pour l'enfant mineur émancipé.

En cas de contestation, il appartient à la Caisse pour l'avenir des enfants de déterminer l'attributaire de l'allocation familiale dans l'intérêt de l'enfant sur base des informations dont la caisse dispose.

L'allocation familiale est payée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due.

2 ALLOCATION SPECIALE SUPPLEMENTAIRE

Tout enfant âgé de moins de dix-huit ans, bénéficiant de l'allocation familiale et atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire.

Le montant de l'allocation spéciale supplémentaire est fixé à 200 euros par mois. L'allocation spéciale supplémentaire est payée jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis.

Le paiement de l'allocation spéciale supplémentaire cesse à partir du mois suivant celui au cours duquel il est constaté médicalement que la diminution de la capacité de l'enfant, telle que définie ci-avant, est inférieure à 50 %.

3 ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE

L'allocation de rentrée scolaire a pour objectif de compenser les frais spécifiques en relation avec la rentrée des classes (achat de matériel scolaire, vêtements...). Elle est augmentée avec le degré de scolarité.

3.1 Condition d'attribution

L'allocation de rentrée scolaire est allouée pour les enfants âgés de plus de 6 ans et différenciée suivant l'âge des enfants

Les enfants admis au deuxième cycle de l'enseignement fondamental sans avoir atteint l'âge de 6 ans accomplis au moment de la rentrée scolaire, bénéficient de l'allocation de rentrée scolaire sur présentation d'un certificat d'inscription scolaire.

3.2 Montant de l'allocation

Le montant de l'allocation de rentrée scolaire est fixé à :

- 115 euros pour l'enfant âgé de plus de 6 ans ;
- 235 euros pour l'enfant âgé de plus de 12 ans.

3.3 Paiement de l'allocation

L'allocation est due pour la rentrée scolaire.

Elle est versée d'office en faveur des enfants bénéficiaires de l'allocation familiale pour le mois d'août de chaque année. Elle cesse et n'est plus versée pendant l'année civile au cours de laquelle les études sont clôturées.

4 ALLOCATION DE NAISSANCE

La législation en matière d'allocation de naissance poursuit prioritairement un but de santé publique : en prévoyant une surveillance médicale continue de la mère et de l'enfant en bas âge, elle vise à réduire les risques d'accidents de la grossesse et de mortalité infantile et à améliorer d'une façon générale la sécurité de la femme enceinte et du bébé sur le plan de la santé.

L'allocation de naissance est versée en trois tranches : la première tranche à titre d'allocation prénatale, la deuxième tranche à titre d'allocation de naissance proprement dite, et la troisième tranche à titre d'allocation postnatale.

4.1 Conditions d'attribution

1. Pour pouvoir bénéficier de l'allocation prénatale, la femme enceinte doit se soumettre au cours de sa grossesse à au moins 5 examens médicaux et à un examen dentaire. Des consultations complémentaires peuvent être prestées par des sages-femmes. Les modalités d'exécution de ces consultations complémentaires sont précisées par règlement grand-ducal.[1)] Cette première tranche de l'allocation de naissance n'est versée qu'à condition que la future mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment du dernier examen médical prévu et qu'elle rapporte la preuve des différents examens médicaux requis au moyen des certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

---

1) L'allocation de naissance est à considérer comme avantage social au sens du règlement communautaire 1612/68 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté. Dans ce contexte toute clause de la limitation de l'exportation est inopérante.

2. Pour pouvoir bénéficier de l'allocation de naissance proprement dite, la mère doit se soumettre à un examen postnatal permettant de vérifier si son état de santé a été modifié par la grossesse. Les modalités des examens médicaux dentaires ainsi que leur périodicité sont fixés par règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé.[1)]

   Cette deuxième tranche de l'allocation de naissance n'est versée qu'à condition que la mère ait son domicile légal au Luxembourg ou qu'elle tombe sous la législation luxembourgeoise en matière de sécurité sociale au moment de la naissance de l'enfant, qu'elle rapporte la preuve de l'examen postnatal au moyen du certificat établi à cet effet par le médecin examinateur lors de la visite.

3. Pour pouvoir bénéficier de l'allocation postnatale, celui des parents ou toute autre personne qui en a la garde doit soumettre l'enfant à 2 examens périnatals et à 4 examens subséquents jusqu'à l'âge de 2 ans.

   Ces examens doivent être effectués soit par un médecin spécialiste en pédiatrie, soit par un médecin spécialiste en médecine interne, soit par un médecin établi en qualité de médecin généraliste.

   Un règlement grand-ducal, l'avis du collège médical demandé, détermine les modalités des examens médicaux, le modèle du carnet de santé et les inscriptions qui doivent y être portées obligatoirement.[1)]

   Cette troisième tranche de l'allocation de naissance n'est versée qu'à condition que l'enfant soit élevé de façon continue au Luxembourg depuis la naissance ou que l'enfant soit membre de famille d'une personne soumise à la législation luxembourgeoise et que le bénéficiaire rapporte la preuve des examens médicaux au moyen des certificats établis à cet effet par le médecin examinateur lors de chaque visite.

   Par exception, la condition que l'enfant doit être élevé de façon continue au Luxembourg depuis la naissance n'est pas requise s'il s'agit d'un enfant né à l'étranger et adopté par une personne domiciliée au Luxembourg. Dans ce cas, les conditions relatives aux examens médicaux qui auraient dû être effectués avant l'arrivée de l'enfant au Luxembourg sont présumées remplies si les examens subséquents ont été effectués.

   La condition de la naissance au Luxembourg et celle exigeant que l'enfant soit élevé d'une façon continue au Luxembourg sont présumés remplies si le bénéficiaire de l'allocation de naissance, tout

---

1) Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (Mém. A 145 du 29 juillet 2016).

en conservant son domicile légal au Luxembourg, réside temporairement à l'étranger avec sa famille, du fait qu'il

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles, ou bien
- y est détaché par son employeur et qu'il reste soumis à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien
- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant, ou bien
- participe à une opération pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales ou bien
- exerce une activité en qualité de volontaire au sens du service volontaire.

4.2 Montant et modalités de paiement

Le montant de l'allocation de naissance est fixé à 1.740,09 euros. Elle sera versée sur demande et en trois tranches de 580,03 euros chacune.

Les frais des examens médicaux liés à l'octroi des trois tranches de l'allocation de naissance sont à charge de la caisse de maladie dont relèvent respectivement la femme enceinte et l'enfant en bas âge.

Les frais des examens des personnes non assurées sont à la charge de l'Etat suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal.

Le bénéfice de l'allocation prénatale et de l'allocation de naissance proprement dite est strictement réservé aux femmes enceintes ou ayant accouchées.

L'allocation prénatale et l'allocation de naissance proprement dite sont versées à la mère. Elles peuvent être versées conjointement après la naissance de l'enfant.

L'allocation postnatale est versée à celui qui supporte les charges d'entretien de l'enfant au moment de l'échéance de la prestation.

5 CONGE PARENTAL

Le congé parental fait l'objet d'une directive européenne qui elle-même se fonde sur un accord entre partenaires sociaux au niveau européen. Le congé parental a pour but de concilier vie familiale et vie professionnelle tout en étant une mesure de lutte contre le chômage.

La réforme du congé parental en 2016 permet aux parents de choisir entre plusieurs modèles de congés flexibles et adaptés à leurs activités professionnelles tout en bénéficiant d'un revenu de remplacement.

5.1 Conditions d'attribution et bénéficiaires

Pendant la durée du congé parental accordé, la perte de revenu professionnel est compensée par un revenu de remplacement (indemnité de congé parental) qui est versée mensuellement par la Caisse pour l'avenir des enfants.

Tout parent a droit, suite à la naissance ou à l'adoption d'un ou de plusieurs enfants, à un congé parental tant que les enfants n'ont pas atteint l'âge de 6 ans. Le délai de 6 ans est porté à 12 ans pour les parents d'un ou de plusieurs enfants adoptés.

Peut prétendre au congé parental tout parent, pour autant qu'il :

- est affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise au moment de la naissance ou de l'accueil du ou des enfants à adopter et sans interruption pendant au moins 12 mois continus précédant immédiatement le début du congé parental, soit moyennant un ou plusieurs contrats de travail totalisant au moins 10 heures de travail par semaine, soit moyennant un contrat d'apprentissage ou disposant d'un revenu de remplacement ;
- est occupé, en cas d'activité salariale, du chef d'un ou de plusieurs contrats de travail ou d'un contrat d'apprentissage pendant toute la durée du congé parental ;
- n'exerce aucune activité professionnelle pendant la durée du congé parental à plein temps ou exerce pendant la durée du congé parental à temps partiel une activité professionnelle à temps partiel auprès du même employeur sans que la durée mensuelle totale de travail effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée de travail presté avant le congé parental ou réduit sa durée de travail soit à raison de 20% par semaine, soit sur 4 périodes d'un mois pendant une période maximale de 20 mois ;
- élève dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonne principalement à leur éducation pendant la durée du congé parental. En cas de couple séparé, un jugement de garde prouvant que le demandeur a la garde de l'enfant est demandé. En cas d'une garde alternée, l'autre parent doit donner son accord pour que l'enfant puisse vivre dans le ménage du demandeur pendant la durée du congé parental.

Le droit à l'indemnité est encore ouvert aux professions libérales ou indépendantes dans les conditions d'octroi sont les suivantes :

- être parent d'un enfant légitime, naturel ou adopté ;
- élever dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonner principalement à leur éducation. En cas de couple séparé, un jugement de garde précisant que le demandeur a la garde de l'enfant est demandé. Si l'enfant fait l'objet d'une garde alternée, l'accord de

l'autre parent est demandé pour que l'enfant puisse vivre dans le ménage du demandeur pendant la durée du congé parental ;

- être affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise au moment de la naissance ou de l'accueil du ou des enfants à adopter et sans interruption pendant au moins douze mois continus précédant immédiatement le début de congé parental ;
- n'exercer aucune activité professionnelle pendant le congé parental ou exercer une activité à temps partiel s'il opte pour le congé à temps partiel ;
- être soumis à l'assurance obligatoire.

La condition d'affiliation continue pendant les 12 mois précédant immédiatement le début du congé parental ne vient pas à défaillir par une ou plusieurs interruptions ne dépassant pas 7 jours au total.

La période d'affiliation au titre d'une mesure en faveur de l'emploi organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi et d'une activité d'insertion professionnelle organisée par le Service national d'action sociale précédant immédiatement une période couverte par un contrat de travail conclu avec le même employeur ou, le cas échéant, avec le promoteur de la mesure ou l'organisme d'affectation est prise en considération au titre de durée d'affiliation.

La condition d'affiliation auprès d'un même employeur est présumée remplie si par suite de cession, fusion ou de transfert d'entreprise, le parent salarié est transféré sans interruption à un autre poste de travail.

Si le parent change d'employeur au cours de la période de 12 mois précédant le congé parental ou pendant la durée de celui-ci, le congé peut être alloué sous réserve de l'accord du nouvel employeur. En cas où le demandeur est lié par un contrat à durée indéterminée comportant une clause d'essai, le droit au congé parental ne peut être demandé et ne peut prendre effet que suite à l'expiration de la période d'essai.

5.2 Demande de l'indemnité

Pour pouvoir prétendre au paiement de l'indemnité, le parent doit présenter une demande écrite à la Caisse pour l'avenir des enfants accompagnée, le cas échéant, du plan de congé parental.

Dès que le début du congé parental peut être déterminé sur base des pièces justificatives fournies, la Caisse pour l'avenir des enfants notifie aux parents la décision d'octroi de l'indemnité et la période pour laquelle celle-ci est accordée. En même temps, elle en informe utilement le ou les employeurs du parent salarié.

A partir de la notification de la décision d'octroi de l'indemnité pour la période déterminée, le choix du congé parental est définitif et le parent n'est plus recevable à renoncer au congé parental.

Les parents bénéficiaires sont tenus à notifier dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale à fournir tous les renseignements et données jugés nécessaires pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi de l'indemnité de congé parental.

5.3 Caractéristiques de l'indemnité

L'indemnité est calculée sur la base du revenu professionnel défini au titre de l'assurance pension relatif aux affiliations en cours au début du congé parental.

Le montant de l'indemnité correspond au revenu professionnel mensuel moyen déclaré au Centre d'affiliation de la sécurité sociale et réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant le début du congé parental. En cas de modifications de revenus intervenues après le début du congé parental, le montant de l'indemnité est recalculé.

Les montants du revenu professionnel entrant dans le calcul de l'indemnité sont réduits au nombre indice 100 du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

L'indemnité de congé parental est plafonnée à 5/3 du salaire social minimum et ne peut être inférieure au salaire social minimum pour une tâche complète.

L'indemnité est soumise aux charges fiscales et sociales, à l'instar du revenu sur base duquel elle est calculée, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire de maladie ainsi que des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales. La part patronale des cotisations sociales est à charge de la Caisse pour l'avenir des enfants.

Pendant la durée du congé parental à plein temps, le paiement de l'indemnité est continué en cas de survenance d'une maladie pour autant que les autres conditions restent remplies. Le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie et, pour les salariés, également le droit à la continuation de la rémunération est suspendu.

Pour le parent bénéficiaire d'un congé parental à temps partiel, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou à la continuation de la rémunération est maintenu pour la durée de travail restante.

L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité.

L'indemnité n'est pas prise en compte jusqu'à concurrence de 30% de son montant brut en vue de la détermination des prestations dues au titre de la législation relative au revenu minimum garanti.

Si la période indemnisée est inférieure à un mois, le parent bénéficiaire a droit à un prorata de l'indemnité pour la fraction du mois entamée.

L'indemnité est versée à la fin de chaque mois pour lequel elle est due, à condition que la demande et les autres pièces justificatives aient été introduites dans le délai prescrit. En cas de présentation tardive de la demande ou des autres pièces justificatives requises, elle est versée dès que l'instruction du dossier par la Caisse pour l'avenir des enfants est terminée.

Les mensualités déjà versées donnent lieu à restitution intégrale en cas de violation des dispositions d'octroi à l'indemnité et en raison

a) de la résiliation volontaire du contrat de travail par le parent, lorsque la résiliation prend effet avant l'expiration du congé parental, ou

b) de l'interruption du congé non motivée par une cause extérieure au parent bénéficiaire et entièrement indépendante de sa volonté.

Les exceptions prévues au point b) ci-dessus ne sont prises en considération qu'à condition que l'interruption du congé et la cause de l'interruption aient été notifiées préalablement à la Caisse pour l'avenir des enfants par le parent bénéficiaire.

Lorsque la cause de l'interruption est extérieure au bénéficiaire, la notification doit être complétée d'une attestation émanant de l'employeur si la cause est inhérente à l'entreprise, sinon de l'autorité compétente pour constater la cause en question.

Toutefois, en cas de changement d'employeur pendant le congé parental, le parent bénéficiaire peut reprendre son travail avant l'expiration du congé, l'indemnité versée jusqu'à cette date restant acquise.

5.4 Statut juridique

Pendant la durée du congé parental à plein temps, le contrat de travail est suspendu intégralement. Pendant la durée du congé parental à temps partiel ou les périodes du congé parental fractionné, le contrat de travail est suspendu partiellement ou proportionnellement. Pendant le contrat d'apprentissage, la durée de la formation professionnelle de base, ainsi que celle de la formation professionnelle initiale se prolongent du congé parental accordé.

A partir du dernier jour de délai pour le préavis de notification de la demande du congé parental, et pendant toute la durée du congé, l'employeur n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable au licenciement.

La résiliation du contrat de travail effectuée en violation de ces dispositions est nulle et sans effet.

Dans les 15 jours qui suivent le licenciement, le salarié peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail, qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de constater la nullité du licenciement et d'ordonner le maintien de son contrat de travail.

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision ; elle est susceptible d'appel qui est porté, par simple requête, dans les 15 jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les recours en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Toutefois les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat à durée indéterminée pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

Pendant la durée du congé parental, l'employeur est tenu de conserver au salarié son emploi ou, en cas d'impossibilité, un emploi similaire correspondant à ses qualifications et assorti d'un salaire au moins équivalent.

La durée du congé parental est prise en compte dans la détermination des droits liés à l'ancienneté. Le salarié conserve en outre le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

La période du congé parental est prise en compte comme période de stage pour l'indemnité pécuniaire de maternité, pour l'indemnité de chômage et un nouveau congé parental.

Le congé parental ne donne pas droit au congé annuel légal de récréation. Le congé annuel légal de récréation non encore pris au début du congé parental est reporté dans les délais légaux.

En cas de grossesse ou d'accueil d'un enfant pendant le congé parental donnant droit, pour le même parent, au congé de maternité ou d'accueil, celui-ci interrompt le congé parental. La fraction du congé parental restant à courir est rattachée au nouveau congé de maternité. Le nouveau congé parental consécutif au congé de maternité auquel pourra prétendre l'un des parents est alors reporté de plein droit jusqu'au terme de la fraction du congé parental rattachée au congé de maternité et doit être pris consécutivement à celle-ci.

Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé parental a droit à un entretien avec son employeur ayant pour objet de demander l'aménagement de son horaire et/ou de son rythme de travail pendant une période déterminée ne pouvant pas dépasser la durée d'une année à compter de la date fixée pour le retour au travail. L'employeur examine sa demande et y répond en tenant compte de son propre besoin et de ceux du salarié. En cas de rejet de la demande faite par le salarié, l'employeur est tenu de motiver son rejet. La violation de ces obligations donne droit à des dommages-intérêts au profit du salarié, à fixer par le tribunal du travail.

A l'expiration du congé parental, le bénéficiaire est tenu de reprendre sans délai son emploi sous réserve de la possibilité du salarié de mettre fin à son contrat de travail dans les formes prévues.

Le salarié dont le contrat est suspendu suite à la prise d'un congé parental et qui ne souhaite pas reprendre son emploi à l'expiration du congé est tenu d'en informer l'employeur, moyennant lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai égal à celui qu'il devrait respecter en cas de démission.

Toutefois, cette obligation ne dispense pas le salarié de notifier en due forme à l'employeur la résiliation du contrat, la notification ne pouvant cependant avoir lieu qu'au plus tôt le 1er jour du préavis.

Le défaut non justifié par un motif grave et légitime de reprise du travail à l'expiration du congé parental en l'absence de l'information ou de la notification de la démission constitue un motif légitime de résiliation du contrat de travail avec effet immédiat pour motif grave par l'employeur.

Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail par l'employeur pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

5.5 Modèles de congé parental

Chaque parent, remplissant les conditions prévues, a droit, sur sa demande, à un congé parental à plein temps de 4 ou de 6 mois par enfant.

Contrat de travail de 40 heures par semaine

Complémentairement au congé parental à plein temps, chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est égale à la durée normale de travail applicable dans l'établissement ou l'entreprise, peut prendre, en accord avec l'employeur, un congé parental sous les formes suivantes :

1. un congé parental à temps partiel de 8 ou de 12 mois ;
2. un congé parental fractionné avec réduction de la durée de travail à raison de 20% par semaine pendant une période de 20 mois ;
3. un congé parental fractionné sur 4 périodes d'un mois pendant une période maximale de 20 mois.

Pour ces formes de congé parental, un plan de congé parental déterminant les périodes de congé parental effectives est arrêté et signé d'un commun accord par l'employeur et le parent endéans un délai de 4 semaines à dater de la demande du parent. Cet accord s'étend sur toute la période du congé parental arrêté. Des modifications éventuelles, à approuver d'un commun accord entre le parent et l'employeur, ne sont possibles que pour des aménagements d'horaires ou de mois de calendrier.

Si l'employeur refuse l'octroi du congé parental sous une de ces formes, il doit en informer le parent bénéficiaire par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard dans les 2 semaines de la demande et inviter le parent à un entretien endéans un délai de 2 semaines à partir de cette notification.

Dans le cadre de cet entretien, l'employeur doit motiver sa décision et proposer au parent par écrit une forme alternative de congé parental ou un plan de congé parental différent par rapport à celui demandé par le parent.Si 2 semaines après cet entretien les deux parties n'arrêtent et ne signent aucun plan de congé parental, le parent a droit au congé parental suivant son choix de 6 ou de 4 mois à plein temps.

Contrat de travail de 20 heures ou plus par semaine

Chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est égale ou supérieure à la moitié de la durée normale de travail applicable dans l'établissement ou l'entreprise, peut prendre, en accord avec l'employeur, un congé parental à temps partiel de 8 ou de 12 mois. Dans ce cas, l'activité professionnelle doit être réduite de la moitié de la durée de travail presté avant le congé parental. Est considéré comme durée de travail du parent salarié la durée prévue au contrat de travail. En cas de changement de cette durée au cours de l'année qui précède le début du congé parental, est prise en compte la moyenne calculée sur l'année en question.

Contrat de travail de 10 heures ou plus par semaine

Chaque parent bénéficiaire détenteur d'un contrat de travail, dont la durée de travail est inférieure à la moitié de la durée normale de travail applicable dans l'établissement ou l'entreprise, a droit à un congé parental à plein temps de 4 ou de 6 mois par enfant.

Plusieurs contrats de travail

En cas de pluralité de contrats de travail, le parent a droit à un congé parental à plein temps de 4 ou de 6 mois par enfant.

Contrat d'apprentissage

Le parent détenteur d'un contrat d'apprentissage peut prétendre au congé parental à temps plein de 4 ou 6 mois par enfant.

Récapitulatif

Voici un récapitulatif des différents modèles de congé parental :

En cas d'un travail de 40 heures par semaine, l'assuré peut choisir entre les modèles suivants :

- Congé plein-temps de 4 ou de 6 mois ;
- Congé mi-temps de 8 ou de 12 mois ;
- Congé fractionné : 4 mois pendant une période maximale de 20 mois ;
- Congé fractionné : 1 jour par semaine pendant 20 mois au maximum.

En cas d'un travail de 20 heures ou plus par semaine, l'assuré peut choisir entre les modèles suivants :

- Congé plein-temps de 4 ou de 6 mois ;
- Congé mi-temps de 8 ou de 12 mois.

En cas d'un travail de 10 heures ou plus par semaine, l'assuré peut opter pour un congé plein-temps de 4 ou de 6 mois.

Si le demandeur est en contrat d'apprentissage, il peut demander un congé plein-temps de 4 ou de 6 mois.

En cas de plusieurs employeurs, il est seulement possible de demander un congé parental à plein temps de 4 ou de 6 mois.

Le congé parental est accordé intégralement pour chaque enfant d'une naissance ou d'une adoption multiple. La demande du congé parental s'applique à tous les enfants de la même naissance ou adoption.

Le droit au congé parental prend fin lorsque l'une des conditions d'octroi prévues cesse d'être remplie.

5.6 Modalités relatives au congé parental

Le congé parental ne peut pas être accordé deux fois au même parent pour le ou les mêmes enfants.

Le congé parental qui n'est pas pris par l'un des parents n'est pas transférable à l'autre parent.

Le congé parental entamé prend fin à la date de décès de l'enfant ou lorsque le tribunal saisi de la procédure d'adoption ne fait pas droit à la demande. Dans ce cas, le bénéficiaire réintègre son emploi au plus tard un mois après la date de décès ou le rejet de la demande d'adoption.

En cas de décès d'un enfant, d'une naissance ou adoption multiple avant la période d'extension du congé parental, la durée du congé est réduite en conséquence.

L'un des parents doit prendre son congé parental consécutivement au congé de maternité ou au congé d'accueil, appelé " premier congé parental ", sous peine de la perte dans son chef du droit au congé parental.

Par exception à ce qui précède, le parent qui remplit les conditions pour l'octroi d'un congé parental et qui vit seul avec son ou ses enfants ne perd pas le droit au premier congé parental s'il ne le prend pas consécutivement au congé de maternité ou au congé d'accueil.

Au cas où un congé de maternité ou d'accueil n'est pas dû ou n'a pas été pris, le congé parental éventuellement dû doit être pris à partir du 1er jour de la 3ième semaine qui suit l'accouchement ou, en cas d'adoption, à partir de la date du jugement d'adoption.

Si un seul des parents a droit au congé parental lorsque l'autre parent ne travaille pas, il peut choisir entre le 1er et le 2ième congé parental.

Si les deux parents, remplissant les conditions, demandent simultanément le congé parental, ils indiquent dans leurs demandes respectives lequel des deux prend le premier congé parental et celui qui prend le deuxième congé parental. A défaut de commun accord, le premier congé parental revient à celui des parents dont le nom patronymique est le premier dans l'ordre alphabétique.

Le parent qui n'a pas pris le premier congé parental, peut prendre son congé parental jusqu'à l'âge de 6 ans accomplis de l'enfant. En cas d'adoption d'un enfant, le congé parental peut être pris endéans une période de 6 ans à compter de la fin du congé d'accueil ou, si un congé d'accueil n'a pas été pris, à partir de la date du jugement d'adoption et ce jusqu'à l'âge de 12 ans accomplis de l'enfant.

Le début de ce congé parental, appelé " deuxième congé parental " doit se situer avant la date du 6ième anniversaire de l'enfant, respectivement du 12ième anniversaire de l'enfant en cas d'adoption.

5.7 Procédure de demande

Le premier congé parental

Le parent qui entend exercer son droit au premier congé parental doit notifier sa demande à son employeur, par lettre recommandée à la poste avec avis de réception 2 mois avant le début du congé de maternité. En cas d'adoption et par exception, le parent adoptant qui entend exercer son droit au premier congé parental doit notifier sa demande à son employeur dans les mêmes conditions de forme avant le début du congé d'accueil.

L'employeur est tenu d'accorder le premier congé parental à plein temps demandé. Il peut refuser le congé si la demande n'a pas été faite dans les formes et délais prévus, sauf en cas de décès de la mère avant l'expiration du congé de maternité ou en cas de décès du parent bénéficiaire du premier congé parental avant l'expiration de celui-ci.

L'employeur peut cependant refuser le congé parental à mi-temps ou fractionné et obliger le parent à prendre un congé à plein temps de 6 ou de 4 mois.

Le parent qui exerce une activité indépendante notifie le début de son congé parental directement à la Caisse pour l'avenir des enfants au plus tard 2 mois avant le début du congé de maternité. En cas d'une adoption, la demande doit parvenir avant le début du congé d'accueil par lettre recommandée à la poste avec avis de réception.

Le deuxième congé parental

Le parent qui entend exercer son droit au deuxième congé parental doit notifier sa demande à son employeur, par lettre recommandée à la poste avec avis de réception, au moins 4 mois avant le début du congé parental.

L'employeur est tenu d'accorder le deuxième congé parental à plein temps demandé. Il peut refuser le congé si la demande n'a pas été faite dans les mêmes formes et délais prévus pour le premier congé parental, sauf en cas de décès de la mère avant l'expiration du congé de maternité ou en cas de décès du parent bénéficiaire du premier congé parental avant l'expiration de celui-ci.

Le parent qui exerce une activité indépendante notifie le début de son congé parental à la Caisse pour l'avenir des enfants au moins 6 mois avant le début du congé parental par lettre recommandée à la poste avec avis de réception.

5.8 Report du deuxième congé parental

L'employeur peut exceptionnellement requérir le report du deuxième congé parental à une date ultérieure dans les conditions spécifiées ci-après. La décision de report doit être notifiée au parent par lettre recommandée à la poste avec avis de réception au plus tard dans les 4 semaines de la demande.

Le report du congé sollicité ne peut avoir lieu que pour les raisons et dans les conditions suivantes :

- lorsqu'une proportion significative d'une entreprise ou d'un département d'entreprise demande le congé parental simultanément et que de ce fait l'organisation du travail serait gravement perturbée ;
- lorsque le remplacement de la personne en congé ne peut être organisé pendant la période de notification en raison de la spécificité du travail effectué par le demandeur ou d'une pénurie de main-d'œuvre dans la branche visée ;
- lorsque le travail est de nature saisonnière et que la demande porte sur une période se situant dans une période de nature saisonnière ;
- lorsque le salarié est un cadre supérieur qui participe à la direction effective de l'entreprise ;
- lorsque l'entreprise occupe régulièrement moins de 15 salariés liés par un contrat de travail.

Aucun report n'est justifié en cas de survenance d'un événement grave, dont les conséquences sont en relation avec l'enfant et pour lequel l'assistance et l'intervention ponctuelles extraordinaires de la part du salarié s'avèrent indispensables, notamment :

- en cas de soins ou d'assistance lors d'une maladie ou d'un accident graves de l'enfant nécessitant la présence permanente d'un parent, justifiée par certificat médical ;

- en raison de problèmes scolaires ou de troubles de comportement d'un enfant justifiés par un certificat délivré par l'autorité scolaire compétente.

Le report n'est plus possible après que l'employeur a donné son accord ou en cas d'absence de réponse dans les 4 semaines.

Lorsque le salarié travaille auprès de plusieurs employeurs, le report n'est pas possible en cas de désaccord entre les employeurs.

En cas de report du congé, l'employeur doit proposer au salarié dans le délai d'un mois à partir de la notification une nouvelle date pour le congé qui ne peut se situer plus de 2 mois après la date du début du congé sollicité, sauf demande expresse de celui-ci. Dans ce cas, la demande du salarié ne peut plus être refusée.

Lorsque le travail est de nature saisonnière, il peut être reporté jusqu'après la période de nature saisonnière. Pour une entreprise occupant moins de 15 salariés, le délai de report de 2 mois est porté à 6 mois.

La délégation du personnel, s'il en existe, est informée par l'employeur de tout report d'un congé parental.

Si aucun accord n'est trouvé dans la huitaine sur la validité du motif du report, l'une des parties peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail, qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de prononcer la nullité du report et d'ordonner le droit au congé parental dans le délai choisi.

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision : elle est susceptible d'appel qui est porté, par simple requête, dans les 15 jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les recours en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Prestations de chômage

18

Le chômage, en tant que risque couvert par la sécurité sociale est la situation du salarié qui se trouve sans emploi pour des raisons indépendantes de sa volonté et qui est ainsi privé de gain. La législation envisage en premier lieu la situation du chômage complet, c'est-à-dire la situation du salarié en quête d'un emploi à sa convenance. En second lieu, deux lois spéciales règlent la situation du chômage partiel, qui consiste dans l'introduction de plusieurs jours de chômage dans la semaine ordinaire du travail ou dans la réduction du nombre des heures de travail : la première loi a trait au chômage dû aux intempéries et au chômage accidentel ou technique ; la deuxième vise le chômage partiel de source conjoncturelle ou structurelle.

1 CHÔMAGE COMPLET - RÉGIME GÉNÉRAL

Le chômage proprement dit consiste en un arrêt involontaire et prolongé du travail dû à l'impossibilité de trouver un emploi : n'étant pas à même de travailler l'intéressé perd la source essentielle ou unique de ses revenus, d'où l'octroi, le cas échéant, d'indemnités de chômage complet.

1.1 Bénéficiaires

En cas de cessation des relations d'emploi, le salarié sans emploi, habituellement occupé à plein temps par un employeur, a droit à l'octroi d'une indemnité de chômage complet, pourvu qu'il réponde aux conditions d'admission prévues.

Il en est de même du salarié

- occupé à temps partiel, à condition qu'il ait effectué régulièrement 16 heures de travail au moins par semaine auprès du même employeur ;
- au service de plusieurs employeurs, à condition qu'il ait perdu un ou plusieurs emplois d'un total de 16 heures au moins par semaine dans un délai d'un mois et que le revenu de travail mensuel qui lui reste soit inférieur à 150% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés âgés de plus de 18 ans occupés à plein temps ;

- bénéficiaire d'un reclassement professionnel interne dont la relation d'emploi a pris fin, à condition que la première décision de reclassement professionnel se rapporte à un ou plusieurs emplois d'un total de 16 heures au moins par semaine et que le revenu de travail mensuel restant soit inférieur à 150% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés âgés de plus de 18 ans occupés à plein temps.

Pour le salarié à temps partiel embauché sur un poste de travail libéré partiellement par un salarié admis à la préretraite progressive, les conditions d'obtention de l'indemnité de chômage prévues à l'alinéa qui précède ne sont pas applicables.

En cas de maladie intervenant au cours d'une période d'indemnisation, le droit à l'indemnité de chômage est maintenu.

Il en est de même en cas de maternité intervenant au courant d'une période d'indemnisation.

1.2 Conditions d'octroi des prestations

Pour être admis au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, il faut répondre aux conditions suivantes :

1. être chômeur involontaire.

Aucune indemnité de chômage n'est due

- en cas d'abandon non justifié du dernier poste de travail, sauf si l'abandon est dû à des motifs exceptionnels, valables et convaincants ;
- en cas de licenciement pour motif grave.

Dans le cas d'un licenciement pour motif grave ou d'une démission motivée par un acte de harcèlement sexuel, le demandeur d'emploi peut, par voie de simple requête, demander au président de la juridiction du travail compétente d'autoriser l'attribution par provision de l'indemnité de chômage complet en attendant la décision judiciaire définitive du litige concernant la régularité ou le bien-fondé de son licenciement ou de sa démission. Le président de la juridiction du travail statue d'urgence, l'employeur entendu ou dûment convoqué. La demande n'est recevable qu'à condition que le demandeur d'emploi soit inscrit auprès des bureaux de placement publics, qu'il ait introduit sa demande d'indemnisation et qu'il ait porté préalablement le litige concernant son licenciement devant la juridiction de travail compétente.

Le président de la juridiction du travail détermine la durée pour laquelle l'attribution provisionnelle de l'indemnité de chômage est autorisée. Elle ne peut être supérieure à 182 jours de calendrier. Le chômeur peut demander la prorogation de l'autorisation d'attribution provisionnelle de l'indemnité de chômage sans que la durée totale de l'autorisation ne puisse excéder 365 jours de calendrier.

L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision.

Elle est susceptible d'appel qui est porté, par voie de simple requête, endéans les 40 jours à partir de la notification de la décision par la voie du greffe, devant le président de la Cour supérieure de justice ou le conseiller à la Cour par lui délégué. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Au cas où le licenciement du salarié a été déclaré justifié en première instance, l'ordonnance du président de la juridiction du travail autorisant l'attribution provisionnelle cesse de sortir ses effets nonobstant appel ou opposition.

Le jugement ou l'arrêt déclarant abusif le licenciement du salarié ou justifiée la démission motivée par un acte de harcèlement sexuel condamne l'employeur à rembourser au Fonds pour l'emploi les indemnités de chômage par lui versées au salarié pour la ou les périodes couvertes par des salaires, traitements ou indemnités que l'employeur est tenu de verser en application du jugement ou de l'arrêt. Il en est de même du jugement ou de l'arrêt condamnant l'employeur au versement des salaires, traitements ou indemnités en cas d'inobservation de la période de préavis ou en cas de rupture anticipée du contrat conclu à durée déterminée. Les indemnités de chômage attribuées au salarié sur la base de l'autorisation provisoire du président de la juridiction du travail demeurent acquises au salarié. Le montant des indemnités de chômage que l'employeur est condamné à rembourser au Fonds pour l'emploi est porté en déduction des salaires, traitements ou indemnités que l'employeur est condamné à verser au salarié en application du jugement ou de l'arrêt.

Le jugement ou l'arrêt déclarant justifié le licenciement du salarié ou non justifiée la démission motivée par un acte de harcèlement sexuel condamne le salarié à rembourser au Fonds pour l'emploi, le cas échéant de façon échelonnée, tout ou partie des indemnités de chômage lui versées par provision. Lorsque l'Agence pour le développement de l'emploi procède à l'exécution du jugement ou de l'arrêt ordonnant le remboursement, le salarié peut solliciter le bénéfice d'un sursis d'exécution auprès du président de la juridiction qui a prononcé la condamnation. Le président statue en référé dès le dépôt de la demande au greffe.

Lors de la saisine de la juridiction du travail compétente du fond du litige le Fonds pour l'emploi est mis en intervention par le salarié qui a introduit auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi une demande en obtention de l'indemnité de chômage complet. A défaut de cette mise en intervention du Fonds pour l'emploi, la juridiction saisie peut l'ordonner en cours d'instance jusqu'au jugement sur le fond. Le Fonds pour l'emploi peut intervenir également à tout moment dans l'instance engagée.

2. être domicilié sur le territoire luxembourgeois au moment de la notification du licenciement dans le cadre d'une relation de travail à durée indéterminée et au plus tard 6 mois avant le terme du contrat dans le cadre d'une relation de travail à durée déterminée et y avoir perdu son dernier emploi[1) ;

3. être âgé de 16 ans au moins et de 64 ans au plus ;

4. être apte au travail, disponible pour le marché du travail et prêt à accepter tout emploi approprié [2) ;

5. être inscrit comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics et avoir introduit une demande d'octroi d'indemnité de chômage complet ;

6. remplir la condition de stage spécifiée ci-après.

Répondent à la condition de stage, le salarié occupé à plein temps et le salarié occupé habituellement à temps partiel sur le territoire luxembourgeois à titre de salarié lié par un ou plusieurs contrats de travail, pendant au moins 26 semaines au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics.

Ne peuvent être comptées pour le calcul du stage que les périodes ayant donné lieu à affiliation obligatoire auprès d'un régime d'assurance pension.

Lorsque la période de référence de 12 mois comprend des périodes d'incapacité de travail ou de capacité de travail réduite d'un taux égal ou supérieur à 50%, celle-ci est prorogée, si nécessaire, pour une période d'une durée égale à celle de l'incapacité de travail ou de la capacité de travail réduite.

La même règle est applicable lorsque ladite période de référence comprend des périodes de détention, des périodes de chômage indemnisé ou des périodes d'attente d'une décision portant sur l'octroi d'une pension d'invalidité à prendre par les juridictions sociales compétentes.

Après épuisement des droits à l'indemnité de chômage complet et sous réserve de l'accomplissement des autres conditions d'admission prévues, le droit à l'indemnité de chômage complet s'ouvre à nouveau au plus tôt après une période de 12 mois qui suit la fin des droits lorsque les conditions de stage prévues sont de nouveau remplies. Dans ce cas, la période de référence à prendre en considération pour le calcul de la période de stage commence à courir au plus tôt à l'expiration des droits.

---

1) Sous certaines conditions l'indemnité de chômage est possible. Voir à ce sujet : chapitre 26 - "Coordination des régimes de sécurité sociale à l'intérieur de l'Union européenne".

2) Pour des critères déterminant l'emploi approprié : voir règlement grand-ducal du 25 août 1983. Ce règlement prévoit des dispositions particulières en ce qui concerne le niveau de rémunération, l'aptitude professionnelle, l'aptitude physique, le trajet journalier, la situation familiale, le régime de travail, la promesse d'embauche, ainsi que sur la dispense de contrôle (Mém. A 69 du 31 août 1983, p.1487).

1.3 Paiement des prestations

Le point de départ de l'indemnisation du chômeur complet coïncide avec la première journée de l'expiration de la relation de travail, à moins que ce ne soit un samedi ou un dimanche, à condition que le salarié se fasse inscrire comme demandeur d'emploi le jour même de la survenance du chômage et qu'il introduise sa demande en indemnisation avant l'expiration d'un délai de deux semaines à partir du jour de l'ouverture du droit à indemnisation.

1.4 Durée d'indemnisation

La durée de l'indemnisation est égale à la durée de travail, calculée en mois entiers, effectuée au cours de la période servant de référence au calcul de la condition de stage. Les journées de travail dépassant un mois sont à considérer comme mois entier.

Pour le calcul de la durée d'indemnisation, le total des journées travaillées est arrondi au mois entier.

L'indemnité de chômage complet ne peut dépasser la durée prévue ci-avant par période de 24 mois.

Toutefois, le droit à l'indemnité de chômage du chômeur âgé de 50 ans est maintenu, à sa demande, pour une période de :

- 12 mois au plus, lorsque le chômeur justifie de 30 années au moins d'affiliation obligatoire à l'assurance pension ;
- 9 mois au plus, lorsque le chômeur justifie de 25 années au moins d'affiliation obligatoire à l'assurance pension ;
- 6 mois au plus, lorsque le chômeur justifie de 20 années au moins d'affiliation obligatoire à l'assurance pension.[1)]

Le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi peut autoriser, sur requête, le maintien ou la reprise du droit à l'indemnité de chômage complet pour une nouvelle période de 182 jours de calendrier au plus dans l'intérêt de chômeurs particulièrement difficiles à placer dont les droits sont épuisés et qui ne peuvent prétendre à l'application des dispositions pour la prolongation de l'indemnisation pour chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Est considéré comme chômeur particulièrement difficile à placer

- le chômeur atteint d'une incapacité de travail de 30% au moins constatée ou, le cas échéant, fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;

---

1) Suite à l'introduction de la loi modifiée du 3 août 2010 portant introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage, ci-après dénommée loi modifiée du 3 août 2010 (Mém. A 137 du 13 août 2010) cette disposition s'applique dès l'âge de 45 ans et est valable jusqu'au 31 décembre 2017.

- le chômeur âgé de 50 ans accomplis et atteint d'une incapacité de travail de 15% au moins constatée ou, le cas échéant, fixée par le Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- le chômeur âgé de 55 ans accomplis.

Le droit à l'indemnité de chômage peut être prolongé pour 6 mois au plus si le chômeur a été affecté à des stages, cours ou travaux d'utilité publique.

En ce qui concerne l'indemnisation des personnes ayant épuisé le droit aux indemnités de chômage, en principe un droit au revenu minimum garanti existe [1].

1.5 Niveau des prestations

Le montant de l'indemnité de chômage complet est de 80% du salaire brut antérieur du salarié sans emploi.

Pour le chômeur qui a un ou plusieurs enfants à sa charge, le taux d'indemnisation est porté à 85%.

Pour les salariés occupés avant la survenance du chômage soit à temps plein, soit à temps partiel, soit alternativement à temps plein et à temps partiel et qui sont inscrits au titre de demandeurs d'un emploi à temps partiel comportant une durée inférieure à celle de leur ancien emploi, l'indemnité de chômage complet est adaptée proportionnellement en fonction de la durée de travail de l'emploi à temps partiel demandé.

Le chômeur indemnisé est tenu de déclarer aux bureaux de placement tous revenus d'une activité professionnelle rémunérée, régulière ou occasionnelle, en cours d'indemnisation. De tels revenus sont compatibles avec l'indemnité de chômage complet pour autant qu'ils n'excèdent pas 10% des montants maxima d'indemnisation prévus. S'il y a lieu, la partie de ces revenus dépassant le plafond précité est portée en déduction de l'indemnité de chômage complet.

Le chômeur indemnisé est tenu en outre de déclarer aux bureaux de placement tous autres revenus généralement quelconques. Au cas où ces revenus dépassent le plafond d'une fois et demie le salaire social minimum, la partie de ces revenus dépassant le plafond précité est portée en déduction de l'indemnité de chômage complet.

L'indemnité de chômage ne peut être supérieure à 250% du salaire social minimum (4.996,48 €). Lorsque le chômage dépasse la durée de 182 jours de calendrier au cours d'une période de 12 mois, le plafond est ramené à 200% (3.997,18 €)[2]. Lorsqu'un dépassement de la durée normale de 365 jours

---

1) *Il est renvoyé à ce sujet au chapitre 20 - "Revenu minimum garanti et autres prestations mixtes".*

2) *Suite à l'introduction de la loi modifiée du 3 août 2010 (Mém. A 137 du 13 août 2010) le plafond de 250% est ramené à 200% à partir de 273 jours d'indemnisation. Cette disposition est valable jusqu'au 31 décembre 2017.*

d'indemnisation est autorisé, le plafond de l'indemnisation est ramené pour la période subséquente de 182 jours à 150% du salaire social minimum (2.997,89 €)[1].

Le montant de l'indemnité de chômage complet est déterminé normalement sur la base du salaire brut effectivement touché par le salarié sans emploi au cours des trois mois ayant précédé celui de la survenance du chômage. Cette période de référence peut être étendue jusqu'à six mois au maximum, lorsque le salaire de base accuse pendant la période de référence un niveau moyen sensiblement inférieur ou sensiblement supérieur au salaire moyen des six derniers mois touchés par le salarié.

Le montant de l'indemnité de chômage est adapté aux variations du coût de la vie. L'indemnité de chômage complet est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires. Toutefois, la part patronale des charges sociales est imputée sur le Fonds pour l'emploi.

1.6 Fin du droit

Le droit à l'indemnité de chômage cesse :

- lorsque les limites prévues pour la durée du versement sont atteintes ;
- lorsqu'une ou plusieurs conditions d'octroi ne sont plus remplies ;
- lorsque la limite d'âge de 65 ans est dépassée ;
- en cas de refus non justifié d'un poste de travail approprié ;
- en cas de refus non justifié du chômeur de participer à des stages, cours ou travaux d'utilité publique lui assignés par l'Agence pour le développement de l'emploi.

Les bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet sont tenus de se présenter aux bureaux de placement publics, aux jours et heures qui leur sont indiqués. Le chômeur indemnisé qui, sans excuse valable, ne se conforme pas à cette prescription, perd le droit à l'indemnité de chômage complet pour sept jours de calendrier, en cas de récidive pour 30 jours de calendrier.

Le bénéficiaire de l'indemnité de chômage peut être dispensé pour une durée maximale de 25 jours ouvrables de l'observation de ses obligations de chômeur : le droit à l'indemnité de chômage est suspendu pendant la durée de la dispense laquelle ne peut être imputée pour le calcul de la durée d'indemnisation du chômeur.

---

1) Cette disposition est suspendue par la loi modifiée du 3 août 2010 (Mém. A 137 du 13 août 2010) jusqu'au 31 décembre 2017.

2 JEUNES CHÔMEURS

2.1 Champ d'application personnel

La protection contre le chômage s'applique également aux jeunes qui, à la fin de leur formation à plein temps, se trouvent sans emploi, domiciliés au Luxembourg et qui sont âgés le jour de leur inscription comme chômeurs de moins de 21 ans.

La limite d'âge est relevée à :

- 23 ans dans l'intérêt du chômeur détenteur d'un certificat d'études portant sur cinq années au moins d'études secondaires ou secondaires techniques ou d'études reconnues équivalentes par le Ministre de l'Education nationale, terminées avec succès, lorsqu'il justifie avoir continué ses études dans un ou plusieurs établissements spécialisés dans le cadre d'une formation ininterrompue à plein temps ;
- 25 ans dans l'intérêt du chômeur détenteur du diplôme de fin d'études secondaires ou secondaires techniques ou du diplôme de technicien ou détenteur d'un diplôme ou d'un certificat d'études reconnu équivalent par le Ministre de l'Education nationale, lorsqu'il justifie avoir continué ses études dans un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur, universitaires ou non universitaires, dans le cadre d'une formation ininterrompue à plein temps de moins de quatre années ;
- 28 ans dans l'intérêt du chômeur lorsqu'il justifie l'accomplissement d'une formation ininterrompue à plein temps de quatre ans au moins dans un ou plusieurs établissements d'enseignement supérieur, universitaires ou non universitaires.

Ces dispositions s'appliquent tant au jeune qui a terminé un cycle d'études déterminé qu'à celui qui renonce à la poursuite de ses études en cours de formation. Elles s'appliquent également au jeune qui a déjà occupé un emploi sans répondre à la condition de stage, de même qu'au jeune stagiaire et apprenti qui se trouve sans emploi à la fin de sa formation, soit en raison de la résiliation du contrat de stage ou d'apprentissage par l'employeur ou sur la base d'un commun accord, soit à la suite de l'interruption de la formation en cours.

Aucune indemnité n'est toutefois due lorsque le chômage résulte de l'abandon non justifié d'un poste de travail, d'un licenciement pour motif grave ou de la résiliation du contrat d'apprentissage ou du contrat de stage pour motif grave.

Les jeunes chômeurs sont dispensés de la condition de stage pourvu qu'ils se fassent inscrire comme demandeurs d'emploi dans les 12 mois suivant la fin de leur formation.

2.2 Délai de carence

Pour les jeunes chômeurs l'indemnité de chômage prend cours après un délai de 39 semaines suivant leur inscription comme demandeurs d'emploi. Toutefois, pour le jeune dont la durée de formation scolaire dépasse 9 années d'études ou qui a terminé des cours ou stages de formation professionnelle organisés à l'intention des demandeurs d'emploi inscrits à l'Agence pour le développement de l'emploi ou des stages de préparation en entreprise, ce délai est ramené à 26 semaines.

Cependant, en cas de renonciation aux études au cours d'une année d'études, la période de stage prévue ne prend cours qu'à la fin de l'année scolaire.

2.3 Prestations

L'indemnité est fixée à 70% du salaire social minimum qui reviendrait au jeune en cas d'occupation normale comme salarié non qualifié.

Cependant, pour les adolescents âgés de 16 et de 17 ans et qui ne justifient pas avoir passé avec succès un examen de fin d'apprentissage, l'indemnité est fixée à 40% du salaire social minimum prévu pour un salarié non qualifié (799,44€).

3 CHÔMEURS INDÉPENDANTS

3.1 Champ d'application personnel

Les travailleurs indépendants qui ont dû cesser leur activité en raison de difficultés économiques et financières, pour des raisons médicales ou par le fait d'un tiers ou par un cas de force majeure, peuvent obtenir des indemnités de chômage, lorsqu'ils s'inscrivent comme demandeurs d'emploi auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi. Ils doivent justifier de deux années au moins d'assurance obligatoire à la Caisse nationale d'assurance pension.

Toutefois, pour la computation de la période de stage de 2 ans, les périodes d'affiliation à titre de salarié auprès d'un régime d'assurance pension sont cumulables à condition que l'indépendant ait exercé une activité indépendante depuis au moins 6 mois avant le dépôt de la demande d'indemnisation.

Les demandeurs d'emploi doivent être domiciliés sur le territoire luxembourgeois au moment de la cessation de leur activité.

Les travailleurs indépendants doivent s'inscrire comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi dans les 6 mois suivant la fin de leur activité.

3.2 Prestations

En cas d'admission au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, le travailleur indépendant a droit à une indemnité correspondant à 80% respectivement 85% en cas de charge de famille, du revenu ayant servi pour les deux derniers exercices comme assiette cotisable à l'une des caisses de pension compétentes.

L'indemnité de chômage complet ne peut excéder les plafonds prévus dans le régime général ; elle ne peut être inférieure à 80% du salaire social minimum pour un salarié non-qualifié.

4 INSERTION PROFESSIONNELLE, LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE ET L'OCCUPATION DES DEMANDEURS D'EMPLOI

Le ministre ayant dans ses attributions la Formation professionnelle peut organiser à l'intention des demandeurs d'emploi des cours, des stages ou autres mesures de préparation, d'initiation et d'orientation à la vie professionnelle, des cours ou stages de formation professionnelle complémentaire, ainsi que des cours ou stages d'adaptation, de conversion ou de perfectionnement professionnels.

Ces cours, stages ou autres mesures de préparation, d'initiation et d'orientation à la vie professionnelle peuvent comporter l'affectation temporaire du demandeur d'emploi à une expérience de travail utile auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics ou d'autres organismes, institutions ou groupements de personnes poursuivant un but non-lucratif.

Le chômeur indemnisé affecté à une tâche déclarée d'utilité publique ou qui suit des cours ou stages de perfectionnement a droit à une indemnité complémentaire dont le niveau est de 2.383,62 euros (situation au 01.01.2017). Le montant est adapté aux variations du coût de la vie.

L'attribution ou le maintien de l'indemnité de chômage complet peut être subordonné à la participation du chômeur à des stages de préparation en entreprise, à des actions de formation, à des travaux d'utilité publique ou à des expériences de travail.

5 STAGE DE RÉINSERTION PROFESSIONNELLE AU PROFIT DES DEMANDEURS D'EMPLOI

Un stage de professionnalisation peut être proposé par l'Agence pour le développement de l'emploi aux demandeurs d'emploi âgés de 45 ans au moins ou en reclassement professionnel externe ou ayant la qualité de salarié handicapé et inscrits auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis un mois au moins.

Ce stage est réservé aux entreprises qui peuvent offrir aux demandeurs d'emploi une réelle perspective d'emploi à la fin du stage de professionnalisation ou du contrat de réinsertion-emploi subséquent.

Ce stage est non rémunéré et ne peut excéder la durée de 6 semaines. Si le demandeur d'emploi est considéré comme hautement qualifié la durée peut être portée à 9 semaines.

Le stage est soumis à l'assurance contre les accidents de travail et donne lieu au payement des cotisations afférentes prises en charge par le Fonds pour l'emploi.

En cas de placement en stage de réinsertion, le chômeur indemnisé garde le bénéfice de son indemnité de chômage complet augmentée d'une indemnité complémentaire de 2.566,36 euros (situation au 01.01.2017) dont le montant est adapté aux variations du coût de la vie et bénéficie de deux jours de congé par mois. Ce bénéfice s'applique également au demandeur d'emploi bénéficiant d'une indemnité d'attente, d'une indemnité professionnelle d'attente ou du revenu pour personnes gravement handicapées. Le chômeur non indemnisé touche une indemnité de stage de 2.566,36 euros (situation au 01.01.2017) et bénéficie de deux jours de congé par mois.

A la fin du stage, l'entreprise informera par écrit l'Agence pour le développement de l'emploi sur les possibilités d'insertion du demandeur d'emploi à l'intérieur de l'entreprise. Si le demandeur d'emploi n'est pas embauché par l'entreprise à la fin du stage, celle-ci renseignera l'Agence pour le développement de l'emploi sur les compétences acquises par le demandeur d'emploi durant le stage ainsi que sur les éventuelles déficiences constatées.

Si l'embauche est faite moyennant un contrat de travail à durée indéterminée, le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur, sur demande adressée à l'Agence pour le développement de l'emploi 50% du salaire sociale minimum pour salariés non qualifiés pour 12 mois.

Le remboursement n'est dû est versé que 12 mois après l'engagement à condition que le contrat de travail soit toujours en vigueur au moment de la demande et que la durée du stage de professionnalisation ait été expressément déduite d'une éventuelle période d'essai légale, conventionnelle ou contractuelle.

Un contrat de réinsertion-emploi, comprenant des périodes alternées de formation pratique et de formation théorique, peut être proposé par l'Agence pour le développement de l'emploi aux demandeurs d'emploi âgés de 45 ans au moins ou en reclassement professionnel externe ou ayant la qualité de salarié handicapé et inscrits auprès des bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi depuis un mois au moins.

Ce contrat, conclu entre l'entreprise, le demandeur d'emploi et l'Agence pour le développement d'emploi, est réservé aux entreprises qui peuvent offrir aux

demandeurs d'emploi une réelle perspective d'emploi à la fin du contrat de réinsertion-emploi.

L'entreprise désigne un tuteur pour assister et encadrer le demandeur d'emploi pendant la durée du contrat de réinsertion-emploi. Dans le délai d'un mois à partir de la conclusion du contrat, l'entreprise et le tuteur établissent avec le demandeur d'emploi un plan de formation, envoyé en copie à l'Agence pour le développement de l'emploi.

Les périodes d'occupation en stage de réinsertion professionnelle sont prises en compte comme périodes de stage ouvrant droit à l'indemnité de chômage complet.

En cas de placement en contrat de réinsertion-emploi, le chômeur indemnisé garde le bénéfice de son indemnité de chômage complet augmentée d'une indemnité complémentaire de 2.566,36 euros (situation au 01.01.2017) et bénéficie de deux jours de congé par mois.

De même le demandeur d'emploi bénéficiant d'une indemnité d'attente, d'une indemnité professionnelle d'attente ou du revenu pour personnes gravement handicapées en garde le bénéfice augmenté d'une indemnité complémentaire fixée à 323 euros à l'indice 794,54 de 2.566,36 euros (situation au 01.01.2017) et bénéficie de deux jours de congé par mois.

Au cas où son indemnité de chômage, son indemnité d'attente, son indemnité professionnelle d'attente ou son revenu pour personnes gravement handicapées est inférieure au niveau du salaire social minimum pour salariés non qualifiés, le demandeur d'emploi touche une indemnité versée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi et égale au salaire social minimum pour salariés non qualifiés augmentée d'une indemnité complémentaire de 2.566,36 euros (situation au 01.01.2017).

Le demandeur d'emploi ne bénéficiant pas de l'indemnité de chômage complet, touche une indemnité versée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi et égale au salaire social minimum pour salariés non qualifiés et bénéficie de deux jours de congé par mois.

L'indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales prévues en matière de salaires, la part patronale étant prise en charge par le Fonds pour l'emploi.

Le demandeur d'emploi admis au bénéfice ou sollicitant le bénéfice de l'indemnité de chômage complet, ne peut refuser sans motif valable le stage de professionnalisation ou le contrat de réinsertion-emploi ou l'établissement d'un bilan de compétences au risque d'être exclu du bénéfice de l'indemnité de chômage complet.

Pour le stage de professionnalisation et le contrat de réinsertion-emploi, le fait que l'occupation ne réponde pas aux critères d'un emploi approprié est considéré comme motif valable de refus.

L'entreprise qui occupe le chômeur verse une quote-part de 50% du salaire social minimum pour salariés non qualifiés au Fonds pour l'emploi. Cette participation est ramenée à 35% de l'indemnité touchée par les stagiaires en cas d'occupation par l'entreprise de demandeurs d'emploi du sexe sous-représenté.

Les taux qui précèdent peuvent être modifiés par règlement grand-ducal sans qu'ils ne puissent être inférieurs à 25% ni supérieurs à 75%.

Le contrat de réinsertion-emploi prend fin en cas de placement dans un emploi approprié, soit auprès de la même entreprise, soit auprès d'une autre entreprise et au plus tard après l'expiration d'une période d'occupation de 12 mois.

Si le contrat de réinsertion-emploi est conclu immédiatement après le stage de professionnalisation et avec le même employeur, sa durée doit être réduite de la durée du stage.

En cas de recrutement de personnel, l'entreprise est obligée d'embaucher par priorité l'ancien bénéficiaire d'un contrat de réinsertion-emploi, redevenu chômeur, qui répond aux qualifications et au profil exigés et dont le contrat de réinsertion-emploi est venu à expiration dans les 3 mois qui précèdent celui du recrutement. Le salarié stagiaire dispose d'un délai de 8 jours pour faire connaître sa décision.

L'Agence pour le développement de l'emploi peut faire bénéficier le demandeur d'emploi de l'établissement d'un bilan de compétences établi par un organisme tiers sur la base d'un accord par écrit de la personne concernée, énumérant limitativement les données nominatives que l'Agence pour le développement de l'emploi est autorisée à transmettre à l'organisme tiers en vue d'établir le prédit bilan de compétences.

6 CHÔMAGE INVOLONTAIRE DU AUX INTEMPÉRIES ET LE CHÔMAGE ACCIDENTEL OU TECHNIQUE INVOLONTAIRE

6.1 Chômage dû aux intempéries

En cas de chômage involontaire directement causé par des intempéries, les salariés et les apprentis, occupés dans les secteurs du bâtiment et du génie civil ainsi que dans les branches artisanales connexes, dont l'activité normale se déroule sur les chantiers et qui subissent des pertes de salaire sans qu'il y ait interruption des relations d'emploi, ont droit à l'octroi d'une indemnité compensatoire de salaire.

Sur demande des employeurs concernés, le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut appliquer les mêmes dispositions à d'autres entreprises, à condition qu'il s'agisse de chômage résultant immédiatement d'intempéries.

Sont considérés comme intempéries, la pluie, le froid, la neige, le gel et le dégel, à condition que l'effet direct et immédiat des intempéries entraîne l'impraticabilité du lieu de travail ou bien rende l'accomplissement des travaux impossible ou dangereux, eu égard soit à la santé ou à la sécurité des salariés, soit à la nature ou à la technique des travaux à exécuter.

La décision concernant la cessation du travail appartient à l'employeur ou à son représentant dûment mandaté sur le lieu du travail, après consultation du représentant du personnel dûment mandaté sur le lieu du travail. L'employeur est tenu d'informer l'Agence pour le développement de l'emploi au plus tard le jour ouvrable suivant celui de la survenance du chômage dû aux intempéries.

La déclaration de chômage doit être renouvelée chaque mois et pour chaque période de chômage lorsqu'il y a eu reprise du travail à plein temps pendant une semaine au moins.

6.2 Chômage accidentel ou technique involontaire

En cas d'interruption partielle ou totale du fonctionnement de l'entreprise due à des sinistres revêtant le caractère de force majeure se produisant indépendamment de la volonté de l'employeur et du personnel, une subvention peut être allouée à l'employeur qui, plutôt que de procéder à des licenciements, s'engage à maintenir les contrats de travail ou d'apprentissage de son personnel et à lui verser une indemnité compensatoire de salaire pour les pertes de salaire subies du fait que la durée normale du travail, légale ou conventionnelle, est réduite dans l'entreprise.

Toutefois le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi peut étendre le bénéfice de la subvention à l'entreprise dont l'activité se trouve totalement interrompue ou sensiblement réduite du fait de travaux de voirie ou d'infrastructure décidés par l'administration compétente, d'une durée supérieure à un mois, entravant sérieusement l'accès de la clientèle, à condition que la réduction de l'activité en question entraîne une diminution notable du chiffre d'affaires par rapport à une période d'activité normale.

Les montants alloués à l'employeur en vertu d'un contrat d'assurance conclu auprès d'une compagnie d'assurance pour les heures de travail perdues en raison de chômage accidentel ou technique sont déduits des subventions.

6.3 Champ d'application personnel

Sont admis les salariés qui, involontairement et en dehors de tous motifs d'ordre personnel, ne peuvent plus travailler régulièrement, à condition :

- d'être occupés auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire du Luxembourg au moment de la survenance du chômage ;
- d'être occupés sur un lieu de travail situé sur le territoire du Luxembourg au moment de la survenance du chômage ;

- d'être assurés en qualité de salariés auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois ;
- d'être aptes au travail et âgés de moins de 68 ans accomplis et de ne pas jouir d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité.

Toutefois le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions peut, sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, étendre le bénéfice des dispositions précitées aux salariés occupés, lors de la survenance du chômage, sur un lieu de travail situé dans les régions limitrophes de Luxembourg, à condition :

- qu'ils soient occupés auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire du Luxembourg et dont l'activité normale se déroule sur le territoire luxembourgeois ;
- que le lieu de travail concerné se situe à 50 kilomètres au plus du point de frontière le plus proche ;
- qu'ils soient assurés en qualité de salariés auprès des organismes de sécurité sociale luxembourgeois ;
- qu'ils soient aptes au travail et âgés de moins de 68 ans accomplis, et de ne pas jouir d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité.

Les salariés sont tenus d'accepter toute occupation temporaire ou occasionnelle appropriée qui leur est offerte par l'Agence pour le développement de l'emploi ou leur employeur, sous peine de suppression du droit à l'indemnité compensatoire de salaire pour la semaine en cours, ou, en cas de récidive, pour le mois en cours.

Par dérogation, le salarié qualifié ayant une expérience confirmée, légalement occupé dans une entreprise déterminée depuis 12 mois au moins, peut refuser, de l'accord de son employeur, un emploi dans une autre entreprise qui lui est offert par l'Agence pour le développement de l'emploi, sans que ce refus ne donne lieu à une sanction.

6.4 Champ d'application matériel

Le montant brut de l'indemnité horaire compensatoire de salaire est fixé à 80% du salaire horaire moyen brut effectivement touché par le salarié au cours des 3 mois ayant précédé le mois de la survenance du chômage, sans qu'il puisse toutefois dépasser le montant de 250% du salaire social minimum horaire revenant à un salarié non qualifié âgé de 18 ans au moins.

Sont compris dans le salaire horaire brut, les indemnités pécuniaires de maladie et les primes et suppléments courants, à l'exclusion des salaires pour heures supplémentaires, des gratifications et de toutes indemnités pour frais accessoires exposés.

L'indemnité compensatoire de salaire est soumise aux charges fiscales et sociales généralement prévues en matière de salaires, à l'exception toutefois des cotisations d'assurance accident et des cotisations dues en matière de prestations familiales.

L'indemnité compensatoire de salaire avancé par l'employeur concerné est prise en charge par l'employeur et par le Fonds pour l'emploi selon les modalités suivantes :

1. L'indemnité compensatoire de salaire correspondant à la première tranche de 16 heures perdues au maximum par mois de calendrier est prise en charge par l'employeur.

Pour les salariés travaillant à temps partiel, la tranche définie ci-avant est adaptée au prorata de la durée de travail contractuelle.

2. Le montant du remboursement à verser par le Fonds pour l'emploi à l'employeur concerné correspond au montant global de l'indemnité compensatoire de salaire avancée par l'employeur pour les heures de travail perdues au-delà des 16 premières heures.

3. Le versement de l'indemnité compensatoire de salaire et le remboursement par le Fonds pour l'emploi sont limités à un maximum de 350 heures de travail par salarié et par année de calendrier ; en cas d'intempéries rigoureuses ou de sinistre grave d'une durée exceptionnelle, ce nombre limite pourra être majoré par décision du Gouvernement en conseil sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi jusqu'à 500 heures.

4. Les salaires dus pour les jours de congé payé et pour les jours fériés légaux ou d'usage ainsi que d'autres prestations extra-légales restent à charge de l'employeur.

5. Les cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception toutefois des cotisations d'assurance accident et les cotisations dues en matière de prestations familiales, restent à charge de l'employeur.

6. Le remboursement est refusé pour des heures ou journées de chômage reconnues comme non justifiées.

7. De même le remboursement est refusé pour les heures ou journées de chômage non déclarées en temps utile à l'Agence pour le développement de l'emploi.

8. Ce refus de remboursement ne peut préjudicier le droit du salarié de toucher l'indemnité compensatoire de salaire.

7 CHÔMAGE PARTIEL DE SOURCE CONJONCTURELLE

L'objet des dispositions est de prévenir des licenciements pour des causes conjoncturelles et de maintenir un niveau satisfaisant de l'emploi en période de récession économique. Ainsi des subventions peuvent être allouées aux employeurs qui, plutôt que de procéder à des licenciements, s'engagent à maintenir le contrat de travail de leur personnel et à lui verser une indemnité de compensation pour les pertes de salaire subies du fait que la durée normale du travail, légale ou conventionnelle, est réduite dans des entreprises ou dans un ou plusieurs de leurs établissements.

Sont visées les branches d'activité économique en récession suite à des difficultés conjoncturelles. Ces branches sont déterminées conjointement par le Gouvernement en conseil sur avis d'un Comité de conjoncture. La durée de validité de cette décision ne peut être supérieure à 12 mois, mais elle est renouvelable sur avis du Comité de conjoncture.

Le système d'indemnisation des chômeurs partiels a été étendu aux entreprises confrontées avec des difficultés structurelles ou obligées de réaliser des investissements de rationalisation. En outre, le système d'indemnisation s'étend aux entreprises confrontées à une réduction d'au moins 40 % du temps de travail à condition qu'elles aient conclues, au préalable, soit un plan de maintien dans l'emploi, soit un accord entre partenaires sociaux au niveau approprié[1)].

Sont admis au bénéfice des prestations, les salariés régulièrement occupés par l'entreprise concernée lors de la survenance du chômage partiel, aptes au travail, à l'exception des salariés âgés de plus de 68 ans. Sont exclues les personnes qui jouissent d'une pension de vieillesse, d'une pension de vieillesse anticipée ou d'une pension d'invalidité, ainsi que des jeunes couverts par un contrat d'apprentissage.

Les salariés étrangers et apatrides résidant régulièrement au Luxembourg ainsi que les salariés frontaliers sont assimilés aux salariés luxembourgeois.

Le système d'indemnisation est identique au régime applicable en matière de chômage dû aux intempéries. Cependant, la réduction de la durée de travail ne peut pas excéder 1.022 heures par année de calendrier et par salarié travaillant à temps plein. Pour les salariés travaillant à temps partiel les 1.022 heures sont proratisées.

---

1) Il s'agit d'une disposition transitoire introduite par la loi modifiée du 3 août 2010 (Mém. A 137 du 13 août 2010) est valable jusqu'au 31 décembre 2017.

Préretraite

19

La préretraite qui avait initialement été conçue comme mesure temporaire, a été définitivement ancrée dans la législation du travail. Elle comprend la préretraite-solidarité, la préretraite progressive, la préretraite-ajustement, la préretraite des salariés postés et de nuit.

Il s'agit d'une mesure à fonctions multiples. C'est un instrument

- de prévention du chômage s'il y a menace d'un licenciement en cas de restructuration des entreprises ou des mutations technologiques;
- de placement de chômeurs, d'apprentis ou de personnes risquant de perdre leur emploi par le biais de la compensation des départs en préretraite;
- de raccourcissement du temps de travail;
- qui offre une possibilité pour les entreprises de procéder à un ajustement de la situation d'âge des effectifs et des coûts en permettant l'embauche compensatrice parallèle.

1 LES DIFFÉRENTES FORMES DE PRÉRETRAITE

1.1 Préretraite - solidarité

Les salariés du secteur privé, âgés de 57 ans au moins, peuvent faire valoir non pas un droit absolu, mais un droit conditionné à la préretraite en sollicitant l'employeur de consentir, dans le cadre d'une convention spéciale, à la résiliation du contrat de travail et au versement d'une indemnité de préretraite. Cette faculté doit prendre son origine, soit dans la convention collective, soit dans une convention entre l'entreprise et le ministre ayant le Travail dans ses attributions. Pour pouvoir être exercée, la stipulation doit cependant être formalisée et s'exercer d'un commun accord entre le salarié et l'employeur par le biais d'une convention spéciale et individuelle.

La condition essentielle pour la participation financière de l'Etat dans la préretraite-solidarité est la condition de l'embauche compensatrice d'un demandeur d'emploi assigné par l'Agence pour le développement de l'emploi ou d'un salarié exposé au risque immédiat d'un licenciement pour cause économique. La loi n'exige pas le remplacement poste par poste, mais le

remplacement nombre par nombre en ce sens que le salarié ou l'apprenti embauché ne doit pas nécessairement occuper l'emploi libéré par le salarié admis à la préretraite-solidarité, mais, s'il y a lieu, un autre emploi disponible du fait de l'enchaînement des mutations ou réaffectations engendrées par la libération du poste.

L'embauche de remplacement peut également se faire moyennant un contrat d'apprentissage.

L'âge de départ à la préretraite ne peut être inférieur à 57 ans.[1)]

Le départ à la préretraite peut intervenir au plus tôt trois ans avant le mois au cours duquel le salarié vient à remplir les conditions légales d'ouverture du droit, soit à une pension de vieillesse, soit à une pension de vieillesse anticipée à l'âge de 60 ans. En d'autres termes, la période d'indemnisation du préretraité ne peut excéder trois années. L'exercice du droit à la préretraite se trouve d'ailleurs conditionné par la conclusion entre l'employeur et le salarié d'une convention spéciale fixant la date de la résiliation d'un commun accord de la relation de travail et contenant l'engagement formel de l'employeur de servir au salarié admis à la préretraite une indemnité de préretraite aux conditions minimales inscrites dans la loi en ce qui concerne son niveau et ses modalités.

Le taux de remboursement par le Fonds pour l'emploi est de 70%.

1.2 Préretraite progressive

La préretraite progressive est accordée au salarié âgé de 57 ans dans les mêmes conditions que la préretraite-solidarité s'il accepte la transformation de son emploi à plein temps en emploi à temps partiel.

Le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur les charges financières à la condition qu'il justifie l'embauche effective, sous le couvert d'un contrat de travail à durée indéterminée ou d'un contrat d'apprentissage, d'un ou de plusieurs chômeurs indemnisés ou de demandeurs d'emploi inscrits depuis six mois au moins [2)] et lui assignés par l'Agence pour le développement de l'emploi, afin de pourvoir, pour le moins, à la fraction du poste libéré par suite de la réduction de la durée du travail du salarié bénéficiant de la retraite progressive.

1.3 Préretraite - ajustement

La préretraite dite d'ajustement peut s'appliquer au personnel âgé de 57 ans des entreprises qui font l'objet d'une fermeture et au personnel des

---

1) La condition d'âge est de 52 ans pour les assurés soumis à l'assurance supplémentaire des ouvriers mineurs au 31 décembre 1987, ainsi qu'aux employés techniques des mines justifiant avant cette date de 20 années d'occupation au fond ou en surface dans l'industrie minière.

2) Sur avis de l'Agence pour le développement de l'emploi, cette durée d'inscription peut être réduite à deux mois.

entreprises en voie de restructuration qui se trouve menacé par un licenciement. La loi autorise l'extension du bénéfice de la préretraite-ajustement aux entreprises déclarées en état de faillite, aux entreprises placées sous gestion contrôlée et aux sociétés en voie de liquidation judiciaire.

Les conditions d'ouverture du droit à la préretraite-ajustement sont comparables à celles prévues pour l'admission à la préretraite-solidarité: trois ans avant l'ouverture d'un droit à pension de vieillesse ou de pension de vieillesse anticipée à l'âge de 60 ans.

Le départ en préretraite-ajustement peut être au 1er janvier de l'année au cours de laquelle les salariés concernés accomplissent l'âge de 57 ans.

Les salariés ayant été occupés dans une entreprise éligible à la préretraite-ajustement et qui viennent à remplir les conditions d'admission à la préretraite-ajustement au cours des périodes d'indemnisation au titre de chômage complet ont également droit à l'admission à la préretraite.

Les salariés âgés de plus de 57 ans au moment de l'admission à la préretraite-ajustement peuvent en bénéficier pendant 3 années entières même au-delà de 60 ans si la convention conclue avec leur employeur prévoit cette possibilité.

Le Fonds pour l'emploi rembourse à l'employeur les charges financières, mais l'entreprise peut être tenue, sur avis obligatoire du comité de conjoncture, à participer aux charges résultant du versement de l'indemnité de préretraite si elle se trouve en situation économique et financière équilibrée.

Le taux de participation se situe en principe entre 30% et 75% de l'indemnité de préretraite, y compris la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité. Ce taux ne pourra être inférieur à 30% que dans le cadre de l'exécution d'un plan de maintien dans l'emploi homologué par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

L'application de ce régime de la préretraite est subordonnée à la conclusion d'une convention avec le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions. La préretraite-ajustement constitue une extension à tous les secteurs de l'économie du régime appliqué initialement dans le secteur de la sidérurgie.

1.4 Préretraite des travailleurs postés et des travailleurs de nuit

Le droit à cette forme de préretraite est reconnu aux salariés[1)] âgés de 57 ans et justifiant de 20 années au moins de travail presté soit dans le cadre d'un mode d'organisation du travail fonctionnant par équipes successives, soit en poste fixe de nuit.

---

1) Cette forme de préretraite existe également pour le secteur public. Pour plus de précisions voir article 35 de la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat (Mém. A n°59 du 31 mars 2015, p.1155).

Les conditions d'ouverture du droit à cette forme de préretraite sont identiques à celles prévues pour l'admission à la préretraite-solidarité: trois ans avant l'ouverture d'un droit à pension de vieillesse ou pension de vieillesse anticipée à l'âge de 60 ans. La décision d'admission du salarié à la préretraite prise par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions autorise le salarié à faire valoir à l'égard de l'employeur le droit direct d'admission à la préretraite et le droit à l'indemnité qui en découle. Elle constitue pour l'employeur le titre légal pour obtenir le remboursement intégral par le Fonds pour l'emploi des charges de l'indemnité de préretraite.

2 L'INDEMNITÉ DE PRÉRETRAITE

Le montant de l'indemnité de préretraite est calculé en fonction du salaire brut moyen des trois mois précédant immédiatement la période d'indemnisation.

L'indemnité de préretraite doit être calculée sur base d'une période de référence de 12 mois pour la partie variable du salaire lorsque ce mode de calcul est plus favorable (cette période peut être étendue à 18 mois par décision du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions).

Pendant la première année le montant est fixé à 85% du prédit salaire, pendant la deuxième année à 80% et pendant la troisième année à 75%. La gratification et le treizième mois sont compris dans le salaire de référence servant au calcul de l'indemnité de préretraite à raison d'un douzième par mois. L'indemnité est plafonnée à cinq fois le salaire social minimum.

En cas de préretraite progressive, le montant de l'indemnité de préretraite est adapté au prorata de la réduction de la durée de travail du salarié bénéficiant de la préretraite progressive.

Comme il ne s'agit pas d'une pension, l'indemnité de préretraite est soumise aux charges sociales (à l'exception des cotisations dues en matière d'assurance accident et prestations familiales) et fiscales applicables en matière de salaires et traitements. En principe, l'indemnité de préretraite est avancée par l'employeur; cependant une subrogation dans les obligations de l'employeur par le Fonds pour l'emploi est possible, d'une part, en cas de cessation des affaires et, d'autre part, en cas de difficultés financières particulièrement importantes équivalant à un cas de force majeure sur le plan économique qui place l'employeur dans l'impossibilité d'honorer ses obligations.

Les droits à l'indemnité de préretraite cessent à partir du jour où le préretraité a droit à une pension de vieillesse anticipée à l'âge de 60 ans ou à une pension d'invalidité ou s'il exerce ou reprend une activité lui rapportant un revenu qui, sur une année civile, dépasse par mois la moitié du salaire social minimum applicable au salarié concerné.

Revenu minimum garanti et autres prestations mixtes

20

La politique de protection sociale de notre pays au cours de ce siècle a principalement porté sur la sécurité sociale. Cependant le développement unilatéral de ce volet ne doit pas faire perdre de vue les autres instruments de la protection sociale, à savoir l'assistance sociale et l'aide sociale.

- **La sécurité sociale**

La sécurité sociale est destinée à assurer soit un revenu de remplacement lorsque l'incapacité de travail ou le chômage empêchent l'acquisition de revenus normalement tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, soit un revenu de complément lorsque le niveau de vie se trouve compromis par l'existence de certaines charges (soins de santé, charges de famille).

- **Assistance sociale**

L'assistance sociale repose uniquement sur les besoins individuels. Elle est l'expression de la solidarité nationale et non une contrepartie d'un apport professionnel.

Une première loi de 1960 qui a créé le Fonds national de solidarité [1)], s'est basée sur des mécanismes d'assistance sociale en attribuant des prestations en fonction des ressources. Le Fonds national de solidarité était à ses débuts avant tout un palliatif pour les régimes de sécurité sociale qui, du fait de leur création tardive notamment pour les indépendants, ne pouvaient pas encore répondre de façon adéquate aux besoins d'une protection sociale. Ce n'est que progressivement que la législation du Fonds a été orientée vers de nouvelles catégories telles les monoparentaux ou les chômeurs de longue durée.

La loi du 26 juillet 1986 relative à la lutte contre la pauvreté a introduit la notion de revenu minimum garanti afin d'assurer à tous les citoyens une vie décente en leur garantissant un minimum de moyens d'existence. En d'autres termes, chaque ménage vivant au Luxembourg a le droit d'appeler à la solidarité au cas où ses revenus tombent en dessous du seuil garanti. La loi a opté pour

---

1) Loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité (Mém. A 49 du 6 août 1960, p.1199).

une approche universaliste qui prévoit une garantie généralisée d'un niveau de vie minimum à toute personne, en faisant abstraction de toute cause qui est à la base de l'insuffisance des ressources.

La loi du 29 avril 1999 a modifié en profondeur la législation en matière de revenu minimum garanti jusqu'alors applicable, en distinguant clairement entre l'indemnité d'insertion (en relation avec les activités d'insertion professionnelle) et l'allocation complémentaire (en relation avec la garantie de ressources).

- **Aide sociale**

L'aide sociale est constituée par les secours apportés par les collectivités publiques aux personnes dont les ressources sont insuffisantes.

Aussi le volet continue-t-il à être réglé par la loi du 28 mai 1897 sur les domiciles de secours qui impose aux administrations communales le devoir d'organiser les moyens convenables et de donner des secours publics aux nécessiteux. Les offices sociaux, établis dans chaque commune du pays, sont spécialement chargés de l'administration des biens affectés aux indigents et de la distribution des secours.

1 REVENU MINIMUM GARANTI

1.1 Notion

Afin de répondre au mieux aux exigences de la lutte contre l'exclusion sociale, la loi différencie entre deux prestations bien distinctes du revenu minimum garanti, l'indemnité d'insertion et l'allocation complémentaire. La première est destinée à conférer aux personnes aptes au travail, une activité d'insertion professionnelle rémunérée et l'affiliation concomitante aux assurances sociales. La deuxième prestation est réservée aux requérants âgés de plus de 60 ans, ainsi qu'à ceux qui ont moins de 60 ans mais qui sont inaptes à suivre des activités d'insertion professionnelle ou en sont temporairement dispensés.

Un aspect très important de la législation réside dans le fait que le requérant, âgé de moins de 60 ans et apte à suivre une mesure d'insertion professionnelle, doit demander l'indemnité d'insertion avant de pouvoir bénéficier éventuellement de l'allocation complémentaire. A son égard, le législateur a lancé un véritable défi : celui de l'admettre dans les trois mois qui suivent sa demande à une mesure qui lui ouvre le droit à l'indemnité d'insertion.

Pour être à la hauteur de ce défi, notre pays a besoin de l'apport des instances et organismes publics et privés, en dehors du secteur concurrentiel de l'économie. Voilà pourquoi une collaboration de toutes les instances concernées avec l'organisme compétent pour les mesures d'insertion professionnelle est de rigueur.

1.2 Champ d'application

Dans le cadre de cette lutte contre l'exclusion sociale, un revenu minimum garanti a été institué qui confère, dans les conditions fixées par la loi, des moyens suffisants d'existence ainsi que des mesures d'insertion professionnelle et sociale.

Le revenu minimum garanti consiste, soit en l'octroi d'une indemnité d'insertion, soit en l'octroi d'une allocation complémentaire destinée à parfaire la différence entre les montants maxima du revenu minimum garanti et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose, soit en l'octroi conjoint de l'indemnité d'insertion et de l'allocation complémentaire.

La loi situe le droit à un revenu minimum garanti dans le cadre de la lutte contre "l'exclusion sociale". Cette notion est aujourd'hui généralement préférée à la notion de "pauvreté". Elle caractérise mieux les phénomènes auxquels sont confrontées les personnes qui entrent dans le champ d'application de la loi sur le revenu minimum garanti et qui non seulement disposent de revenus insuffisants, mais qui ont généralement un accès restreint aux bénéfices de l'éducation, de la formation professionnelle, de l'emploi, de la santé, de la culture, du logement et de la vie associative. La notion de lutte contre l'exclusion sociale permet en outre de cerner de façon plus précise les objectifs de l'action entamée, à savoir, favoriser la participation active des personnes concernées dans la société et leur acceptation comme membres à part entière de celle-ci.

Les instruments créés par la loi se regroupent autour de trois axes, à savoir le revenu du ménage, l'insertion sociale de ses membres et l'insertion professionnelle des membres qui sont aptes au travail.

Au bénéficiaire qui, par suite de maladie ou d'infirmité, n'est plus en mesure de gagner sa vie dans les limites décentes, il importe de garantir des moyens suffisants d'existence. Pour le bénéficiaire apte au travail, il s'agit de mettre à sa disposition des mesures grâce auxquelles il peut activement préparer sa réinsertion professionnelle et sociale. Enfin, il est important de veiller à l'intégration sociale de l'ensemble des bénéficiaires.

Conformément à cette différenciation basée sur l'aptitude au travail, le revenu minimum garanti comprend désormais deux prestations distinctes : l'allocation complémentaire et l'indemnité d'insertion. L'allocation complémentaire est réservée aux ménages d'une ou de plusieurs personnes qui sont inaptes aux mesures d'insertion professionnelle ou qui en sont dispensées temporairement. L'indemnité d'insertion est accordée aux personnes aptes à suivre ces mesures et qui participent effectivement. Le ménage auquel appartient le bénéficiaire de l'indemnité d'insertion - ou tout autre salarié sous contrat de travail - peut percevoir en supplément l'allocation complémentaire si sa composition le justifie.

En ce qui concerne la notion de "moyens suffisants d'existence" celle-ci ne fait pas référence aux seuls moyens dont l'homme a besoin pour couvrir les besoins primaires indispensables à sa survie matérielle. Le concept de revenu minimum doit intégrer la dimension socioculturelle des besoins humains et permettre la participation minimale des personnes aux modes de vie qui caractérisent la société dont elles font partie.

1.3 Conditions générales d'ouverture du droit à un revenu minimum garanti

Peut prétendre au droit à un revenu minimum garanti toute personne qui remplit les conditions suivantes :

- bénéficier d'un droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché, y être domiciliée et y résider effectivement ;
- être âgée de 25 ans au moins ;
- disposer de ressources d'un montant inférieur aux limites prévues ci-après, soit à titre individuel, soit ensemble avec les personnes faisant partie d'une communauté domestique ;
- être prête à épuiser toutes les possibilités non encore utilisées dans la législation luxembourgeoise ou étrangère afin d'améliorer sa situation.

La personne qui n'est pas ressortissante du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse et qui n'est ni reconnue apatride [1)], ni reconnue réfugiée [2)], doit avoir résidé au Luxembourg pendant 5 ans au moins au cours des 20 dernières années. Ne sont pas visés par cette condition de résidence les membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, définis par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation et l'immigration et quelle que soit leur nationalité.

Le ressortissant de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou un membre de leur famille, quelle que soit sa nationalité, n'a pas droit aux prestations du revenu minimum garanti durant les trois premiers mois de son séjour sur le territoire ou durant la période où il est à la recherche d'un emploi s'il est entré à ces fins sur le territoire. Cette dérogation ne s'applique pas aux travailleurs salariés ou non salariés ou aux personnes qui gardent ce statut ou aux membres de leur famille, quelle que soit leur nationalité.

---

1) Au sens de la Convention relative aux statuts des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954.

2) Au sens de l'article 23 de la Convention relative au statut de réfugié politique, faite à Genève le 28 juillet 1951.

Peut prétendre au droit à un revenu minimum garanti sans avoir atteint l'âge de 25 ans :

- la personne qui élève un enfant pour lequel elle touche des allocations familiales ;
- la personne majeure qui soigne une personne atteinte d'une infirmité grave nécessitant l'aide constante d'une tierce personne ;
- la personne majeure qui, par suite de maladie ou d'infirmité, n'est pas en état de gagner sa vie dans les limites prévues par le dispositif du revenu minimum garanti.

Ne peut pas prétendre à un droit au revenu minimum garanti la personne qui :

- a abandonné ou réduit de plein gré son activité professionnelle ;
- a été licenciée pour faute grave ;
- a refusé de participer à une mesure d'insertion professionnelle organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi ou l'a abandonnée ;
- a perdu le bénéfice de l'indemnité de chômage en raison de son refus d'accepter un emploi lui assigné par l'Agence pour le développement de l'emploi ;
- fait l'objet d'une mesure de détention préventive ou d'une peine privative de liberté, sauf pendant la période où elle est soumise au régime de la semi-liberté ou qu'elle bénéfice d'une suspension de la peine[1] ;
- bénéficie d'un congé sans solde ou d'un congé pour travail à temps partiel, soit dans le secteur public, soit dans le secteur privé ;
- qui a fait une déclaration incomplète ou inexacte au Fonds.

Sous certaines conditions, l'organisme compétent peut déroger au principe précité. Pour l'appréciation de ces situations, l'organisme compétent prend en considération des faits qui remontent à moins de 6 mois au moment de la demande.

Le bénéficiaire du revenu minimum garanti qui omet d'avertir le Fonds endéans un mois d'une circonstance pouvant entraîner une modification de l'allocation ne peut plus prétendre aux prestations. Il peut être dérogé à cette exclusion pour les motifs visés ci-dessus.

Une nouvelle demande en obtention d'une prestation ne peut être introduite qu'après un délai minimum de 3 mois qui commence à courir à partir de la date de la notification de refus ou de retrait.

---

1) Tel que prévu aux articles 3 à 5 et 10 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 relative à certains modes d'exécution des peines privatives de liberté (Mém. A 70 du 11 septembre 1986, p.1940).

1.4 Détermination de la communauté domestique

Sont présumées faire partie d'une communauté domestique toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun, dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir les preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.

Les preuves matérielles visées par cette disposition sont, selon le cas[1)] :

- le certificat de résidence ;
- les titres de propriété d'un immeuble d'habitation ;
- le contrat de bail ;
- les quittances de loyer ;
- les pièces bancaires ou comptables prouvant le paiement du loyer ;
- les pièces prouvant le paiement des factures d'électricité, de gaz, de l'antenne collective ou des taxes communales.

Ces pièces peuvent être présentées à tout moment à l'organisme compétent par toute personne qui estime, au moment de la demande en obtention du revenu minimum garanti ou lors d'un contrôle effectué qu'elle a été considérée à tort comme vivant dans le foyer du requérant et disposant avec lui d'un budget commun.

Les pièces énumérées ci-avant doivent porter sur une durée de six mois au moins à compter de la date où la demande en obtention du revenu minimum garanti a été introduite.

Lorsqu'un enfant mineur est placé temporairement en dehors du domicile des père et mère, il est néanmoins considéré comme faisant partie de la communauté domestique si le placement ne dépasse pas un an.

Les personnes vivant dans une institution sociale ou médico-sociale sont à considérer soit comme personne seule, soit comme communauté de deux ou plusieurs personnes suivant qu'elles y vivent seules ou ensemble avec leur conjoint ou leur partenaire ou avec leurs enfants. Il en est de même des personnes hospitalisées qui sont considérées par le service du Contrôle médical de la sécurité sociale comme cas de simple hébergement.

Pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois ou pendant le placement dans un centre socio-éducatif de l'État, l'intéressé ne peut pas être considéré comme faisant partie de la communauté domestique.

---

1) Règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 fixant les modalités d'application de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 12 du 30 janvier 2001, p.620).

Lorsque, dans une communauté domestique déterminée conformément à ce qui précède, aucune prestation n'est due ou n'est demandée, les personnes suivantes sont considérées comme formant seules une communauté domestique :

- les personnes vivant dans la communauté domestique de leurs descendants majeurs ;
- les personnes majeures qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne sont pas en état de gagner leur vie dans les limites prévues par le dispositif du revenu minimum garanti et qui vivent dans la communauté domestique de leurs ascendants ou de leur frère ou sœur.

En outre l'organisme compétent peut considérer les personnes majeures, recueillies dans une communauté domestique pour laquelle elles créent des charges, comme formant seules une communauté domestique. Il en est de même des personnes recueillies dans le cadre de leur accompagnement social.

1.5 Détermination du revenu minimum garanti

Le revenu minimum mensuel garanti est fixé au 1er janvier 2017 à :[1)]

- 1.401,18 € pour une personne seule ou pour la première personne de la communauté domestique ;
- 2.101,80 € pour une communauté domestique composée de deux adultes.

Pour chaque adulte supplémentaire vivant dans la communauté domestique, le montant de base est augmenté de 400,93 €.

Pour chaque enfant ayant droit à des allocations familiales qui vit dans la communauté domestique, le montant de base est majoré de 123,94 €.

2 INDEMNITÉ D'INSERTION

2.1 Conditions d'attribution

Pour bénéficier de l'indemnité d'insertion, la personne majeure doit remplir, en dehors des conditions générales décrites ci-avant, les conditions spécifiques suivantes :

- être âgée de moins de 60 ans, à moins qu'elle ne remplisse pas à cet âge les conditions de stage pour l'obtention d'une pension de vieillesse ;

---

1) Les nouveaux montants du revenu minimum garanti ont été fixés par règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 (Mém. A 252 du 14 décembre 2016, p.4576).

- être disponible pour et apte à suivre les mesures d'insertion professionnelle ;
- ne pas être chômeur indemnisé, ni participer, en tant que demandeur d'emploi, aux activités d'insertion professionnelle organisées par l'Agence pour le développement de l'emploi.

Elle a droit à l'indemnité d'insertion si elle signe le contrat d'insertion, participe aux activités d'insertion professionnelle et reste, sauf à en être dispensée, disponible pour le marché de l'emploi et prête à accepter tout emploi lui assigné par l'Agence pour le développement de l'emploi.

La personne qui remplit les conditions d'attribution de l'indemnité d'insertion est obligée de solliciter cette indemnité avant de pouvoir bénéficier éventuellement de l'allocation complémentaire.

2.2 Détermination des ressources

Pour la détermination des ressources du requérant de l'indemnité d'insertion, sont pris en considération son revenu professionnel, son revenu de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère, l'allocation d'éducation et l'allocation de maternité, ainsi que les mêmes revenus des personnes majeures qui vivent avec lui en communauté domestique.

Toutefois ces revenus ne sont pas pris en compte jusqu'à concurrence de 30% du revenu global garanti au ménage.

2.3 Activités d'insertion

Le contrat d'insertion signé entre le requérant et le service national d'action sociale fait apparaître :

- tous les éléments utiles à l'élaboration, de concert avec l'intéressé, d'un projet visant son insertion professionnelle et, le cas échéant, son intégration sociale ;
- la nature des engagements réciproques et le calendrier des démarches et activités d'insertion qu'implique la réalisation de ce projet ainsi que les conditions d'évaluation, avec l'intéressé, des différents résultats obtenus ;
- la nature des facilités qui peuvent être offertes à l'intéressé pour l'aider dans ses efforts et démarches ;
- les modalités pratiques suivant lesquelles l'intéressé participe à une activité d'insertion professionnelle.

Le contrat d'insertion, dont la durée ne peut excéder un an, est renouvelable. En cas de besoin, il peut être adapté à tout moment.

Pendant la durée du contrat d'insertion, le service national d'action sociale demande au Fonds national de solidarité de déterminer les ressources du bénéficiaire de l'indemnité d'insertion. S'il appert que les ressources ainsi

déterminées, déduction faite de l'indemnité d'insertion effectivement perçue, dépassent les limites prévues pour le revenu minimum garanti, le service national d'action sociale ne peut procéder au renouvellement du contrat venu à expiration.

Les activités d'insertion professionnelle prennent la forme :

- de préparation et de recherche assistées, pendant une durée qui ne peut excéder trois mois, d'une activité professionnelle rémunérée, d'un travail d'utilité collective ou d'un stage en entreprise ;

  Dans le cadre des mesures de préparation et de recherche, un bilan de compétences professionnelles et sociales, assorti d'un avis d'orientation peut être établi.
- d'affectation temporaire à des travaux d'utilité collective auprès de l'Etat, des communes, des établissements publics, des établissements d'utilité publique ou de tout autre organisme, institution ou groupement de personnes poursuivant un but non lucratif ;
- d'affectation temporaire à un stage en entreprise [1].

La durée des activités d'affectation temporaire est de 40 heures par semaine à moins que la durée effective de travail dans les organismes et entreprises concernés soit fixée différemment par une disposition légale ou réglementaire, par une convention ou par dérogation. La durée de ces activités peut être réduite pour certaines personnes.

La personne concernée peut être autorisée à suivre des cours, des formations et des stages destinés à lui permettre d'acquérir une qualification professionnelle ou de la perfectionner.

De même, elle peut être obligée, sur proposition du service du Contrôle médical de la sécurité sociale, à participer à des cures, traitements ou autres mesures de réadaptation ou de réhabilitation destinés à rétablir ou améliorer son aptitude au travail.

Le montant de l'indemnité d'insertion est égal au taux horaire du salaire social minimum pour un salarié non qualifié multiplié par le nombre d'heures à fournir. Ce taux horaire est diminué de 20% lorsque le bénéficiaire, âgé de moins de 30 ans, suit une mesure de formation.

L'indemnité d'insertion est soumise aux charges sociales généralement prévues en matière de salaires.[2] La part patronale des charges sociales est imputée sur le Fonds national de solidarité.

---

1) *Pour les précisions concernant l'organisation et la participation à des stages en entreprise des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion : voir règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 (Mém. A 12 du 30 janvier 2001, p.628).*

2) *A l'exception des cotisations destinées au service de santé au travail.*

Le niveau de l'indemnité d'insertion de la personne affectée à des stages en entreprise peut être majoré de 20% si, au moment de son admission au stage, la personne concernée est à considérer comme salarié qualifié [1)].

Le paiement de l'indemnité d'insertion est assuré par le Fonds national de solidarité sur déclaration certifiée sincère et exacte par le service national d'action sociale.

L'indemnité d'insertion peut être cédée, mise en gage et saisie dans les limites fixées par les dispositions légales et réglementaires.

Les dispositions légales et réglementaires relatives à la durée du travail, au congé, au travail de nuit, au repos hebdomadaire, au travail partiel, aux jours fériés, à la sécurité du travail et au travail des femmes, des enfants et des jeunes salariés ainsi que les dispositions concernant les services de santé au travail sont applicables aux activités d'insertion professionnelle [2)].

Les dispositions en matière de contrat de travail ne sont pas applicables.[3)]

Les administrations et services de l'Etat, des communes, des établissements publics, les syndicats d'intérêts notamment touristiques, ainsi que les organismes gestionnaires fonctionnant sous le régime du droit privé dont les frais de fonctionnement sont principalement à charge du budget de l'Etat, collaborent avec le service national d'action sociale en vue d'organiser des travaux d'utilité collective permettant d'y affecter des bénéficiaires de l'indemnité d'insertion.

Si une entreprise du secteur privé ou un des organismes précités, engage un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion moyennant un contrat de travail à durée déterminée ou à durée indéterminée, le Fonds national de solidarité, sur déclaration certifiée sincère et exacte par le service national d'action sociale, peut participer aux frais de personnel occasionnés par cet engagement. Cette participation ne peut pas dépasser le produit du salaire social minimum brut pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans, augmenté de la part patronale et multiplié par le nombre de mois que dure l'engagement à durée déterminée ou à durée indéterminée, sans toutefois dépasser le nombre de 36 mois en ce qui concerne le contrat de travail à durée indéterminée. Cette durée est portée à 42 mois si l'engagement concerne un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion du sexe sous-représenté dans le secteur d'activité en question et/ou dans une profession déterminée.

Peut être dispensée, partiellement ou totalement, le cas échéant sur avis des services de santé au travail ou du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la participation à une ou plusieurs des activités d'insertion professionnelle :

---

1) Au sens de l'article L.222-4 du Code du travail.

2) Il s'agit des dispositions du livre III, titre II du Code du travail, relatives aux services de santé.

3) Il s'agit des dispositions du livre premier, titre II du Code du travail, relatives au contrat de travail.

- la personne qui élève un enfant pour lequel elle touche des allocations familiales, lorsque des motifs sérieux par rapport à l'enfant s'opposent à l'accomplissement des activités d'insertion ;
- la personne majeure qui soigne une personne atteinte d'une infirmité grave nécessitant l'aide constante d'une tierce personne ;
- la personne dont l'état de santé physique ou psychique ou la situation sociale et familiale sont tels que l'accomplissement d'une activité d'insertion professionnelle s'avère temporairement contre-indiqué ou irréalisable ;
- la personne qui poursuit des études ou une formation professionnelle à temps plein, pour autant que, suivant le bilan de compétences et l'avis d'orientation, ses chances d'intégration professionnelle sur le marché normal de l'emploi s'améliorent.

Pendant la durée de la dispense, un droit à l'allocation complémentaire est ouvert. Il en est de même des personnes signataires d'un contrat d'insertion qui, dans un délai de trois mois, n'ont pas pu être soumises, faute de poste de travail approprié, à une activité d'insertion professionnelle.

La dispense ne peut excéder un an ; elle est renouvelable. Les motifs ayant conduit à la dispense ou à son refus sont à inscrire au contrat d'insertion et communiqués par écrit au requérant. Il en est de même des personnes dispensées temporairement de l'obligation de se présenter aux bureaux de placement de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Lorsque le requérant signataire d'un contrat d'insertion ou le bénéficiaire de l'indemnité d'insertion ne respecte pas le contrat d'insertion ou lorsque, par son comportement, il compromet le déroulement normal des activités d'insertion professionnelle ou ses chances de réintégration, le service national d'action sociale notifie à l'intéressé un avertissement, le cas échéant après avoir pris l'avis du service du Contrôle médical de la sécurité sociale. Au cas où l'intéressé refuse d'obtempérer à cet avertissement, il peut perdre le droit à l'indemnité d'insertion et selon le cas le droit à l'allocation complémentaire. Cette sanction peut être prononcée, sans avertissement, à l'encontre d'un bénéficiaire de l'indemnité d'insertion qui a commis une faute grave pendant le déroulement d'une activité d'insertion professionnelle.

Si l'indemnité d'insertion a dû être retirée trois fois à un même bénéficiaire, l'octroi de l'indemnité d'insertion peut lui être refusé par l'organisme compétent. La suspension de l'octroi peut durer jusqu'à 12 mois et prend cours le premier du mois qui suit la dernière décision de retrait de l'organisme compétent.

Le bénéficiaire de l'indemnité d'insertion et la personne dispensée ont le droit de bénéficier, sur demande, d'un accompagnement social adapté à leur situation et à leurs besoins. Le service national d'action sociale veille à la réalisation de ce droit et coordonne, le cas échéant, les interventions des

services régionaux d'action sociale, des services publics et des services sociaux privés, conventionnés ou subsidiés par l'Etat.

Cet accompagnement social consiste notamment, après l'établissement d'un diagnostic précis de la situation et des besoins d'aide du demandeur, à :

- conseiller le demandeur et lui proposer, dans le respect de son libre choix, les moyens les plus appropriés pour faire face à ses besoins et à l'orienter vers les services et les personnes qui peuvent lui assurer les aides préventives, palliatives et curatives que réclament sa situation et celle de la communauté domestique dont il fait partie ;
- conseiller et orienter l'intéressé, tenu de remplir la condition d'être prêt à épuiser toutes les possibilités d'améliorer sa situation vers les personnes et organismes dispensateurs de ces possibilités et, si besoin en est, l'aider à accomplir les formalités et démarches usuelles ;
- informer, conseiller, orienter et guider le demandeur dans la gestion de son budget.

3 ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE

3.1 Conditions d'attribution

Pour bénéficier de l'allocation complémentaire, la personne doit remplir les conditions générales d'ouverture du droit au revenu minimum garanti décrites ci-avant. Toutefois, si elle suffit également aux conditions spécifiques pour bénéficier de l'indemnité d'insertion, elle doit préalablement solliciter l'indemnité d'insertion auprès du service national d'action sociale.

La demande en obtention de l'allocation complémentaire est à adresser à l'office social de la commune de résidence ou au Fonds national de solidarité.

L'allocation complémentaire est versée au requérant soit par l'office social compétent, soit par le Fonds national de solidarité.

L'allocation complémentaire est soumise au paiement des cotisations en matière d'assurance maladie. La cotisation est calculée sur la base de l'allocation complémentaire moyennant le taux prévu pour les prestations de soins de santé. La part patronale de cette cotisation est imputée sur le Fonds national de solidarité.

L'allocation complémentaire est soumise au paiement des cotisations en matière d'assurance pension, si le bénéficiaire, non éligible pour l'obtention de l'indemnité d'insertion, justifie d'une affiliation à l'assurance pension de 25 années au moins. Dans ce cas, la part assuré et la part patronale sont imputées sur le Fonds national de solidarité. L'assiette de cotisation mensuelle est constituée par la différence entre le salaire social minimum et les revenus professionnels de l'assuré.

3.2 Détermination des ressources

Pour la détermination des ressources d'un ayant droit sont pris en considération son revenu brut intégral et sa fortune ainsi que les revenus et la fortune des personnes qui vivent avec lui en communauté domestique.

Sont à déclarer les donations directes ou indirectes faites par le bénéficiaire d'une prestation. A la demande de l'office ou du fonds, les actes de donation sont à lui soumettre. Le fonds doit sans délai et par lettre recommandée communiquer aux donataires les déclarations faites à leur sujet et les rendre attentifs aux dispositions concernant la restitution des sommes versées à titre d'allocation complémentaire.

Sont compris dans les revenus, les revenus de remplacement dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère.

Par dérogation à la règle générale ne sont pas pris en compte les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, les allocations de naissance, les prestations en espèces allouées au titre de l'assurance dépendance (prestations en espèces en cas de maintien à domicile), le revenu professionnel de l'enfant âgé de moins de 25 ans jusqu'à concurrence du niveau du revenu minimum garanti pour une personne seule, les aides financières de l'Etat ainsi que les secours bénévoles alloués par les offices sociaux ou par des œuvres sociales privées.

Ne sont pas non plus mis en compte, jusqu'à concurrence de 30% du revenu global garanti à la communauté domestique, les revenus professionnels, les revenus de remplacement au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère, l'allocation d'éducation, l'allocation de maternité, l'indemnité d'insertion, ainsi que les aliments prestés par les ascendants et les descendants sur la base de leur obligation alimentaire.

Les revenus professionnels mensuels réguliers sont pris en compte suivant leur montant brut correspondant au mois pour lequel l'allocation complémentaire est demandée ou, à défaut, au mois précédant celui-ci. Au cas où ces revenus mensuels réguliers présentent des fluctuations, le montant mensuel peut être déterminé sur la base d'une moyenne s'étendant au maximum sur les douze mois précédents.

Pour autant qu'il ne soit pas possible de déterminer des revenus professionnels mensuels correspondant à une activité indépendante, le revenu mensuel est égal à un douzième du revenu annuel pris en compte pour la détermination de l'assiette de cotisation en matière d'assurance pension.

En cas de travail saisonnier, le revenu mensuel équivaut à la moyenne des revenus correspondants sur les 12 mois précédents.

Le revenu professionnel, résultant d'une activité occasionnelle, non pris en compte au moment de la détermination de l'allocation complémentaire, peut

être pris en compte pour la détermination de l'allocation complémentaire d'un mois subséquent.

Les indemnités pécuniaires de maladie, de maternité et d'accidents de travail sont assimilées aux revenus provenant d'une activité professionnelle.

Les autres revenus mensuels réguliers tels que les pensions, rentes, loyers d'immeubles, sont pris en compte suivant leur montant correspondant au mois pour lequel l'allocation complémentaire est demandée.

Pour la conversion en revenus mensuels, les revenus déterminés sur une base annuelle sont à diviser par douze.

Les ressources résultant de la fortune se déterminent par conversion en rente viagère immédiate de la valeur globale de la fortune au moyen des multiplicateurs résultant des barèmes[1)].

La détermination des revenus tient compte des aides alimentaires ainsi que, le cas échéant, de la mise en compte des prestations en nature. Les prestations en nature, comprenant notamment l'entretien complet et services rendus par le requérant à d'autres membres de la communauté domestique, sont fixées à la valeur moyenne des rémunérations en nature en matière d'impôts.

Le revenu est diminué du montant effectivement presté en vertu d'une obligation alimentaire à laquelle un membre de la communauté domestique est tenu envers une personne ne faisant pas partie de la communauté domestique.

Les ressources de la fortune se déterminent par conversion en rente viagère immédiate de la valeur globale de la fortune au moyen de multiplicateurs à arrêter par règlement grand-ducal [2)].

La valeur de la fortune mobilière est déterminée selon sa valeur vénale. Il n'est pas tenu compte d'un montant de 19.216,00 € (2.478,94 € n.i. 100).

La valeur de la fortune immobilière, située au Luxembourg, est déterminée comme suit :

- les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'Administration des contributions pour la fixation de l'impôt sur la fortune des terrains agricoles ou forestiers sont multipliées par le coefficient de soixante ;
- les valeurs unitaires telles qu'elles sont fixées par l'Administration des contributions pour la fixation de l'impôt sur la fortune de tous les

---

1) *Voir annexes B et C du règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 fixant les modalités d'application de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 12 du 30 janvier 2001, p.620).*

2) *Voir règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 fixant les modalités d'application de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 12 du 30 janvier 2001, p.620).*

immeubles non visés à l'alinéa ci-avant sont multipliées par le coefficient cent.

Si le requérant conteste la valeur ainsi déterminée, celle-ci est déterminée par voie d'expertise.

Si le requérant possède une fortune à l'étranger, il doit produire une attestation, établie par un organisme public compétent, permettant soit d'appliquer les critères prévus ci-avant, soit d'établir la valeur de cette fortune. S'il est dans l'incapacité de produire une telle attestation, le Fonds national de solidarité évalue la valeur de la fortune en fonction des éléments d'appréciation dont il dispose.

Si le requérant habite tout ou partie d'une maison d'habitation dont il est propriétaire, la valeur locative de cette habitation n'est pas comptée pour la détermination de son revenu intégral dans la mesure où elle ne dépasse pas les besoins du requérant et de sa famille.

Le requérant peut demander que la valeur en capital de la maison ne soit pas prise en considération pour la détermination du revenu intégral.

Si les ressources de la fortune immobilière ne dépassent pas de 50% les seuils correspondants du revenu minimum garanti, le ou les requérants peuvent demander que la valeur intégrale de cette fortune immobilière ne soit pas prise en considération pour la détermination du revenu intégral.

3.3 Prise en considération de l'obligation alimentaire

Pour l'appréciation des ressources, il est tenu compte de certaines aides alimentaires instituées par le Code civil [1)] et par la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats [2)].

Si l'aide alimentaire n'est pas fixée par le juge ou si les débiteurs d'aliments ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leur dette alimentaire, le créancier d'aliments, requérant ou bénéficiaire de l'allocation complémentaire, est tenu, dès que le Fonds national de solidarité l'y invite par lettre recommandée, de faire valoir ses droits.

Toutefois, aucune aide alimentaire n'est exigible de la part d'un parent direct, d'un parent au premier degré ou d'un adoptant pour un enfant ou un adopté ayant l'âge de 30 ans.

Le premier du mois qui suit l'envoi de la lettre recommandée, le Fonds national de solidarité reporte la fixation et la mise en compte de l'aide alimentaire pour une durée de six mois. Ce délai peut être prorogé si les

---

1) Il s'agit des articles 203, 212, 214, 267bis, 268, 277, 300 et 303 du Code civil ainsi que de l'article 334-1 du Code civil, pour autant qu'il a pour objet les aides alimentaires dues par les parents à l'enfant naturel et de l'article 362 du même code, pour autant qu'il vise les aides alimentaires dues par l'adoptant à l'adopté.

2) Il s'agit des articles 7 et 12 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats (Mém. A 143 du 6 août 2004, p.2020).

démarches entreprises par le créancier d'aliments n'ont pas encore donné lieu au versement effectif de l'aide alimentaire.

Si le créancier d'aliments refuse de faire valoir ses droits contre le débiteur ou renonce à poursuivre les démarches entreprises, l'organisme compétent fixe l'aide alimentaire à un montant approprié qui est mis en compte pour le calcul de son revenu.

Si un allocataire de l'allocation complémentaire a personnellement utilisé les possibilités légales de réclamer les aliments selon la législation luxembourgeoise ou étrangère et si les débiteurs d'une obligation alimentaire, tout en étant solvables, ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leurs dettes alimentaires, le Fonds peut, en lieu et place du créancier et selon les règles de compétence et de procédure qui sont applicables à l'action de celui-ci, agir en justice pour la fixation, la révision et le recouvrement de la créance d'aliments.

Cette action peut porter sur la période écoulée et remonter dans ses effets à la date à laquelle le Fonds national de solidarité a invité par lettre recommandée les débiteurs d'aliments à s'acquitter de leur obligation.

L'action ne peut être exercée contre les personnes qui disposent d'un revenu imposable inférieur à trois fois le salaire social minimum. Elle ne peut, en outre, être exercée que jusqu'à concurrence d'un montant correspondant au maximum au salaire social minimum.

Ces limites ne sont pas applicables si le débiteur d'aliments est un époux séparé de fait, un époux en instance de divorce, un conjoint séparé de corps, un conjoint divorcé, un partenaire, un ancien partenaire[1)] ou le parent direct au premier degré d'un enfant mineur.

Les transactions sur les pensions alimentaires ou renonciations à des aliments contenues dans des conventions de divorce par consentement mutuel ne sont pas opposables au Fonds.

Le versement de la dette alimentaire, fixée en vertu d'une action judiciaire intentée par le Fonds en vertu des dispositions décrites ci-avant, est effectué entre les mains du Fonds.

L'allocation complémentaire payée à l'intéressé ne doit en aucun cas être inférieure aux aliments touchés en ses lieu et place par le Fonds.

---

1) Au sens des articles 2 et 13 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats (Mém. A 143 du 6 août 2004, p.2020).

3.4 Procédures

Les décisions d'octroi ou de refus de l'allocation complémentaire sont notifiées au requérant au plus tard dans les 30 jours suivant la date où la demande est censée être faite si l'organisme compétent est l'office social et dans les trois mois s'il s'agit du Fonds national de solidarité. Elles sont prises, s'il s'agit d'une première demande, au vu des pièces du dossier qui font foi jusqu'à preuve du contraire et sans préjudice de la révision de la décision d'attribution.

La notification détermine notamment le montant et le début de la mise en paiement de l'allocation complémentaire, fait état des éléments de revenu et de fortune ayant été pris en considération et donne les renseignements nécessaires en cas d'affiliation à l'assurance maladie-maternité.

L'allocation complémentaire est versée entre les mains de l'un des membres de la communauté domestique. L'organisme compétent choisit l'allocataire après avoir entendu les parties.

Après avoir décidé de l'octroi ou du refus de l'allocation complémentaire, l'office social transmet sans délai le dossier au Fonds national de solidarité qui l'instruit et notifie une décision au requérant. La décision du Fonds ne porte ses effets qu'à partir de la date de la notification.

L'office social assure le service de l'allocation complémentaire jusqu'à la reprise de celle-ci par le Fonds national de solidarité.

En cas d'urgence, la décision provisoire d'octroyer l'allocation complémentaire est prise dans les 24 heures par le président de l'office social compétent ou par le commissaire de gouvernement à l'action sociale ou son délégué.

Si la décision est prise par le président de l'office social, celui-ci assure le service de l'allocation complémentaire sans préjudice de l'application des dispositions de procédure.

Si la décision est prise par le commissaire de gouvernement à l'action sociale ou son délégué, le service national d'action sociale assure le service de l'allocation complémentaire et transmet, dans un délai de cinq jours ouvrables, le dossier comprenant tous les éléments ayant été à la base de cette décision d'urgence au Fonds national de solidarité qui notifie au bénéficiaire une décision susceptible de recours devant le Conseil arbitral et reprend le service du complément. La décision notifiée du Fonds national de solidarité porte ses effets à partir de la date à laquelle la décision provisoire d'octroi a été prise.

La charge de l'allocation complémentaire incombe au Fonds national de solidarité.

L'office social qui a assuré le service de l'allocation complémentaire est remboursé par le Fonds, si les conditions générales d'ouverture du droit sont remplies.

3.5 Révision de la décision d'attribution

Les bénéficiaires de l'allocation complémentaire doivent déclarer immédiatement à l'organisme compétent tous les faits qui sont de nature à modifier leur droit à l'allocation complémentaire.

L'organisme compétent examine régulièrement si les conditions d'octroi sont toujours remplies.

L'allocation complémentaire est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

Si les éléments de calcul de l'allocation complémentaire se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, l'allocation complémentaire est relevée, réduite ou supprimée.

Lorsque, pendant la période pour laquelle l'allocation complémentaire a été payée, un bénéficiaire a disposé de ressources qui auraient dû être prises en considération pour le calcul de cette allocation, les sommes payées en trop peuvent être récupérées à charge du bénéficiaire ou de ses ayants droit. Sa restitution est obligatoire si le bénéficiaire a provoqué son attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler des faits importants après l'attribution. Les sommes indûment touchées sont à restituer par le bénéficiaire ou ses ayants droit sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles ; elles peuvent être déduites de l'allocation complémentaire ou des arrérages restant dus au bénéficiaire. L'organisme compétent ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droit soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.

3.6 Restitution de l'allocation complémentaire

Le Fonds national de solidarité réclame la somme par lui versée à titre d'allocation complémentaire :

- contre le bénéficiaire revenu à meilleure fortune par des circonstances autres que les mesures d'insertion professionnelle ;
- contre le donataire du bénéficiaire d'une allocation complémentaire lorsque ce dernier a fait la donation directe ou indirecte postérieurement à la demande de l'allocation ou dans les 10 ans qui ont précédé cette demande ou après l'âge de 50 ans, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens au jour de la donation ;
- contre le légataire du bénéficiaire d'une allocation complémentaire, au maximum jusqu'à concurrence de la valeur des biens à lui légués au jour de l'ouverture de la succession.

Si le bénéficiaire d'une allocation complémentaire revient à meilleure fortune dans une mesure telle qu'il peut restituer tout ou partie de ses arrérages touchés, il est tenu de le faire.

En cas de refus de sa part, une action en restitution ne peut cependant être intentée contre lui par le Fonds national de solidarité que pour les arrérages dépassant 19.216,00 € (2.478,94 € n.i. 100).

A l'égard de la succession du bénéficiaire de l'allocation complémentaire, le fonds réclame la restitution des sommes versées suivant certaines modalités suivantes :

- Lorsque la succession d'un bénéficiaire échoit en tout ou en partie au conjoint survivant ou à des successeurs en ligne directe, le Fonds ne peut valoir aucune demande en restitution pour une première tranche de l'actif de la succession fixée à 230.589,82 (29.747,00 € n. i. 100).
- Si le conjoint survivant ou un successeur en ligne directe mineur a été en tout ou en partie à charge du défunt au moment du décès et s'il justifie qu'il dispose d'un revenu imposable inférieur à deux fois et demi le salaire social minimum, aucune restitution ne peut être demandée pour une part proportionnelle à ses droits dans la succession.
- L'avantage qui résulte de cette disposition doit revenir entièrement à ce successeur.
- Lorsque le conjoint survivant ou un autre successeur en ligne directe d'un bénéficiaire de l'allocation complémentaire continue à habiter dans un immeuble ayant appartenu soit au bénéficiaire seul soit conjointement au bénéficiaire de l'allocation complémentaire et à son conjoint, le Fonds ne peut pas, tant que dure cette situation, faire valoir une demande en restitution sur cet immeuble et sur les meubles meublant le garnissant.
- Toutefois, pour garantir les droits à une restitution ultérieure, l'immeuble est grevé d'une hypothèque légale dont l'inscription est requise par le Fonds[1)].
- A défaut de successeurs en ligne directe et de conjoint survivant, le Fonds ne peut faire valoir aucune demande en restitution pour une tranche d'arrérages de 1.700 euros sans distinction du nombre de successeurs entrant en ligne de compte.

3.7 Garantie de la restitution par une hypothèque légale

Pour la garantie des demandes en restitution, les immeubles appartenant aux bénéficiaires de l'allocation complémentaire sont grevés d'une hypothèque légale dont l'inscription, la postposition et la mainlevée partielle ou totale sont requises par le Fonds national de solidarité.

---

1) Pour plus de précisions : voir règlement grand-ducal du 16 janvier 2001 fixant les modalités d'application de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 12 du 30 janvier 2001, p.620).

Les bordereaux d'inscription doivent contenir une évaluation de l'allocation complémentaire allouée au bénéficiaire. Cette évaluation est faite d'après une table de mortalité à agréer par règlement grand-ducal [1]. En cas de modification de l'allocation complémentaire, l'inscription est changée en conséquence. Lorsque l'allocation complémentaire servie dépasse l'évaluation figurant au bordereau d'inscription, le Fonds national de solidarité requiert une nouvelle inscription d'hypothèque. Les formalités à accomplir, ne donnent lieu à aucune perception au profit du trésor.

3.8 Cession, mise en gage et saisie

L'allocation complémentaire ne peut être ni cédée, ni mise en gage, ni saisie.

Les arrérages peuvent cependant être cédés, mis en gage et saisis sans limitation pour couvrir :

- les avances sur les allocations complémentaires faites aux bénéficiaires entre l'échéance et l'ordonnancement de l'allocation complémentaire par une institution de droit public, par un établissement d'utilité publique ou une association de droit privé constituée sous forme d'association sans but lucratif ;
- les créances qui compètent aux communes et établissements publics pour secours fournis depuis que l'allocation complémentaire était due ;
- les avances de pensions alimentaires.

L'organisme compétent peut, de l'accord du bénéficiaire, retenir l'allocation complémentaire jusqu'à concurrence d'un quart pour couvrir les frais d'électricité et de loyers impayés, pour rembourser des dettes notamment en relation avec les frais d'acquisition ou d'entretien d'un logement occupé par le bénéficiaire, pour l'avance de pensions alimentaires ou la restitution des allocations complémentaires indûment touchées.

3.9 Présentation des demandes

La demande en vue de l'obtention d'une prestation est à adresser à l'office social, au Fonds national de solidarité ou au service national d'action sociale.

A cet effet, un formulaire de demande commun est tenu à la disposition des intéressés par l'office, le Fonds, le service ainsi que par les secrétariats des administrations communales.

Les services sociaux aident le requérant qui le demande à accomplir les formalités et à obtenir les pièces exigées.

La demande est envoyée par simple lettre à la poste ; elle peut également être déposée directement auprès des organismes compétents.

---

1) Ce règlement grand-ducal n'a pas encore été pris.

L'organisme saisi y porte chaque fois la date du dépôt, la transmet sans délai à l'organisme compétent et en avise le requérant.

L'organisme compétent vérifie si la demande est réputée être faite conformément aux dispositions applicables. Si tel n'est pas le cas, il invite le requérant à fournir les pièces requises.

La demande est réputée être faite à la date du dépôt, à condition qu'elle soit signée et qu'elle soit accompagnée des pièces requises. Au cas où toutes les pièces ne sont pas jointes, la demande est réputée être faite à la date où la dernière de ces pièces prévues parvient à l'organisme compétent.

L'allocation complémentaire est due à partir du premier du mois au cours duquel la demande est réputée être faite.

Pour le requérant majeur non bénéficiaire des allocations familiales, la condition de résidence doit être certifiée par la ou les communes où il réside ou a résidé au Luxembourg, à moins que celui-ci puisse se prévaloir du statut d'apatride ou de réfugié politique.

Un certificat de composition du ménage est à joindre, ainsi que, pour chaque enfant pour lequel une prestation est demandée, une attestation de la Caisse pour l'avenir des enfants certifiant que l'enfant a droit aux allocations familiales et précisant l'attributaire.

En outre, le requérant majeur doit :

- être détenteur d'une carte de séjour valide s'il est ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'espace économique européen ;
- apporter la preuve qu'il était en séjour régulier au Luxembourg pendant la période de 5 ans prise en considération, s'il est ressortissant d'un Etat autre que celui visé à l'alinéa ci-avant.

Pour le requérant majeur de l'allocation complémentaire, non bénéficiaire des allocations familiales et âgé de moins de 60 ans, est à joindre à la demande, en outre et selon le cas, une ou plusieurs des pièces ci-après :

- une attestation d'affiliation obligatoire à un régime général de pension ou à un régime spécial ;
- une attestation du régime de pension ou de l'association d'assurance contre les accidents que la personne bénéficie d'une pension d'invalidité ou d'une rente plénière ;
- une attestation de l'organisme compétent en matière de pension que la personne remplit les conditions de stage pour l'obtention d'une pension de vieillesse ;
- une attestation du service national d'action sociale, certifiant que le requérant ne remplit pas les conditions pour bénéficier d'une indemnité d'insertion ou est dispensé de participer à une mesure d'insertion professionnelle.

Pour le requérant âgé de moins de 25 ans, est à joindre en outre et selon le cas à la demande :

- un certificat médical attestant qu'à la suite d'une maladie ou d'une infirmité il n'est pas en état de gagner sa vie ;
- une attestation établie par la Caisse nationale de santé ou par un médecin prouvant qu'il soigne une personne bénéficiaire de l'assurance dépendance ou une personne gravement malade.

3.10 Instruction des demandes

En ce qui concerne l'instruction des demandes en obtention de l'**indemnité d'insertion** il y a lieu de relever les dispositions suivantes.

Sur demande du requérant ou à l'initiative du service national d'action sociale et de l'accord de l'intéressé, le service transmet sans délai une copie de la demande au Fonds national de solidarité qui vérifie si le requérant a également droit, conjointement à l'indemnité d'insertion, à une allocation complémentaire.

Le Fonds communique au service les résultats de ces vérifications.

La demande en obtention d'une indemnité d'insertion donne lieu à l'établissement par le service d'un dossier qui comporte selon le cas :

- la demande ainsi que les pièces justificatives demandées ;
- la communication du Fonds visée à l'alinéa qui précède ;
- une attestation certifiant que le requérant n'est pas soumis à une mesure organisée par l'Agence pour le développement de l'emploi et qu'il n'a pas rompu ou refusé une telle mesure ;
- le contrat d'insertion ;
- la décision notifiée au requérant en ce qui concerne la dispense et, le cas échéant, les pièces justifiant cette décision ;
- la demande des requérants en ce qui concerne le droit à l'accompagnement social.

A partir de la date où la demande est réputée être faite, le service national d'action sociale examine si le requérant remplit les conditions pour obtenir l'indemnité d'insertion et s'il peut, le cas échéant, bénéficier d'une dispense.

A cet effet, le service peut convoquer le requérant à un entretien et détermine les pièces à produire qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Les pièces servant à déterminer les ressources doivent se rapporter au mois au cours duquel la demande est introduite ou, à défaut, au mois précédant la demande.

En ce qui concerne l'appréciation des dispenses à accorder, le service peut, outre les avis du service de santé au travail et du contrôle médical de la sécurité sociale, demander au requérant de produire l'avis d'autres experts

du domaine médical, psychologique, pédagogique, social ou de l'orientation professionnelle.

En outre, le service peut demander un rapport d'enquête sociale aux services régionaux d'action sociale.

Si le requérant, après y avoir été invité par lettre recommandée, ne participe pas à l'entretien, sans pouvoir justifier de motifs réels et sérieux, ou ne produit pas les pièces demandées dans un délai de 20 jours qui commence à courir à la date d'envoi de la lettre recommandée, il est considéré comme n'ayant pas sollicité le bénéfice de l'indemnité d'insertion.

Dans ce cas, le service en informe sans délai le Fonds national de solidarité.

Au plus tard 3 mois après que la demande est réputée être faite, les décisions motivées relatives à l'octroi ou au refus de l'indemnité d'insertion ainsi qu'aux dispenses accordées ou refusées, sont notifiées au requérant par lettre recommandée et avec indication des voies de recours.

Une copie de cette notification est adressée au Fonds national de solidarité ou à l'office social.

Pour chaque bénéficiaire de l'indemnité d'insertion, le service communiquera sans délai au fonds ou à l'office le montant brut de l'indemnité d'insertion ainsi que la date du début du versement de celle-ci.

En ce qui concerne l'instruction de la demande en obtention de l'allocation complémentaire il y a lieu de relever les dispositions suivantes.

La demande du requérant en obtention de l'**allocation complémentaire** donne lieu à l'établissement d'un dossier qui, outre les pièces justificatives, comporte selon le cas :

- un rapport établi à la suite d'une enquête sur la situation de revenu et de fortune du requérant et de toutes les personnes qui vivent avec lui en communauté domestique ;
- la communication du service relative à l'octroi de l'indemnité d'insertion ;
- la notification du service aux personnes dispensées à participer aux activités d'insertion professionnelle.

Si, au moment de l'octroi de l'allocation complémentaire, le bénéficiaire n'est pas encore affilié à l'assurance maladie, le Fonds national de solidarité présente immédiatement une demande d'affiliation à la Caisse nationale de santé afin de régulariser la situation du bénéficiaire.

Pour l'instruction du dossier, l'office social ou le Fonds national de solidarité procèdent, pour autant que de besoin et suivant leurs compétences, à une enquête auprès des intéressés, auprès des administrations communales et fiscales, auprès des organismes d'assistance et de sécurité sociale compétents et auprès des institutions et services publics et privés œuvrant dans le domaine de l'action sociale.

Ils peuvent notamment demander à toute personne, institution ou entreprise, de leur faire connaître le montant des rémunérations, des pensions, rentes ou allocations périodiques qu'elles sont tenues de servir aux requérants.

L'allocation complémentaire est due à partir du mois au cours duquel la demande est réputée être faite. Elle est versée sans retard.

3.11 Contrôles

Les agents du Fonds national de solidarité peuvent, dans l'exercice de leurs missions et munis des pièces justificatives de leurs fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité une prestation du fonds national de solidarité, afin de procéder à tous les examens, contrôles ou enquêtes jugés nécessaires pour déterminer si les conditions en vue de l'octroi des prestations se trouvent remplies. Les visites à domicile ne peuvent avoir lieu qu'entre 6.30 et 20.00 heures.

4 LA SITUATION DE REVENU POUR PERSONNES HANDICAPÉES

La législation relative aux personnes handicapées[1)] a pour objectif de promouvoir la sécurité et l'indépendance économiques des personnes handicapées et vise partant à parfaire la protection socio-économique de celles-ci. Les mesures mises en œuvre concernent tant les personnes qui disposent de capacités de travail suffisantes pour exercer une activité professionnelle salariée dans un milieu protégé que celles qui, du fait de la gravité de leurs déficiences, ne peuvent exercer aucun emploi salarié.

La loi prévoit notamment :

- la mise en place d'un système de rémunération au profit des personnes bénéficiant de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé et employées sur le marché de travail ordinaire ou dans un atelier protégé ;
- la création d'un revenu au bénéfice des personnes gravement handicapées, qui du fait de la gravité de leur handicap sont dans l'impossibilité de gagner leur vie à l'aide d'un travail sur le marché du travail ou dans un atelier protégé.

4.1 Notion de salarié handicapé

Le salarié handicapé orienté vers le marché de travail ordinaire ne peut toucher un salaire, qui est inférieur à celui résultant des dispositions légales, réglementaire ou conventionnelles. Il ne peut dès lors plus faire l'objet d'un abattement en raison de sa déficience.

---

1) Loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 144 du 29 septembre 2003, p.2938) et Livre V, Titre VI "Emploi de personnes handicapées" du Code du travail.

Le salarié handicapé orienté vers un atelier protégé bénéficie dans l'atelier protégé d'un salaire dont le montant est égal au taux horaire du salaire social minimum multiplié par le nombre d'heures de travail fixées dans le contrat de travail entre le salarié handicapé et l'atelier protégé.

4.2 Conditions générales d'attribution de la qualité de salarié handicapé

A la qualité de salarié handicapé, toute personne qui présente une diminution de sa capacité de travail de 30% au moins, survenue par suite :

- d'un accident de travail auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois ;
- d'événements de guerre ou de mesures de l'occupant ;
- d'une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique et/ou en raison de difficultés psycho sociales aggravant la déficience,

et qui est reconnue apte à exercer un emploi salarié sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

Cette qualité peut être reconnue aux ressortissants luxembourgeois ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou à la Confédération Suisse, aux personnes qui sont reconnues apatride [1)], aux réfugiés [2)] ainsi qu'aux ressortissants de pays tiers qui travaillent auprès d'une entreprise légalement établie sur le territoire luxembourgeois ou qui bénéficient d'un droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg, qui y sont domiciliés, qui y résident effectivement, et qui, tout en étant disponibles pour un emploi, remplissent les conditions pour exercer une activité professionnelle au Grand-Duché.

4.3 L'octroi du revenu pour personnes gravement handicapées

a) Conditions générales d'ouverture du revenu pour personnes gravement handicapées

Peut prétendre au revenu pour personnes gravement handicapées, la personne qui remplit les conditions suivantes :

- être âgé de 18 ans au moins ;
- présenter une diminution de la capacité de travail de 30% au moins par suite d'une déficience physique, mentale, sensorielle ou psychique et/ou en raison de difficultés psycho sociales aggravant la déficience; la déficience doit être acquise avant l'âge de 65 ans ;

---

1) Sur base de l'article 23 de la Convention relative au statut des apatrides faite à New York le 28 septembre 1954.

2) Au sens de l'article 23 de la Convention relative au statut de réfugié, faite à Genève, le 28 juillet 1951.

- présenter un état de santé qui est tel que tout effort de travail s'avère contre-indiqué ou dont les compétences de travail sont si réduites qu'il s'avère impossible d'adapter un poste de travail dans le milieu ordinaire ou protégé à ses besoins ;
- bénéficient d'un droit de séjour sur le territoire du Grand-Duché, y être domiciliée et y résider effectivement.

La personne qui n'est pas un ressortissant du Grand-Duché de Luxembourg ou d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse et qui n'est pas reconnue apatride, ni reconnue réfugiée, doit avoir résidé légalement au Luxembourg pendant 5 ans au moins au cours des 20 dernières années. Ne sont pas visés par cette condition de résidence les membres de la famille du ressortissant luxembourgeois, du ressortissant d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat ayant adhéré à l'Accord sur l'Espace Economique Européen ou de la Confédération suisse.

b) Montant

Le revenu mensuel pour une personne gravement handicapée est fixé à 1.401,18 €.

A noter que des dispositions de non-cumul avec des revenus professionnels ou des prestations de remplacement de la sécurité sociale trouvent, le cas échéant, application.

4.4 Cas particulier

Le cas particulier vise la personne reconnue salarié handicapé et qui pour des raisons indépendantes de sa volonté, n'a pas accès à un emploi salarié et qui dispose de ressources d'un montant inférieur à celui du revenu pour personnes gravement handicapées.

La personne visée par le cas particulier d'accès au revenu pour personnes gravement handicapées doit remplir les conditions cumulatives suivantes :

- bénéficier de la reconnaissance de salarié handicapé[1] ;
- bénéficier du droit de séjour du Grand-Duché de Luxembourg, y être domiciliée et y résider effectivement ;
- ne pas avoir accès à un emploi salarié pour des raisons indépendantes de sa volonté ;
- disposer de ressources d'un montant inférieur à celui du revenu pour personnes gravement handicapées.

---

1) Au sens de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées (Mém. A 144 du 29 septembre 2003, p.2938).

Exemple de calcul du revenu pour personnes gravement handicapées

M. Schmit, bénéficiaire d'une rente d'invalidité d'un montant brut de 500,00 € par mois, a obtenu le bénéfice du revenu pour personnes gravement handicapées.

Comme le montant prévu par l'article 25 alinéa 1er de la loi est adapté à l'augmentation du montant du revenu minimum mensuel garanti, le montant du revenu mensuel est actuellement fixé à 176,35 euros pour une personne gravement handicapée. Ce montant correspond au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948 et est adapté suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat.

- Nombre indice applicable au 1er janvier 2017 : 794,54.
- Montant du revenu pour personnes gravement handicapées :

176,35 x 794,54 / 100 = 1.401,18 €.

Total des revenus touchés par M. Schmit en dehors du revenu pour personnes gravement handicapées : 500,00 €.

Calcul de l'immunisation :

L'article 26 de la loi prévoit que le revenu pour personnes gravement handicapées est suspendu jusqu'à concurrence du montant des revenus professionnels et des revenus de remplacement dont bénéficie le titulaire au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère et qui sont immunisés jusqu'à concurrence de 30% du revenu pour personnes gravement handicapées. Comme la rente d'invalidité relève des revenus de remplacement visés par l'article 26, M. Schmit bénéficie d'une immunisation de 30%.

- Calcul du montant de l'immunisation : 30% soit 0,30 x 1.401,18 = 420,35 €.
- Calcul des revenus à mettre en compte dans le calcul du revenu pour personnes gravement handicapées compte tenu de l'immunisation de 30% : 500,00 - 420,35 = 79,65 €.
- Montant brut du revenu pour personnes gravement handicapées à verser :

  1.401,18 - 79,65 = 1.321,53 €.
- Cotisation de la caisse de maladie : 2,80% soit 0,028 x 1.321,53 = 37,00 €.

Assurance dépendance :

Calcul de l'assurance dépendance :

- Détermination de l'assiette cotisable réduite :

  Montant brut touché - ¼ du salaire social minimum pour personne non qualifiée soit :

  1.321,53 - [¼ x 1.998,59 = 499,65] = 821,88.
- Détermination de la cotisation de l'assurance dépendance : 1,4% soit :

  0,014 x 821,88 € = 11,51 €.

Calcul du montant net du revenu pour personnes gravement handicapées touché par M. Schmit : 1.321,53 - [37,00 + 11,51 = 48,51] = 1.273,02 €.

Dans notre exemple de calcul M. Schmit touche une rente d'invalidité de 500,00 € (montant brut) ainsi qu'un revenu pour personnes gravement handicapées net de 1.273,02 € (montant net).

4.5 Dispositions administratives[1)]

Deux organes sont chargés de l'exécution de la législation relative aux personnes handicapées.

Une Commission médicale est compétente pour la procédure de la reconnaissance de la qualité de salarié handicapé, ainsi que de la procédure en obtention du revenu pour personnes gravement handicapées.

Une Commission d'orientation et de reclassement professionnel des salariés handicapés s'occupe :

- des mesures d'orientation, de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelles ;
- des mesures d'intégration et de réintégration professionnelles ;
- de la prise en charge des frais relatifs à l'aménagement des postes de travail et des accès au travail, ainsi que des frais de transport ;
- de la prise en charge par l'Etat des cotisations de sécurité sociale par les travailleurs indépendants handicapés.

5 ALLOCATION DE VIE CHÈRE

A partir de 2008, une allocation de vie chère[2)] est attribuée en faveur des ménages à revenu modeste en lieu et place de l'allocation de chauffage. Cette allocation a comme vocation de permettre aux ménages à revenus modestes de faire face à l'augmentation des prix, entre autres, des biens à la consommation.

Le revenu annuel global ne doit pas dépasser 3.024 € pour une personne seule. Cette limite de revenu est augmentée de :

- 1.512 € pour la deuxième personne
- 907,20 € pour chaque personne supplémentaire dans le ménage

Ces montants correspondent au nombre 100 de l'indice pondéré du coût de la vie au 1er janvier 1948.

Est considéré comme revenu annuel global, l'ensemble des revenus bruts dont la communauté domestique [3)] a disposé pour une période de référence de 12 mois précédant le mois de l'introduction de la demande en obtention de l'allocation auprès du Fonds national de solidarité.

---

1) Pour plus de précisions pour l'exécution de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées : voir règlement grand-ducal modifiée du 7 octobre 2004 (Mém. A 2004, p. 2526).

2) Voir Règlement du Gouvernement en Conseil du 9 décembre 2016 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2017 (Mém. A 283 du 27 décembre 2016, p.5958).

3) Au sens de l'article 4 (1), 4 (2) et 4 (3) de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 60 du 1er juin 1999, p.1390).

Sont notamment pris en compte pour la détermination des revenus de la communauté domestique :

- le revenu provenant d'un travail régulier ou généralement d'une activité professionnelle quelconque ;
- les revenus de remplacement dus au titre de la législation luxembourgeoise ou étrangère ;
- les revenus de biens mobiliers et immobiliers ;
- les rentes et pensions ;
- les allocations ou prestations touchées de la part d'un organisme public ou privé ;
- les pensions alimentaires.

L'allocation ne peut être accordée qu'une seule fois par année. Cette limitation s'applique également en cas de changement de la composition du ménage et ou de la situation de revenu du demandeur.

Tout changement de la situation de revenu et de la composition de la communauté domestique est à signaler au Fonds.

L'allocation de vie chère est fixée à :

- 1.320 € pour une personne seule
- 1.650 € pour une communauté de deux personnes
- 1.980 € pour une communauté de trois personnes
- 2.310 € pour une communauté de quatre personnes
- 2.640 € pour une communauté de cinq personnes et plus

Les personnes qui disposent d'un revenu qui dépasse les limites fixées pour le revenu global annuel, ont droit à une allocation réduite correspondant à la différence entre les montants de l'allocation tels que fixés ci-dessus et la part du montant du revenu annuel adapté à l'indice qui dépasse les limites telles que fixées pour le revenu global annuel.

L'allocation de vie chère n'est pas portée en compte pour la détermination du revenu global annuel servant de base au calcul du revenu minimum garanti, de l'indemnité d'insertion, de l'allocation complémentaire et du revenu pour personnes gravement handicapées. Elle est exempte d'impôts et de cotisations d'assurance sociale.

Les demandes sont à présenter sur des formulaires mis à la disposition des intéressés par le Fonds national de solidarité ou par les communes sur base du fichier "GESCOM". Pour ce faire, le Fonds national de solidarité communiquera les bénéficiaires de la prestation de l'année 2015 aux communes. Les demandes sont à signer par tous les demandeurs majeurs d'âge, ou par leur représentant légal.

Les demandes complètes doivent parvenir au Fonds national de solidarité entre le 1er janvier 2017 et le 30 septembre 2017 au plus tard. Le cachet de la poste fait foi.

Est obligatoirement à joindre à la demande un relevé d'identité bancaire du demandeur principal.

Une demande incomplète ne peut être considérée par le Fonds national de solidarité et sera renvoyée par voie postale au demandeur. Les demandes renvoyées doivent parvenir dûment complétées au Fonds national de solidarité endéans un délai de 30 jours. Le cachet de la poste fait foi. Passé ce délai, l'allocation de vie chère est refusée.

Tout renseignement ou document demandé par le Fonds national de solidarité lors du traitement du dossier doit parvenir de manière complète au Fonds national de solidarité endéans un délai de 30 jours. Le cachet de la poste fait foi. Passé ce délai, l'allocation de vie chère est refusée.

Tous les actes dont la production sera la suite du présent règlement seront délivrés gratuitement avec exemption de tous droits et taxes.

L'allocation est versée au requérant. Elle n'est accordée qu'une fois par année calendrier. L'allocation ne peut être ni cédée, ni mise en gage, ni saisie. Elle peut être retenue jusqu'à concurrence de la moitié pour la compensation des créances que possède le Fonds national de solidarité envers les bénéficiaires.

Le Fonds national de solidarité est autorisé, dans la limite de ses moyens légaux d'investigation, à organiser des contrôles et des vérifications individuelles pour déterminer si les conditions prévues pour l'octroi de cette allocation sont remplies.

Pour l'instruction de la demande le Fonds national de solidarité a accès aux fichiers relatifs aux bénéficiaires de l'aide financière de l'État pour études supérieures qui sont résidents sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg ainsi qu'aux fichiers relatifs aux étrangers de la Direction de l'immigration en vue de la vérification du droit de séjour.

Certaines dispositions de la loi sur le Fonds national de solidarité et sur le revenu minimum garanti sont applicables sauf adaptation de la terminologie s'il y a lieu.[1)]

---

1) Il s'agit des articles 17 (1), 17 bis, 21 (1), 21 (4), 21 (5), 28, 29 et 30 de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité (Mém. A 49 du 6 août 1960, p.1199) et les articles 25 alinéa 1 et 27 (2) de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti (Mém. A 60 du 1er juin 1999, p.1390).

6 AVANCE ET RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES [1)]

Toute pension alimentaire due à un conjoint, un ascendant ou un descendant est payée, sur demande et sous certaines conditions par le Fonds national de solidarité et recouvrée par celui-ci.

La demande en paiement est admise si le créancier justifie :

- qu'il a son domicile légal au Luxembourg et que lui-même ou son représentant légal y réside depuis 5 ans ;
- que sa pension alimentaire est fixée par une décision judiciaire exécutoire au Luxembourg ;
- que le recouvrement total ou partiel de la pension n'a pu être obtenu par une voie d'exécution de droit privé effectivement exercée. La demande est encore admise lorsque le recours aux voies d'exécution paraît voué à l'échec ou lorsque le débiteur réside à l'étranger ;
- qu'il se trouve dans une situation économique difficile.

---

1) Pour plus de précisions : voir loi modifiée du 26 juillet 1980 concernant l'avance et le recouvrement de pensions alimentaires par le Fonds national de solidarité (Mém. A 55 du 12 août 1980, p.1342).

Financement

21

1 GÉNÉRALITÉS SUR LE FINANCEMENT EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

1.1 Sources de financement

Les deux principales sources de financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont constituées par des cotisations et par des contributions des pouvoirs publics.

Les cotisations représentent la source de financement classique des assurances sociales et leur charge incombe aux assurés et, le cas échéant, à leurs employeurs. Elles sont calculées sur la base des seuls revenus professionnels au moyen de taux de cotisation uniformes indépendants de la situation individuelle des intéressés (âge, sexe, situation de famille, état de santé), mais spécifiques en fonction des risques assurés[1)].

Le financement par voie de cotisation est particulièrement adapté lorsqu'il s'agit de couvrir des prestations qui constituent des revenus de remplacement (pensions, rentes, indemnités) dont le montant est proportionnel aux revenus perdus et où les cotisations représentent le lien entre les revenus assurés et les prestations.

Les contributions des pouvoirs publics peuvent prendre des formes diverses (soit la prise en charge directe de certaines prestations, soit une contribution forfaitaire, soit la couverture ex-post d'un déficit dans les dépenses courantes ou dans la dotation aux réserves etc.) et sont couvertes principalement par les impôts - ce qu'on désigne par la fiscalisation des ressources de la sécurité sociale. Une différence essentielle par rapport aux cotisations réside dans le fait que ces contributions sont à charge de la communauté nationale et non seulement à charge des assurés du régime. Ce mode de financement se justifie plus particulièrement lorsqu'il s'agit de prestations uniformes qui sont garanties à la plus grande partie de la population et qui ne dépendent pas des revenus cotisables.

---

1) Depuis l'entrée en vigueur de la loi modifiée du 13 mai 2008, toute distinction entre ouvriers et employés privés a été abolie.

1.2 Systèmes de financement

Un système de financement est une méthode déterminée pour réaliser et maintenir un équilibre financier entre les recettes et les dépenses d'un régime de sécurité sociale. Un tel système de financement définit à chaque instant le niveau de la prime de financement et le niveau des réserves nécessaires pour réaliser cet équilibre. Il peut se concevoir comme une solution de l'équation d'équivalence qui doit être réalisée pour chaque régime de sécurité sociale.

(Réserves) + (Valeur actuelle des recettes en primes futures probables) = (Valeur actuelle des dépenses futures probables).

Cette équation n'a de sens que si elle se réfère à une communauté de risque bien définie. On peut distinguer les communautés de risque fermées où les assurés et les bénéficiaires sont déjà tous présents au moment de l'observation et où l'on suit cette population jusqu'à l'extinction du dernier bénéficiaire et les communautés de risque ouvertes où l'on prend en considération, en plus des assurés et bénéficiaires actuels, les nouvelles générations futures d'assurés. C'est cette dernière communauté de risque ouverte (caisse ouverte) que l'on prend en considération pour un régime de sécurité sociale obligatoire qui se base par définition sur la durée illimitée de ce régime.

Un système de financement est caractérisé, d'une part, par le niveau relatif de la prime de financement et par la durée pendant laquelle la prime est constante et, d'autre part, par le niveau relatif des réserves accumulées ce que l'on peut désigner approximativement par degré de capitalisation. Les systèmes de financement à degré de capitalisation élevé ne sont généralement utilisés que pour le financement de prestations périodiques à long terme (pensions ou rentes) pour lesquelles il est possible de déterminer soit leur valeur en capital, soit même la valeur des droits en cours de formation (expectative) des assurés pour de telles prestations. Pour les prestations à court terme (indemnités pécuniaires, prestations en nature) il est généralement fait appel à un système de financement à degré de capitalisation nul ou très faible.

1.3 Distinction entre les différents systèmes de financement

a) Système de la répartition pure

Le taux de cotisation est déterminé chaque année pour que les recettes couvrent exactement les dépenses effectives du système dans la même année. En principe, il n'y a donc pas de formation de réserves et le taux de cotisation est refixé chaque année. Toutefois, il échet de constater qu'en pratique cette méthode est rarement appliquée dans sa forme pure et qu'elle est liée, le plus souvent, à la formation d'une réserve de sécurité pour absorber les fluctuations éventuelles. A l'origine, on se bornait à utiliser le système de la répartition pure pour la couverture des risques dits à court terme, notamment en matière d'assurance maladie où le droit aux prestations

est ouvert simultanément au paiement des cotisations. Ce système joue aussi un rôle de plus en plus important dans l'assurance pension où il exprime la solidarité totale entre les différentes générations pour le financement des pensions.

Puisque dans une assurance pension - aussi longtemps qu'elle ne se trouve pas dans un état stationnaire - les dépenses augmentent continuellement par rapport aux salaires assurés, cette prime de répartition augmente d'année en année jusqu'à se stabiliser à un niveau assez élevé lorsqu'un état stationnaire relatif est atteint.

b) Système de la répartition des capitaux de couverture

Le taux de cotisation est fixé chaque année de telle façon que les recettes qui en résultent couvrent les valeurs capitalisées des pensions attribuées au cours de la même année, y compris les prestations uniques éventuelles et les frais d'administration. Ceci aboutit à une accumulation de réserves qui est égale, à chaque instant, à la somme des valeurs capitalisées des pensions en cours. Dans un nouveau système de pension, en particulier quand le niveau des prestations dépend de la durée de l'assurance, le taux de cotisation est d'abord bas, puis il s'élève continuellement jusqu'à ce qu'un état stationnaire soit atteint. Il est d'abord plus élevé que la prime de répartition pure, mais plus bas que celle-ci à l'état stationnaire.

c) Système de la prime moyenne générale

Tandis que les deux premiers systèmes mènent a priori à des primes annuelles variables, excepté dans un état stationnaire, on calcule dans ce système un taux de cotisation constant pour tout l'avenir. Ce taux est établi de façon à ce que, pendant la durée illimitée de la caisse ouverte, la valeur actuelle des cotisations futures, augmentée de la valeur des moyens financiers présents, égale la valeur actuelle de toutes les dépenses futures probables.

d) Système de la capitalisation

On renoncera ici à une définition générale de ce système et l'on se limitera à ce que l'on appelle le "système de la capitalisation pure". La prime de financement est déterminée pour une génération d'assurés qui entrent au même âge dans l'assurance de telle manière que la valeur actuelle des recettes en cotisations de cette génération couvre exactement la valeur actuelle des prestations futures qui sont attribuées à cette même génération. Chaque génération supporte intégralement les charges de sa propre assurance et il n'existe aucune solidarité entre les différentes générations successives. Par ailleurs, la prime de financement est constante durant la période d'activité des assurés mais dépend de l'âge d'entrée des assurés.

Etant donné une assurance pension dans laquelle la prime est déterminée pour un âge d'entrée fixe d'après la règle précitée et si, en cas d'affiliation plus tardive, la rétroactivité jusqu'à cet âge d'entrée doit être achetée ("achat

rétroactif"), on a affaire au système de la capitalisation des expectatives sous sa forme pure. Les réserves présentes ne couvrent pas seulement la valeur capitalisée des pensions en cours, mais aussi les "expectatives" des assurés actifs, c'est-à-dire la valeur mathématique des droits acquis par leurs cotisations.

e) Entre les systèmes définis ci-dessus, on peut classer toute une série d'autres systèmes de financement ; parmi eux, on peut nommer **le système des périodes de couverture**, à cause de sa portée pratique actuelle. On peut d'abord le considérer comme une généralisation du système de la répartition ; il évite cependant la variation annuelle de la prime en prenant en considération, comme période de couverture, un plus grand laps de temps - quelques cinq ou dix ans - et, pour chacune de ces périodes, on détermine un taux de cotisation constant de telle façon que la valeur actuelle des recettes probables, complétée par la valeur des actifs déjà existants, égale au moins la valeur actuelle des dépenses probables pendant la période considérée. Si les recettes et les dépenses restent parfaitement équilibrées pendant ladite période, et si l'état stationnaire n'est pas encore atteint, les recettes vont dépasser les dépenses au début de la période ; il se formera ainsi des réserves qui pourront être utilisées pendant la seconde partie de celle-ci. Cela rend plus difficile une politique de placement à long terme.

En pratique, il est généralement admis ou prévu expressément par la loi qu'à la fin d'une période de couverture une réserve déterminée doit exister, par exemple, une réserve égale à une ou plusieurs fois les dépenses de la dernière année. Un autre critère est que la réserve accumulée ne doit jamais diminuer et que, chaque fois qu'il est prévisible que les recettes en cotisations et les intérêts ne suffiront plus à couvrir les dépenses, le taux de cotisation doit être relevé. Ce système est connu comme celui de la prime échelonnée au sens strict.

Le système des périodes de couverture est utilisé de nos jours explicitement ou implicitement par beaucoup de pays. C'est surtout une conséquence de la dynamique des systèmes de pension modernes, c'est-à-dire du principe respectivement de l'adaptation des pensions au coût de la vie et au niveau général des salaires qui a contraint à l'abandon du système de la prime moyenne générale, pour autant que la perte des réserves accumulées, suite de l'inflation et de la guerre, n'y avait pas déjà conduit ou que l'on ne soit pas déjà passé entièrement au système de la répartition.

1.4 Caractéristiques des différents systèmes de financement

Il y a une forte accumulation de fonds dans le système de la capitalisation pure, une moins forte mais pourtant importante accumulation dans le système de la répartition des capitaux de couverture des pensions échues, alors qu'il n'y a aucune constitution de réserves pour le système de la répartition pure. Cet aspect des systèmes de financement est important dans l'optique du financement des investissements du secteur public et de

l'industrie privée. En outre, les différents systèmes de financement ont un comportement très spécifique vis-à-vis des fluctuations démographiques et économiques.

Alors que la prime d'assurance dans un système de capitalisation pure n'est pas sensible aux variations démographiques, la prime de la répartition pure est fortement influencée par les fluctuations d'ordre démographique, ce qui peut avoir de graves répercussions en cas de régression de la population assurée. L'effet des phénomènes démographiques sur la prime de la répartition des capitaux de couverture des pensions échues est intermédiaire à ceux mentionnés ci-devant. Par contre, la prime de la répartition pure n'est pas influencée par les fluctuations économiques, en ce sens qu'elle rend possible une adaptation des prestations, en cas d'augmentation du niveau des salaires. Des problèmes subsistent cependant en cas de récession économique, au cas où le niveau des salaires réels diminuerait alors que celui des pensions doit être maintenu. Dans le système de la répartition des capitaux de couverture des pensions échues, les plus-values en recettes résultant d'une augmentation des salaires peuvent être affectées à l'adaptation correspondante des pensions nouvellement échues, alors que les pensions anciennes ne peuvent pas être majorées sans avoir recours à des moyens supplémentaires de financement. Par contre dans le système de la capitalisation pure, ni les pensions anciennes, ni les pensions nouvelles ne peuvent être relevées sans qu'on ait recours à des moyens de financement supplémentaires.

Pour finir, il paraît utile de relever l'importance du degré de maturité d'un régime d'assurance pension sur les primes dans les différents systèmes de financement. En général, les dépenses annuelles de prestations sont faibles au début d'un régime et elles augmentent au fur et à mesure que le régime "vieillit" et s'approche de son état stationnaire. Au cas où l'on adopte le système de la répartition pure, la charge des bénéficiaires de pension, peu importante au début, sera répartie entre les assurés actifs et il en résulte un faible taux de cotisation. Le taux augmentera au fur et à mesure qu'augmenteront le nombre et le montant moyen des pensions. Au cas où l'on opte pour le système de la répartition des capitaux de couverture des pensions échues, la charge à couvrir n'est pas la dépense annuelle pour pensions telle qu'elle figure au compte d'exploitation, mais la valeur en capital des pensions échues au cours de l'exercice. Cette charge augmentera au fur et à mesure qu'augmentera le montant moyen des pensions échues pendant l'exercice. En conséquence le taux de cotisation sera assez faible au début de la caisse et augmentera au fur et à mesure que la caisse approche de l'état stationnaire. Au cas où l'on applique le système de la capitalisation pure, le taux de cotisation sera le même pour toutes les générations, que ce soit au début de l'activité de la caisse ou à l'approche de l'état stationnaire.

1.5 Introduction d'un impôt d'équilibrage budgétaire temporaire

A partir de l'année 2015 il est introduit un prélèvement sur le revenu des personnes physiques, dénommé impôt d'équilibrage budgétaire temporaire. L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire dont le taux est fixé à 0,5 pour cent, est perçu au profit de l'Etat par le Centre commun de la sécurité sociale et par l'Administration des contributions directes.

L'assiette de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement, ainsi que par les revenus du patrimoine.

L'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est à considérer comme un impôt sur le revenu et ne rentre pas parmi les dépenses d'exploitation, les frais d'obtention ou les dépenses spéciales prévus dans le cadre de l'impôt sur le revenu.

Le Centre commun de la sécurité sociale et l'Administration des contributions directes échangent, à l'aide de procédés automatisés ou non, les informations nécessaires en vue du calcul correct de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire.

Le produit de l'impôt d'équilibrage budgétaire temporaire est imputé sur le budget ordinaire des recettes et des dépenses de l'Etat.

2 FINANCEMENT DE L’ASSURANCE MALADIE MATERNITÉ

2.1 Système de financement

Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses.

En dehors des revenus de placement et d'autres revenus divers, les ressources nécessaires pour le financement sont constituées par des cotisations.

Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la Caisse nationale de santé en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion des patrimoines de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

2.2 Cotisations

a) Assiette de cotisation

L'assiette de cotisation comprend :

- le revenu professionnel tel que défini ci-après ainsi que les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires ; la valeur des rémunérations en nature est portée en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal ;
- l'ensemble des pensions et rentes dont bénéficie l'assuré ;
- tout revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue.

Pour les assurés volontaires, l'assiette de cotisation est fixée selon des règles spécifiques.[1)]

Pour les activités salariées, le revenu professionnel correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires. Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent [2)].

Pour les activités non salariées autres qu'agricoles, le revenu professionnel est constitué par le revenu net au sens de la loi fiscale [3)].

En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul.

Le revenu professionnel, le cas échéant, est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint ou partenaire [4)] aidant de l'assuré principal, le revenu cotisable ne peut pas dépasser le

---

1) Il est renvoyé à ce sujet au chapitre 3 - Personnes protégées.

2) Pour plus de précision sur les éléments de l'assiette de cotisation voir : règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette de cotisation en matière de sécurité sociale (Mém. A 222 du 31 décembre 2008).

3) Article 10, numéros 1 et 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

4) Au sens de l'article 2 de la loi modifiée du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats.

double du salaire social minimum ; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.

Pour les activités non salariées agricoles, le revenu professionnel est fixé forfaitairement suivant les modalités à déterminer par règlement grand-ducal, sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation [1]. Pour autant qu'elles aient été versées au cours de la même année, les aides à la production et les subventions de revenu ainsi que l'indemnité de départ [2] sont prises en compte à titre de revenu professionnel.

Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisation une refixation des cotisations relatives à cet exercice, lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisation un revenu professionnel différant de 10% au moins de celui constaté forfaitairement.

Pour les travailleurs non salariés exerçant une activité agricole, le revenu professionnel de l'exploitation est divisé, nonobstant toute stipulation conventionnelle éventuelle contraire, par le nombre de personnes ayant travaillé en qualité d'assurés obligatoires au cours du mois pour lequel la cotisation est due.

En cas d'exercice de plusieurs occupations assujetties à l'assurance, l'ensemble des revenus professionnels est soumis à cotisation.

Pour les membres d'associations religieuses et les personnes qui leur sont assimilées, occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation, l'assiette cotisable est constituée par le salaire social minimum.

Pour les personnes bénéficiant d'un régime de pension spécial ou d'un régime de pension transitoire spécial pour les fonctionnaires et pour les personnes leur assimilées, l'assiette de cotisation est constituée par tous les éléments de rémunération [3], y compris l'allocation de fin d'année.

b) Minimum et maximum cotisables

Le **minimum cotisable** mensuel est constitué en principe par le salaire social minimum, sauf causes de réduction légalement prévues.

En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage. De même elle se limite au complément au revenu minimum

---

1) *Pour plus de précisions concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension : voir règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 115 du 1er juillet 2016, p.2144).*

2) *Prévue à la loi du 7 mars 1985 portant renouvellement des mesures de reconversion économique et sociale dans l'agriculture.*

3) *Il s'agit des éléments de rémunération visés aux articles 60, 80 et 85 de la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de fer luxembourgeois.*

garanti, au forfait d'éducation ou à la rente à moins qu'elle ne comprenne un autre revenu cotisable.

Le minimum cotisable est augmenté de 30% pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé. Si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois.

Le **maximum cotisable** est constitué en principe par le quintuple des douze salaires sociaux minima de référence pour un salarié non qualifié âgé de 18 ans au moins. Toutefois, pour une personne dont l'assurance obligatoire ou volontaire ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels relatifs à la période d'affiliation effective.

Pour la computation du minimum et du maximum, les pensions des survivants représentant un même assuré sont prises en considération pour leur ensemble.

Les minima et maxima cotisables applicables au 1er janvier 2017 sont les suivants :

		100	794,54
Salaire social minimum mensuel (SSM)		251,54	1.998,59
Minimum cotisable actifs (tous les régimes)			
18 ans et plus non qualifié	100%	251,5400	1.998,59
17 à 18 ans	80%	201,2320	1.598,87
15 à 17 ans	75%	188,6550	1.498,94
18 ans et plus qualifié	120%	301,8480	2.398,31
Minimum cotisable pensionnés	130%	327,0020	2.598,17
Maximum cotisable (tous les régimes)	5xSSM	1.257,7000	9.992,95

Le salaire social minimum horaire est obtenu en divisant le taux mensuel par 173.

c) Charge des cotisations

En ce qui concerne la charge des cotisations, il est à signaler que l'Etat supporte 40% des cotisations.

En dehors de cette intervention de l'Etat, la charge des cotisations est répartie comme suit :

- par parts égales aux assurés et aux employeurs en ce qui concerne les assurés exerçant une activité salariée ;

- entièrement à charge de l'employeur en ce qui concerne les membres de l'armée, de la police grand-ducale, ainsi que le personnel des établissements pénitentiaires et le personnel du Centre de rétention ;
- par parts égales aux assurés et aux institutions débitrices des prestations de sécurité sociale ;
- entièrement à charge des assurés exerçant une activité professionnelle indépendante ;
- aux assurés exerçant une activité professionnelle indépendante en lieu et place de leurs aidants ainsi qu'aux personnes âgées de plus de dix-huit ans poursuivant au Grand-Duché de Luxembourg des études ou une formation professionnelle non indemnisée au titre d'un apprentissage, qui ne sont pas assurées à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une coassurance ;
- à l'Etat en ce qui concerne les enfants mineurs et infirmes qui sont assurés d'office ;
- à l'Etat en ce qui concerne les volontaires de l'armée et les jeunes gens qui exercent un service ;
- entièrement à charge des autres personnes ayant souscrit une assurance volontaire ;
- entièrement à charge de la congrégation en ce qui concerne les membres d'associations religieuses, pour autant qu'ils sont occupés dans un établissement appartenant à leur congrégation ;
- à l'Etat en ce qui concerne les sportifs d'élite qui participent à des activités sportives accomplies par des athlètes dont la qualification sportive est reconnue en tant que telle par le comité olympique et sportif luxembourgeois (C.O.S.L.)
- par parts égales à l'Etat et aux personnes participant à la coopération au développement ainsi qu'aux membres de la Chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des Communautés européennes pendant la durée de leur mandat ;
- par parts égales à l'Etat ou l'atelier protégé et aux salariés handicapés ou aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées ;
- entièrement à charge de la famille d'accueil hébergeant un jeune au pair.

d) Taux de cotisation

Le taux de cotisation est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des charges résultant du remboursement intégral par la Mutualité, pendant la période de conservation légale de la rémunération, du salaire et autres avantages avancés par l'employeur pour les incapacités de travail concernant le congé d'accompagnement et le congé pour raisons familiales et les périodes d'essai des apprentis et des

salariés, ainsi que des charges résultant du paiement par la Mutualité, pendant la période de suspension[1)], aux non-salariés du montant intégral des indemnités pécuniaires dues au titre du congé d'accompagnement et du congé pour raisons familiales. Depuis l'introduction de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé, les frais relatifs à la maternité sont également financés par le régime général de l'assurance maladie-maternité, donc par la voie de cotisations.

Pour les assurés ayant droit à une prestation en espèce, le taux de cotisation est majoré de 0,5 pour cent, avec comme assiette le revenu professionnel tout en respectant les limites du minimum et du maximum cotisable.

Le taux de cotisation est applicable à tous les assurés.

Le taux de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie est applicable aux personnes exerçant une activité salariée, aux apprentis, aux gens de mer, aux indépendants ainsi qu'à leurs conjoints et partenaires aidants, à l'exception de ceux au service de l'Etat, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, règlementaire ou conventionnelle particulière.

Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur de la Caisse nationale de santé avec effet au 1er janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve se situe en dehors des limites de 10% et 20% du montant annuel des dépenses. Si dans ces conditions, le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Le taux destiné au financement de l'assurance maladie est actuellement fixé comme suit : assuré/employeur chacun 2,80 % (total : 5,60 %).

e) Paiement et remboursement des cotisations

La dette de cotisation naît à la fin de chaque mois. La cotisation est perçue chaque mois et devient payable dans les 10 jours de l'émission de l'extrait du compte cotisation.

Toutefois, les cotisations dues pour les bénéficiaires de pensions ou de rentes sur leur pension ou rente sont versées par l'organisme débiteur de pension ou de rente aux mêmes dates que les pensions ou rentes.

La personne âgée de plus de 68 ans et assurée du chef d'une occupation, a droit sur demande au remboursement par année civile des cotisations à sa charge dues, le cas échéant, pour le financement des prestations en espèces.

---

1) Telle que prévue par l'article 12, alinéa 3 Code de la sécurité sociale.

Lorsque par suite du cumul de plusieurs activités ou prestations soumises à l'assurance, l'assiette de cotisation totale d'un assuré dépasse le maximum cotisable, l'assuré a droit sur demande au remboursement par année civile de la part de cotisations correspondant à la différence lui incombant conformément pour le financement des soins de santé et des prestations en espèces. Le droit au remboursement de cotisations se prescrit dans le délai de 5 ans à partir de l'expiration de l'année à laquelle les cotisations se rapportent.

2.3 Contribution de l'Etat

Comme indiqué ci-avant, l'Etat intervient au niveau des cotisations. L'Etat prend également en charge, à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2018, une dotation annuelle de 20 millions d'euros au profit de l'assurance maladie-maternité destinée à compenser de façon forfaitaire les charges supplémentaires incombant à la Caisse nationale de santé du fait de l'incorporation des prestations en espèces de maternité dans le régime général de l'assurance maladie-maternité.

2.4 Administration du patrimoine

La réserve légale est placée par la Caisse nationale de santé à court et à moyen terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agréés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. La Caisse nationale de santé ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie momentanées. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Les immeubles qui sont la propriété de la Caisse nationale de santé et des caisses de maladie sont mis en compte pour la détermination de la réserve légale. Pour la gestion de leurs immeubles, la Caisse nationale de santé met à la disposition des caisses de maladie concernées les fonds nécessaires. Les revenus desdits immeubles sont imputés à la réserve.

3 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE

3.1 Système de financement

Pour faire face aux charges qui lui incombent, l'assurance dépendance applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10% du montant annuel des dépenses courantes.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires au financement de l'assurance sont constituées :

- par une contribution de l'Etat à raison de 40% des dépenses totales, y compris la dotation à la réserve ;
- par une contribution spéciale consistant dans le produit de la taxe électricité imputable à tout client final, autoproduction comprise, qui affiche une consommation annuelle supérieure à 1 million de kwh, à charge du secteur de l'énergie électrique ;
- pour le restant par une contribution dépendance déterminée conformément à ce qui est décrit ci-après.

3.2 Contribution dépendance

L'assiette de la contribution dépendance est constituée par les revenus professionnels et les revenus de remplacement ainsi que les revenus du patrimoine.

Le taux de la contribution dépendance est fixé à 1,4%.

La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes relevant du cercle des bénéficiaires de l'assurance-dépendance. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal s'il s'agit d'un conjoint aidant, de la congrégation s'il s'agit de membres d'associations religieuses ou de personnes pouvant leur être assimilées, de l'Etat s'il s'agit des enfants mineurs et des personnes infirmes, qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en tant que membre de famille.

Pour les autres personnes assurées, l'employeur ou l'institution débitrice de la prestation sociale effectue la retenue afférente sur la rémunération ou le revenu de remplacement. A défaut d'opérer la retenue, il en devient débiteur pur et simple du montant redû.

La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue en matière de soins de santé, mais sans application du minimum et du maximum cotisable.

Pour les personnes touchant un salaire ou une prestation de remplacement de la sécurité sociale, l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum.

L'abattement sur la contribution dépendance[1)] est proratisé en fonction du nombre d'heures déclarées par rapport à 173 heures, si la durée du travail au service d'un employeur est inférieure à 150 heures pour un mois de calendrier. Il en est de même de l'abattement sur les revenus de remplacement soumis à la contribution dépendance et notamment sur l'indemnité pécuniaire de maladie.

---

1) Pour plus d'information voir : Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance (Mém. A 274 du 27 décembre 2016, p.5168).

Lorsque le décès de l'assuré ouvre droit à deux ou plusieurs pensions de survie du conjoint ou de l'orphelin, l'abattement est opéré sur chacune de ces pensions.

Lorsqu'une personne cumule une pension de survie avec une pension personnelle, l'abattement est opéré sur cette dernière.

Si le bénéficiaire de pension exerce une activité professionnelle salariée ou une activité y assimilée, l'abattement est opéré sur le revenu professionnel et, le cas échéant, l'indemnité pécuniaire de maladie, compte tenu de la proratisation prévue ci-dessus. Le restant éventuel de l'abattement est imputé sur la pension.

Le Centre commun de la sécurité sociale établit et perçoit la contribution dépendance sur les salaires et pensions suivant les dispositions prévues pour les cotisations de sécurité sociale.

Sont visées ici les pensions personnelles ou de survie servies en vertu de la législation sur la sécurité sociale luxembourgeoise et de la réglementation sur les pensions d'un régime statutaire.

L'administration des contributions directes établit et perçoit la contribution dépendance sur les revenus du patrimoine et sur certains revenus résultant de rentes ou de pensions (pensions complémentaires versées en complément de la pension légale, etc.) à charge des contribuables résidents.

Les revenus du patrimoine sont les revenus nets provenant de capitaux mobiliers, les revenus nets provenant de la location de biens et certains revenus nets divers (bénéfices de spéculation, etc.).

La contribution dépendance sur les revenus du patrimoine ne dépassant pas 24,79 €[1)] par an est considérée comme nulle.

La contribution dépendance, à la différence des cotisations sociales normales, n'est pas déductible du revenu imposable en tant que "dépenses spéciales" dans le cadre de la déclaration sur le revenu.

3.3 Administration du patrimoine

La réserve financière est placée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance à court et à moyen terme auprès d'un ou de plusieurs établissements de crédit agrées à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

L'organisme gestionnaire ne peut contracter des emprunts ou bénéficier de lignes de crédit que pour faire face à des difficultés de trésorerie. Ils ne sauraient dépasser la durée d'une année et sont soumis à l'autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

L'État verse à l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, pendant les années 2016 à 2018, un montant global maximal de 30 millions d'euros que ledit organisme alloue aux prestataires d'aides et de soins à titre de compensation exceptionnelle et transitoire de découverts de fonctionnement pour les exercices 2015 à 2018 résultant de la mise en œuvre des mesures contenues dans le paquet d'avenir. Les conditions et modalités d'application de cette mesure de compensation sont déterminées dans la convention-cadre visée dans le Code de la sécurité sociale liant l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance au groupement professionnel représentatif des prestataires d'aides et de soins.

4 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE PENSION

4.1 Système de financement

Pour faire face aux charges globales qui incombent au régime général de pension, la Caisse nationale d'assurance pension applique le système de la répartition des charges par périodes de couverture de dix ans avec constitution d'une réserve de compensation qui doit être supérieure à 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général de pension sont couvertes par des cotisations.

4.2 Les cotisations

a) Assiette de cotisation

L'assiette des cotisations est constituée dans le cadre de l'assurance pension obligatoire par le revenu professionnel des assurés.

Pour les périodes correspondant à une **activité salariée** le revenu professionnel est constitué par la rémunération brute gagnée, y compris tous les appointements et avantages même non exprimés en numéraire dont l'assuré jouit à raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion de la rémunération des heures supplémentaires. Les rémunérations en nature sont également portées en compte suivant la valeur fixée par règlement grand-ducal. Le règlement grand-ducal peut exclure de l'assiette de cotisation certains éléments de la rémunération non soumis à l'impôt sur le revenu [1].

Les rémunérations en nature sont mises en compte suivant la valeur fixée en application du droit fiscal [2] et des mesures d'exécution prises par l'administration fiscale. Les recettes provenant de l'économie et de la

---

1) *Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette de cotisation en matière de sécurité sociale (Mém. A 222 du 31 décembre 2008).*

2) *Article 104, alinéa 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.*

bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur ne sont pas prises en compte pour l'assiette cotisable en matière de sécurité sociale. Il en est de même de l'allocation de repas accordée dans le secteur public, ainsi que des formes analogues de rémunération du secteur privé.

Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et portées en compte pour les mensualités qu'elles représentent. Les rémunérations non périodiques telles que les indemnités de congé non pris et les gratifications ne sont pas cotisables pour autant qu'elles sont payées après le début du droit à la pension et se rapportent à l'activité exercée avant l'échéance du risque.

En cas de substitution au revenu professionnel d'un revenu de remplacement au titre de l'assurance maladie maternité, de l'assurance accident ou de l'indemnisation de chômage, ce revenu est pris en considération pour l'assiette de cotisation.

L'assiette des cotisations pour congé parental est constituée par l'indemnité pour congé parental.

Pour les périodes correspondant à une **activité non salariée autre qu'agricole** le revenu professionnel est constitué par le revenu net au sens de la loi fiscale.[1)]

En attendant l'établissement du revenu professionnel de l'exercice en cause par l'administration des contributions directes, les cotisations sont calculées provisoirement sur base du dernier revenu connu ou, pour un assuré nouveau, sur base du minimum cotisable, à moins que l'assuré ne justifie la mise en compte d'un revenu différent notamment par une déclaration faite à cette administration. Après l'émission du bulletin d'impôts définitif, elles font d'office l'objet d'un recalcul. Toutefois, les cotisations provisoires mises en compte dans la pension ne sont recalculées qu'à la demande du bénéficiaire qui peut être présentée même lorsque la décision d'attribution de la pension est devenue définitive.

Le cas échéant, le revenu professionnel est divisé par le nombre des assurés principaux et des aidants affiliés. Toutefois, pour le conjoint aidant de l'assuré principal le revenu cotisable ne peut dépasser le double du salaire social minimum ; le surplus éventuel est mis en compte à l'assuré principal.

Pour les périodes correspondant à une **activité non salariée agricole**, le revenu professionnel est fixé forfaitairement sur base des productions végétales et animales de l'exploitation agricole au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.

A partir de l'exercice de cotisation 2016, les marges brutes standard des différentes spéculations animales et végétales fixées par règlement grand-

---

1) Article 10 numéros 1 à 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu.

ducal [1] sont multipliées pour chaque exploitation agricole par leur volume déclaré au Service d'économie rurale au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation.

Il est loisible au chef d'exploitation de demander avant la fin de l'exercice de cotisations une refixation des cotisations relatives à cet exercice lorsque la comptabilité régulièrement tenue de l'exploitation fait ressortir pour l'exercice précédant l'exercice de cotisations un revenu professionnel différant de 10% au moins de celui constaté forfaitairement.

En cas d'arrêt de l'établissement ou de l'exploitation pour cause de maladie ou d'accident personnel du chef d'entreprise, l'assuré obligatoire et l'aidant peuvent être dispensés sur leur demande du paiement des cotisations pour la période où le paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendu dans la mesure où l'arrêt s'étend sur les mois de calendrier entiers. Cette disposition n'est pas applicable lorsque les actes de la profession sont exercés par un tiers pour le compte de l'assuré, si ce n'est que précairement à titre d'entraide professionnelle.

L'intéressé ayant souscrit une **assurance pension continuée** est libre de fixer l'assiette de cotisation sans que cette dernière ne puisse être inférieure au minimum cotisable ou dépasser un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance. Cependant, à la demande de l'assuré, le minimum de l'assiette de cotisation mensuelle peut dans le cadre de l'assurance pension continuée ou facultative, pour une période maximale de cinq ans, être réduit à 1/3 du salaire social minimum mensuel. Il en peut également déterminer la durée ; cependant l'assurance pension continuée doit couvrir une période continue de quatre mois au moins par année de calendrier. [2]

b) Minimum et maximum cotisables [3]

Le **minimum cotisable** mensuel est constitué par le salaire social minimum, sauf causes de réduction légalement prévues et sauf pour les activités non salariées exercées à titre accessoire par une personne affiliée à un régime de pension statutaire. En cas d'occupation à temps partiel le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois. En cas d'indemnité d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

---

1) *Pour plus de précisions en ce qui concerne la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension : voir Règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 115 du 1er juillet 2016, p.2144).*

2) *Il est renvoyé à ce sujet au chapitre 3 - "Personnes protégées".*

3) *Pour les différents montants applicables il y a lieu de se reporter à la partie de ce chapitre concernant l'assurance maladie.*

Le **maximum cotisable** est constitué par le quintuple des 12 salaires sociaux minima mensuels de référence pour un salarié non qualifié âgé de 18 ans au moins. Toutefois pour une personne dont l'assurance ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels relatifs à la période d'affiliation effective.

c) Charge des cotisations

En ce qui concerne la charge des cotisations il est à signaler que l'Etat supporte un tiers des cotisations.

En dehors de cette intervention de l'Etat, la charge des cotisations est répartie comme suit :

- par parts égales aux assurés et employeurs pour autant qu'il s'agit de périodes correspondant à une activité professionnelle salariée ;
- entièrement à charge des assurés pour autant qu'il s'agit soit de périodes correspondant à une activité professionnelle indépendante soit de périodes d'assurance continuée ou facultative ou s'il s'agit d'un rachat de périodes ;
- par parts égales aux assurés et aux organismes de sécurité sociale compétents pour autant qu'il s'agit de périodes pendant lesquelles l'assuré touche des prestations versées au titre de l'assurance maladie-maternité, de l'assurance accident ou de l'indemnisation de chômage complet ;
- aux assurés exerçant une activité professionnelle indépendante, en lieu et place de leurs aidants ;
- à l'Etat pour les périodes pendant lesquelles l'assuré a exercé un service volontaire jusqu'à concurrence du salaire social minimum ;
- par parts égales à l'Etat et à l'assuré pour les périodes correspondant au congé parental dont l'assuré a bénéficié, jusqu'à concurrence de l'indemnité de congé parental ;
- à l'assurance dépendance pour autant qu'il s'agit de périodes pendant lesquelles l'assuré a procuré des aides et des soins à une personne dépendante ;
- aux organismes agréés[1)] pour autant qu'il s'agit de périodes pendant lesquelles l'intéressé a assuré l'accueil d'un enfant en placement de jour et de nuit ou en placement de jour ;
- entièrement à charge des employeurs pour les périodes d'activité exercée par des membres d'associations religieuses et des personnes pouvant leur être assimilées, dans l'intérêt des malades et

---

1) Conformément à la loi modifiée du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique (Mém. A 82 du 24 septembre 1998).

de l'utilité générale, pour autant que les personnes visées soient occupées dans un établissement appartenant à leur congrégation ;

- par parts égales entre l'Etat et les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger pour lesquelles une assurance facultative à été souscrite parce qu'elles ne sont pas soumises à un régime de pension dans leur pays d'emploi ;
- entièrement à charge de l'Etat pour des périodes pendant lesquelles l'assuré était volontaire au service de l'armée ou a participé à la coopération au développement ;
- par parts égales à l'Etat ou l'atelier protégé et aux assurés handicapés occupés dans des ateliers protégés ;
- par parts égales à l'Etat et aux personnes participant à la coopération au développement ainsi qu'aux membres de la Chambre des députés et les représentants luxembourgeois à l'assemblée des Communautés européennes pendant la durée de leur mandat ;
- à l'Etat pour autant qu'il s'agit de périodes d'activités sportives d'élites reconnues par le comité olympique et sportif luxembourgeois (C.O.S.L.) et ce jusqu'à concurrence du salaire social minimum.

d) Taux de cotisation

Le taux de cotisation global est fixé pour chaque période de couverture de dix ans sur base d'un bilan technique et de prévisions actuarielles établi par l'Inspection générale de la sécurité sociale. Tous les cinq ans, l'Inspection générale de la sécurité sociale procède à une actualisation de son bilan technique et de prévisions actuarielles. Si le taux de cotisation global fixé initialement ne permet pas de garantir l'équilibre financier, le taux de cotisation est refixé par loi spéciale pour une nouvelle période de couverture de dix ans.

Pour la première période de couverture de sept ans ayant débuté au 1er janvier 1985, le taux de cotisation global a été fixé à 24%.

Ce taux de cotisation de 24% a été maintenu pour la seconde période de couverture s'étendant de 1992 à 1998, ainsi que pour la troisième période s'étendant de 1999 à 2005. Il a été reconduit pour la quatrième période de couverture s'étendant de 2006 à 2012.

Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est également fixé à 24 %.

e) Répartition du produit des cotisations

Les recettes en cotisations sont transférées mensuellement par le Centre commun de la sécurité sociale à la Caisse nationale d'assurance pension. La Caisse conserve un montant lui permettant de couvrir ses charges et de parfaire, le cas échéant, un fonds de roulement jusqu'à concurrence de 20 %

du montant des prestations annuelles de l'exercice précédent. L'excédent revient au Fonds de compensation.

En cas d'insuffisance des recettes en cotisations à percevoir par la Caisse nationale d'assurance pension, il incombe au Fonds de compensation de mettre à la disposition de la Caisse les moyens nécessaires en les prélevant sur la réserve de compensation.

4.3 Contribution des pouvoirs publics

a) Prise en charge des cotisations

Comme indiqué ci-avant, l'Etat supporte un tiers des cotisations. Il verse des avances mensuelles.

b) Intervention supplémentaire dans le cadre du régime agricole[1)]

L'Etat intervient dans le paiement des cotisations d'assurance pension à charge des assurés exerçant une activité agricole ainsi qu'à leurs aidants jusqu'à concurrence d'un quart de la cotisation calculée sur base de l'assiette cotisable minimum. Pour les assurés dont les revenus professionnels n'atteignent pas l'assiette cotisable minimum, l'Etat intervient à partir de 1993 en outre pour parfaire le minimum, sans que l'intervention puisse dépasser la moitié de la cotisation calculée sur base dudit minimum.

c) Financement du forfait d'éducation

Les forfaits d'éducation sont à charge du budget de l'Etat.

d) Paiement de certaines cotisations

L'Etat prend à sa charge le rappel de cotisations et l'achat de périodes d'assurance relatives aux périodes de guerre, ainsi que le rappel de cotisations pour les périodes de service militaire obligatoire.

e) Revenus de la fortune

En 2004, le législateur[2)] a introduit une nouvelle politique de placement de la réserve de compensation du régime général de pension. La réserve de compensation est placée dans le but de garantir la pérennité du régime général de pension. Afin d'assurer la sécurité des placements il est tenu compte de la totalité des actifs et des passifs, de la situation financière, ainsi que de la structure et de l'évolution prévisible du régime. Les placements, dont la gestion est confiée à des professionnels du secteur financier, doivent respecter les principes d'une diversification appropriée des risques. A cette

---

1) Loi du 1er décembre 1992 modifiant et complétant la loi modifiée du 18 décembre 1986 promouvant le développement de l'agriculture.

2) Loi du 6 mai 2004 sur l'administration du patrimoine du régime général de pension.

fin, les disponibilités doivent être réparties entre différentes catégories de placement en différentes devises ainsi qu'entre plusieurs secteurs économiques et géographiques. Aux fins de la mise en œuvre de cette politique la loi crée un Fonds de compensation qui a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation. Ce Fonds de compensation a le caractère d'un établissement public doté de la personnalité civile. Il est autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif, régis par la loi modifiée du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés. Un règlement grand-ducal détermine les valeurs de la réserve investies à travers ces OPC.[1)]

En dehors des placements par l'intermédiaire des OPC, le Fonds de compensation peut effectuer des investissements en prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et, moyennant autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, en prêts aux communes et aux entreprises, en acquisitions immobilières et en acquisitions en valeurs mobilières.

Les placements effectués par la Caisse nationale d'assurance pension sont limités à des placements à moyen terme en euros. La Caisse nationale d'assurance pension et le Fonds de compensation ne peuvent effectuer des placements que dans la limite de leurs moyens de trésorerie.

Le nouveau dispositif légal innove tant en ce qui concerne la politique de placement qu'en ce qui concerne la gestion du patrimoine. En effet d'après les anciennes dispositions les placements effectués par les différentes caisses de pension étaient limités aux placements à moyen et à long terme sous la forme de prêts à l'Etat et, moyennant autorisation du Gouvernement, de prêts aux communes et aux entreprises industrielles, de prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et d'acquisitions immobilières. Les investissements à court terme s'effectuaient en titres de la dette publique, en obligations d'emprunt des communes et des entreprises industrielles, ainsi qu'auprès de la Banque et Caisse d'épargne de l'Etat ou auprès d'autres établissements de crédits.

---

1) Pour plus de précisions concernant les valeurs de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension pouvant être investies à travers un organisme de placement collectif : voir règlement grand-ducal du 22 juillet 2009 (Mém. A no 175 du 5 août 2009, p. 2558).

5 FINANCEMENT DE L'ASSURANCE ACCIDENT

5.1 Système de financement

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général sont couvertes par des cotisations à charge des employeurs. L'Association d'assurance accident place son patrimoine à court et à moyen terme en euros.

5.2 Les cotisations

Le taux de cotisation[1)] est fixé annuellement de manière à :

- couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident ;
- constituer la réserve légale.

Le taux de cotisation est établi sur base du budget de l'organisme. La charge des cotisations est supportée, selon les catégories de personnes assurées, respectivement par l'employeur, par la congrégation religieuse ainsi que par l'Etat. Le minimum et le maximum cotisable ainsi que l'assiette de cotisation sont déterminés par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension.

Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de 50%. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application visés ci-avant sont précisés par règlement grand-ducal. [2)]

5.3 Contributions financières de l'Etat

L'Etat intervient, soit de façon directe, soit par le biais du Fonds agricole.

L'Etat rembourse à l'Association d'assurance accident les prestations payées pour les personnes assurées dans le cadre des régimes spéciaux ainsi que la partie des frais d'administration de l'exercice en cours correspondant à la proportion de ces frais de l'exercice précédent par rapport au total des prestations du même exercice. L'Etat verse mensuellement des avances fixées à un douzième du crédit inscrit dans le budget de l'Etat pour l'exercice en cours.

---

1) *Le taux de cotisation unique est fixé à 1,00% (arrêté ministériel du 10 décembre 2015, Mém. B 140 du 17 décembre 2015, p.2113)..*

2) *Voir : Règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident (Mém. A 18 du 19 février 2016, p.598).*

6 FINANCEMENT DES PRESTATIONS FAMILIALES

6.1 Système de financement

Pour faire face aux charges d'allocations familiales qui lui incombent, la Caisse pour l'avenir des enfants applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Le taux de cotisation est refixé par règlement grand-ducal au premier janvier de l'année pour laquelle le budget de la Caisse fait apparaître que le montant de la réserve dépasse les 15% du montant annuel des allocations familiales de l'année concernée.

Les ressources nécessaires au paiement des allocations familiales sont constituées pour moitié par des cotisations et pour moitié par l'Etat.

6.2 Cotisations

La charge des cotisations incombe à l'employeur pour les personnes occupées moyennant rémunération, autrement que de façon purement occasionnelle, par l'Etat, les institutions de sécurité sociale, les communes, les syndicats de communes et les chambres professionnelles.

Les cotisations à verser sont fixées à 1,7% des traitements, salaires ou rémunérations.

La détermination de l'assiette cotisable, la fixation des cotisations et leur perception s'opèrent suivant les dispositions légales applicables aux cotisations dues à l'assurance pension. Les cotisations sont recouvrées d'après les modalités et avec les garanties, privilèges et hypothèques applicables aux cotisations dues à l'assurance pension.

L'assiette des cotisations pour les salariés relevant des régimes de pension statutaires est constituée par les éléments pensionnables des traitements dans les limites du minimum et du maximum cotisable[1)].

6.3 Contributions de l'Etat

Pour faire face aux charges globales, la Caisse pour l'avenir des enfants dispose à côté des cotisations des employeurs d'une dotation annuelle de l'Etat qui est fixée par la loi budgétaire et qui couvre l'excédent des dépenses sur les recettes.

La participation de l'Etat est versée par avances mensuelles à la Caisse pour l'avenir des enfants.

---

1) Voir : Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (Mém. A 145 du 29 juillet 2016, p.2454).

7 FINANCEMENT EN MATIÈRE DE CHÔMAGE

Le système de financement est basé sur la fiscalisation. Outre les prestations en relation avec l'indemnisation des chômeurs complets et partiels et des préretraités, le Fonds pour l'emploi assure le financement d'un certain nombre de mesures de politique de l'emploi.[1)]

Ce sont entre autres :

- les frais de l'affectation de demandeurs d'emploi à des tâches déclarées d'utilité publique, à des cours, stages ou autres mesures de préparation, d'initiation et d'orientation à la vie professionnelle ;
- les frais d'organisation de cours de rééducation professionnelle ou de formation professionnelle complémentaire des chômeurs indemnisés et des salariés menacés de perdre leur emploi ;
- les frais d'organisation des cours d'initiation et d'orientation des jeunes sans emploi ;
- les mesures d'incitation à l'embauche des jeunes sans emploi ;
- les aides au réemploi ;
- les aides à la mobilité géographique, les aides à l'embauche de chômeurs de longue durée, les aides à la création d'emplois d'utilité socio-économique ;
- la garantie des créances de rémunération et d'indemnité en cas de faillite de l'employeur ;
- les frais d'informatique ayant pour objet la lutte contre le chômage et le sous-emploi et la protection sociale des personnes sans emploi ;
- les frais résultant du détachement de main d'œuvre par des entreprises disposant d'unités en surnombre en vue du renforcement temporaire des effectifs de l'administration de l'emploi.

Les différentes ressources du Fonds sont :

- Une cotisation spéciale à charge des employeurs du secteur privé. Cette cotisation spéciale est due pour les années d'alimentation du fonds pour l'emploi. Actuellement le taux de cette cotisation spéciale est fixé à 0% des salaires ou rémunérations cotisables.
- Des impôts de solidarité prélevés moyennant des majorations, d'une part, de l'impôt sur le revenu des personnes physiques et, d'autre part, de l'impôt sur le revenu des collectivités. La majoration d'impôt faite sur les revenus des personnes physiques est actuellement de 7,2%, celle faite sur les revenus des collectivités est de 7%.

---

1) Le Fonds pour l'emploi est un fonds au sens de l'article 45 de la loi modifiée du 27 juillet 1936 concernant la comptabilité de l'Etat.

- Une contribution à charge des communes, répartie sur les collectivités locales moyennant une clé basée sur le produit de l'impôt commercial. Cette contribution est actuellement de 2%.
- Une contribution à charge de l'Etat à fixer annuellement par loi budgétaire.
- Les huiles minérales légères et les gasoils destinés à l'alimentation des moteurs des véhicules circulant sur la voie publique et utilisés comme carburant sont soumis à un droit d'accise autonome additionnel dénommé contribution sociale [1)].

L'alimentation du Fonds pour l'emploi se fait par exercice budgétaire. Elle est réduite ou suspendue par la loi budgétaire lorsqu'il est à prévoir qu'à la fin de l'exercice précédant celui qui est concerné par ladite loi, l'avoir du fonds atteindra ou dépassera un montant correspondant à la moyenne des dépenses de l'année de référence et des deux années précédentes.

En ce qui concerne le financement de la préretraite, il est à noter que la Caisse nationale d'assurance pension verse au Fonds pour l'emploi le montant brut de la pension de vieillesse anticipée à laquelle le salarié, bénéficiant de l'indemnité de préretraite, a droit, indépendamment de la présentation d'une demande de pension par l'assuré lui-même. Le versement de la pension s'effectue mensuellement à la demande du ministre ayant l'Emploi en sa qualité de gestionnaire du Fonds pour l'emploi.

8 FINANCEMENT DES PRESTATIONS MIXTES

Pour le financement du revenu minimum garanti, le Fonds national de solidarité dispose des ressources suivantes :

- d'une dotation annuelle de l'Etat fixée par la loi budgétaire ;
- d'une quote-part dans le produit de la loterie nationale ;
- de dons et legs que le Fonds a reçus ;
- de sommes revenant au Fonds, de revenus propres et divers.

L'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées, l'allocation de vie chère et l'avance et le recouvrement des pensions alimentaires sont entièrement à charge du budget de l'Etat.

Par ailleurs le forfait d'éducation est à charge de l'Etat. Celui-ci verse chaque mois des avances au Fonds national de solidarité.

---

1) Cette contribution sociale est neutralisée au niveau du mécanisme de l'échelle mobile des salaires. Règlement grand-ducal modifié du 17 décembre 2010 fixant les taux applicables en matière de droits d'accises autonomes sur les produits énergétiques.

9 FINANCEMENT DE LA MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS

9.1 Système de financement

Pour faire face aux charges qui lui incombent, la Mutualité applique le système de la répartition de la charge avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à dix pour cent du montant annuel des dépenses. Les statuts peuvent prévoir une différenciation des taux de cotisation en raison du risque assuré, de la durée ou du niveau des prestations.

9.2 Assiette de cotisation

Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour les soins de santé.

9.3 Classes de cotisation

Les entreprises affiliées obligatoirement de même que les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte affiliées volontairement sont réparties en quatre classes de cotisation en fonction du taux d'absentéisme financier de leurs salariés au cours d'une période d'observation. Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise ou d'une personne exerçant l'activité professionnelle pour son propre compte, on entend la fraction définie par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés respectivement de ses propres incapacités de travail au cours de la période d'observation et par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise respectivement de l'ensemble de ses propres revenus pour la même période.

Ne sont prises en compte ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois, ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle, ni les absences correspondant à un congé maternité ou d'accueil, à un congé pour raisons familiales ou un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond pour les entreprises à la période du 1 er janvier 2007 au 30 juin 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2009, à la période du 1 er janvier 2007 au 31 décembre 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2010, aux trois exercices pleins précédant l'exercice de cotisation d'une année, à partir de l'exercice 2011.

Pour les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte, la période d'observation correspond à la période du 1er janvier 2009 au 30 juin 2010 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2011, à la période du 1er janvier 2009 au 30 juin 2011 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2012, aux trois exercices précédant l'exercice de cotisation d'une année, à partir de l'exercice 2013, pour autant qu'une affiliation à la Mutualité existe.

Pour autant que la période d'observation se situe avant le 1er janvier 2009, le numérateur de la fraction correspond à la somme des produits mois par mois du rapport entre le nombre de jours d'incapacité de travail de chaque salarié pendant la période d'observation et du nombre de jours de calendrier du mois, pour les exercices 2009 et 2010, par l'assiette de cotisation pour ce salarié pour ce même mois et à partir de l'exercice 2011, par le taux de remboursement et l'assiette de cotisation augmentée des charges patronales pour ce salarié pour ce même mois.

Pour les exercices 2009 et 2010,

- la classe 1 comprend les entreprises dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,75 % ;
- la classe 2 celles dont ce taux est supérieur ou égal à 0,75 et inférieur à 1,75 % ;
- la classe 3 celles dont le même taux est supérieur ou égal à 1,75 et inférieur à 2,75 % ;
- la classe 4 celles dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,75 %.

A partir de l'exercice 2011,

- la classe 1 comprend les affiliés dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,65 % ;
- la classe 2 ceux dont ce taux est supérieur ou égal à 0,65 et inférieur à 1,60 % ;
- la classe 3 ceux dont le même taux est supérieur ou égal à 1,60 et inférieur à 2,50 % ;
- la classe 4 ceux dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,50 %.

Les affiliés sont reclassés chaque année avant le 1er décembre dans les quatre classes de risque en fonction de leur taux d'absentéisme financier le plus récent connu. Tout nouvel affilié obligatoire cotise dans la classe 2 jusqu'à la fin de l'exercice suivant celui de son affiliation. Il en est de même de tout affilié volontaire, si cette affiliation a lieu au cours d'un exercice. L'affilié volontaire qui est affilié au 1er janvier d'un exercice cotise dans la classe 2 jusqu'à la fin de l'exercice suivant celui de son affiliation.

9.4 Taux de cotisation

Au mois de décembre de chaque année, le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs fixe, sur base du budget de l'exercice à venir, le taux de cotisation des classes pour l'exercice à venir, sous réserve d'approbation par le ministre de la Sécurité sociale. Chaque taux de cotisation est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. A cet effet, ces frais et opérations sont ventilés sur les classes à l'aide d'une clé calculée sur base du montant des remboursements prévus dans chaque classe.

L'État prend en charge, en procédant par avances, l'excédent des dépenses courantes sur les recettes courantes tel qu'il est arrêté au compte d'exploitation de la Mutualité des employeurs dans la limite permettant de maintenir le taux de cotisation moyen des employeurs à 1,95 pour cent, tout en assurant une réserve équivalent à 10% du montant annuel des dépenses.

9.5 Surprime

Pour les exercices 2010 à 2012, la surprime est affectée à raison de 4% à la classe 1, à raison de 15 % à la classe 2, à raison de 25% à la classe 3 et à raison de 56% à la classe 4.

Taux de cotisation : assurance pension, assurance accident, prestations familiales, assurance chômage
date de référence : 1er janvier 2016

	Taux de cotisation			Part			Minimum cotisable	Maximum cotisable
				Assuré	Employeur	Pouvoirs publics		
ASSURANCE PENSION								
Salariés	24%			8%	8%	8%	ssm	5xssm
Indépendants	24%			16%	-	8%	ssm	5xssm
Assurance continuée	24%			16%	-	8%	ssm	5xssm
ASSURANCE ACCIDENT	1,00%			entièrement à charge de l'employeur			ssm	5xssm
PRESTATIONS FAMILIALES								
Salariés: secteur public	1,7%			-	1,7%	-	ssm	5xssm
secteur privé	1,7%			-	-	1,7%	ssm	5xssm
Professions libérales, industrielles, commerciales ou artisanales[1)]	0,6%			-	-	0,6%		
Professions agricoles	0,6%			-	-	0,6%		
CHÔMAGE	Financement par voie d'impôts							
ASSURANCE DÉPENDANCE	1,4%			1,4% sur revenus professionnels de remplacement et du patrimoine[4)]				
ASSURANCE MALADIE Assurés actifs	**Soins de santé**	**Prestation en espèce**	**TOTAL**	**Part assuré**	**Part employeur**			
Salariés du secteur privé[2)]	5,60%	0,50%	6,10%	3,05%	3,05%		ssm	5xssm
Salariés du secteur public[3)]	5,60%	-	5,60%	2,80%	2,80%		ssm	5xssm
Indépendants	5,60%	0,50%	6,10%	6,10%	0,00%		ssm	5xssm
Pensionnés	5,60%	-	5,60%	2,80%	2,80%		ssm+30%	5xssm
Assurance continuée	5,60%	-	5,60%	5,60%	0,00%		ssm	5xssm
Bénéficiaires d'une indemnité de chômage	5,60%	-	5,60%	2,80%	2,80%		ssm	5xssm
MUTUALITÉ DES EMPLOYEURS	**Classe**			1	2		3	4
	Taux d'absentéisme financier[5)]			< 0,65%	< 1,60%		< 2,50%	≥ 2,50%
	Taux de cotisation			0,51%	*1,23%*		1,83 %	*2,92%*
	Cotisations à charge de l'employeur affilié à la mutualité des employeurs.							

ssm : salaire social minimum

1) Pour les revenus ne dépassant pas 1.398,12 € n. i. 100 par an, aucune cotisation n'est due.
2) Depuis l'entrée en vigueur au 1.1.2009 du statut unique, le taux de cotisation est le même pour tous les salariés du secteur privé, sans qu'une distinction soit opérée entre salariés manuels ou intellectuels.
3) Salariés bénéficiant de la continuation de la rémunération pendant toute la durée de maladie (dont régimes statutaires).
4) L'assiette mensuelle est réduite d'un abattement de 25% du salaire social minimum, pour les personnes touchant un salaire ou une prestation de remplacement de la sécurité sociale.
5) Il s'agit du taux d'absentéisme à partir de l'exercice 2011 .

Organisation

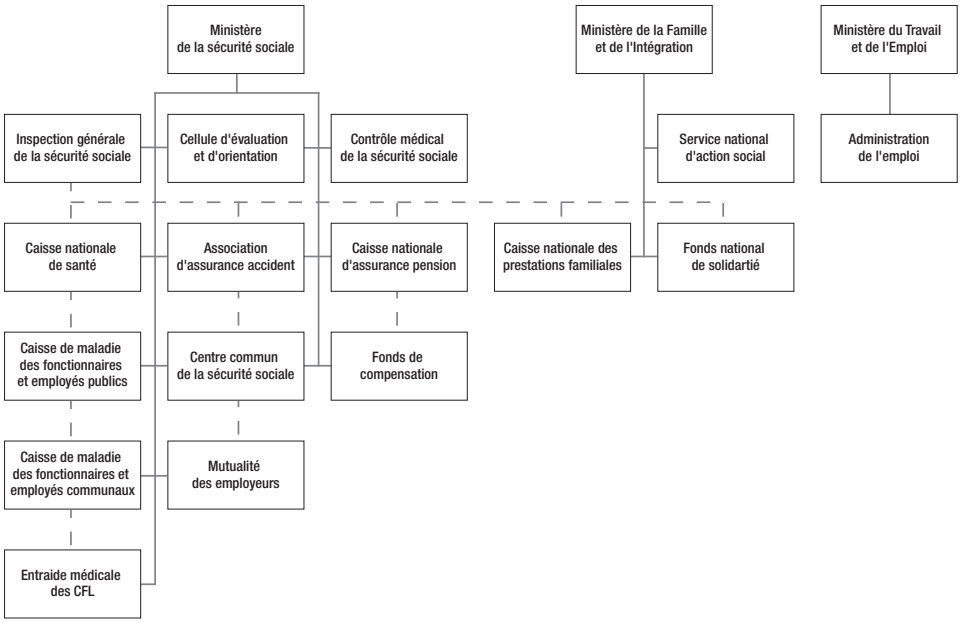
22

Traditionnellement, la sécurité sociale luxembourgeoise était organisée d'après les clivages socioprofessionnels. L'introduction d'un statut unique pour les salariés du secteur privé par la loi du 13 mai 2008 a rendu superfétatoire, voire impossible l'affiliation à des organismes de sécurité sociale distincts suivant le statut socioprofessionnel. Le statut unique a dès lors permis des regroupements et un réalignement dans l'organisation administrative de la sécurité sociale. Le regroupement s'est opéré autour de quatre caisses nationales d'après les différentes branches de risques. Ainsi ont été créées en dehors du Centre commun de la sécurité sociale, de la Caisse pour l'avenir des enfants et de l'Association d'assurance accident :

- une Caisse nationale de santé (CNS), par le regroupement de l'Union des caisses de maladie, des caisses de maladie des salariés du secteur privé et des caisses de maladie des non salariés. La Caisse nationale a une compétence générale pour l'assurance maladie-maternité et l'assurance dépendance. Les caisses de maladie du secteur public sont maintenues avec leurs compétences d'attributions, limitées au remboursement des prestations aux assurés ;
- une Caisse nationale d'assurance pension (CNAP), par le regroupement des quatre caisses de pension du régime général. Le Fonds de compensation a été maintenu comme entité juridique distincte, ce qui n'empêche pas son administration par les services de la CNAP.

Les agences de l'ancienne Caisse de maladie des ouvriers, ouvertes désormais à tous les assurés de la Caisse nationale de santé, seront reprises à terme sous l'égide du Centre commun de la sécurité sociale comme agences locales pour l'ensemble de la sécurité sociale opérant comme "guichet unique multifonctionnel".

L'organisation générale de la sécurité sociale est indiquée ci-après :



1 LES INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

1.1 Gouvernance des institutions de sécurité sociale

Les différentes institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile. La doctrine définit les établissements publics comme "des personnes morales de droit public, chargées par une disposition législative de gérer des services publics déterminés, en vue de satisfaire à des besoins spéciaux de la population, sous le contrôle tutélaire de l'Etat ou des communes dont elles sont détachées par application du principe de la décentralisation des services."[1)] Comme expression de son autonomie, l'institution dispose d'un patrimoine qui garantit seul ses engagements et dépose ses avoirs auprès des instituts financiers. Elle établit annuellement un budget séparé du budget de l'Etat et un décompte à la fin de la période couverte par la gestion.

Les institutions de la sécurité sociale sont gérées par des organes composés de représentants élus des employeurs, des assurés salariés et non-salariés. La désignation des mandataires est faite par les différentes chambres professionnelles sur base des résultats électoraux obtenus lors des élections pour ces chambres. L'Etat est représenté au niveau des organes de gestion par un président fonctionnaire.

---

1) Pierre Majerus L'Etat luxembourgeois, 1990, p. 343.

Les délégués sont désignés pour cinq ans à moins qu'ils n'achèvent le mandat de leurs prédécesseurs. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur. En cas de démission d'un délégué, la chambre professionnelle ou l'autorité compétente pour sa désignation procède à son remplacement. Si des faits constituant des manquements graves aux devoirs du délégué viennent à être connus, le ministre de tutelle peut, sur proposition de l'Inspection générale de la sécurité sociale, relever le délégué de ses fonctions après l'avoir entendu dans ses explications. Les membres des organes des institutions de sécurité sociale sont responsables, conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Ils remplissent leur mandat à titre honorifique et ont droit au remboursement de leurs dépenses effectives et à une indemnité. Pour l'exercice de leur mandat, ils ont droit à un congé pour mandat social.

Les comités directeurs des institutions de sécurité sociale sont assistés par des employés publics, assimilés aux fonctionnaires de l'Etat, ainsi que par des salariés assimilés aux salariés de l'Etat. Un ou plusieurs fonctionnaires de la carrière supérieure de l'Etat peuvent être adjoints aux présidents de la Caisse nationale de santé, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse nationale d'assurance pension, de la Caisse pour l'avenir des enfants et du Centre commun de la sécurité sociale auxquels le président peut, pour autant que de besoin, déléguer ses fonctions.

Les actes posés par le président et le comité directeur dans les limites de leurs pouvoirs engagent l'institution de sécurité sociale. Le président peut déléguer l'évacuation des affaires courantes et la représentation devant les juridictions de sécurité sociale et autres instances à un fonctionnaire ou employé dirigeant de l'institution de sécurité sociale. En cas d'absence prolongée, le président est remplacé pendant l'absence par le fonctionnaire le plus ancien en rang.

1.2 Contrôle tutélaire des institutions de sécurité sociale

Les institutions de sécurité sociale sont placées sous la surveillance du Gouvernement (ministre) qui exerce un contrôle de la légalité des décisions des organes de gestion, par l'intermédiaire de l'Inspection générale de la sécurité sociale. La loi détermine par ailleurs un certain nombre de décisions des organes des institutions de sécurité sociale, qui requièrent l'approbation du ministre de tutelle.

L'Inspection générale de la sécurité sociale, en tant qu'autorité de surveillance, veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance. Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance. Toute décision d'un organe d'une institution qui est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts est déférée par son président à l'autorité de surveillance.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation. Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les cinq jours de la suspension ; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication au président, la suspension est levée. Cette procédure d'annulation ne peut s'exercer lorsqu'un assuré a introduit un recours contre une décision d'une institution de sécurité sociale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

1.3 La Caisse nationale de santé

La Caisse nationale de santé est compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité, à l'exception des affaires dévolues aux caisses de maladie du secteur public, ainsi que pour la gestion de l'assurance dépendance. Elle est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

a) Compositions du comité directeur

Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc :

- de cinq délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer ;
- d'un délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés ;
- d'un délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;

- d'un délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture ;
- de cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les groupes des salariés et des employeurs désignent chacun un vice-président, appelés à suppléer le président dans les organes de la caisse.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

Composition assurance maladie

<table>
<tr><th>catégorie</th><th>représentation</th><th>délégués</th><th>sous-total</th><th>voix par délégué</th><th>total voix</th><th>sous-total</th><th>total</th></tr>
<tr><td>assurés secteur privé</td><td>salariés du secteur privé</td><td>5</td><td>5</td><td>17</td><td>85</td><td>85</td><td rowspan="4">96</td></tr>
<tr><td rowspan="3">assurés secteur public</td><td>cheminots</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">11</td></tr>
<tr><td>fonctionnaires & emplyoyés communaux</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>fonctionnaires & employés publics</td><td>1</td><td>8</td><td>8</td></tr>
<tr><td rowspan="3">non-salariés</td><td>non-salariés
Chambre de commerce</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">6</td><td rowspan="4">96</td></tr>
<tr><td>non-salariés
Chambre des métiers</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>non-salariés
Chambre d’agriculture</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>employeurs</td><td>employeurs
Ch. commerce & métiers</td><td>5</td><td>5</td><td>18</td><td>90</td><td>90</td></tr>
<tr><td>président</td><td>Etat</td><td>1</td><td>1</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td></tr>
</table>

En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, du forfait de maternité, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, de l'indemnité funéraire et d'indemnités pour congé pour raisons familiales concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le comité directeur siège en l'absence des délégués des salariés du secteur public, qui sont remplacés par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés.

Composition maladie assurés CNS

<table>
<tr><th>catégorie</th><th>représentation</th><th>délégués</th><th>sous-total</th><th>voix par délégué</th><th>total voix</th><th>sous-total</th><th>total</th></tr>
<tr><td>assurés secteur privé</td><td>salariés du secteur privé</td><td>8</td><td>5</td><td>12</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td></tr>
<tr><td rowspan="3">non-salariés</td><td>non-salariés Chambre de commerce</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">6</td><td rowspan="4">96</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre des métiers</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre d’agriculture</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>employeurs</td><td>employeurs Ch. commerce & métiers</td><td>5</td><td>5</td><td>18</td><td>90</td><td>90</td></tr>
<tr><td>président</td><td>Etat</td><td>1</td><td>1</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td><td>96</td></tr>
</table>

En matière d'assurance dépendance le comité directeur délibère en l'absence des délégués des employeurs.

Composition assurance dépendance

<table>
<tr><th>catégorie</th><th>représentation</th><th>délégués</th><th>sous-total</th><th>voix par délégué</th><th>total voix</th><th>sous-total</th><th>total</th></tr>
<tr><td>assurés secteur privé</td><td>salariés du secteur privé</td><td>5</td><td>5</td><td>17</td><td>85</td><td>85</td><td rowspan="4">96</td></tr>
<tr><td rowspan="3">assurés secteur public</td><td>cheminots</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">11</td></tr>
<tr><td>fonctionnaires & emplyoyés communaux</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>fonctionnaires & employés publics</td><td>1</td><td>8</td><td>8</td></tr>
<tr><td rowspan="3">non-salariés</td><td>non-salariés Chambre de commerce</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>2</td><td>2</td><td rowspan="3">6</td><td rowspan="3">6</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre des métiers</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre d’agriculture</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr>
<tr><td>président</td><td>Etat</td><td>1</td><td>1</td><td>102</td><td>102</td><td>102</td><td>102</td></tr>
</table>

b) Attributions du comité directeur

Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. Il lui appartient notamment :

- de statuer sur le budget annuel global de l'assurance maladie-maternité, compte tenu du budget des frais administratifs établi par les caisses de maladie du secteur public ;
- d'établir une programmation pluriannuelle ;
- de refixer les taux de cotisation ;
- de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance maladie-maternité;
- d'établir les statuts réglant, dans la limite des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles, tout ce qui concerne les prestations ;
- d'établir les règles relatives au fonctionnement de la Caisse nationale de santé ;
- d'établir les règles relatives à la mise en place d'un point de contact national fournissant, sur demande, des informations aux assurés affiliés au Luxembourg ainsi qu'aux prestataires de soins, notamment relatives aux prestations de soins de santé transfrontaliers dispensés ou prescrits dans un Etat membre de l'Union européenne, en Suisse ou dans un pays de l'Espace économique européen, concernant en particulier :
  - les procédures d'accès et les conditions d'un droit à la prise en charge de ces soins soit par application d'un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale, soit suivant le présent Code ;
  - les voies de recours administratives et juridictionnelles dont dispose l'assuré en vertu du présent Code.
- de préparer les négociations à mener par le président ou son représentant avec les prestataires de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;
- de gérer le patrimoine immobilier propre à la caisse ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

En matière d'assurance dépendance le comité directeur a pour mission :

- de statuer sur le budget annuel et le décompte annuel des recettes et des dépenses de l'assurance dépendance, à approuver par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'autorité de surveillance ;
- de préparer les négociations à mener par le président ou son délégué avec les prestataires d'aides et de soins et de se prononcer sur le résultat de ces négociations ;
- de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

A la demande de l'assuré, toute question à portée individuelle peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

1.4 Les caisses de maladie du secteur public

Le Code de la sécurité sociale prévoit, en dehors de la Caisse nationale de santé, le maintien de

- la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics dont relèvent les assurés exerçant une activité professionnelle ressortissant de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, les assurés bénéficiant d'une pension auprès d'un régime de pension spécial, à l'exclusion des fonctionnaires et employés communaux ainsi que des agents des chemins de fer ;
- la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux dont relèvent les assurés au service des communes, des syndicats intercommunaux et des établissements publics placés sous le contrôle des communes ainsi que les bénéficiaires d'une pension auprès de la caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux ;
- l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois dont relèvent les agents, employés et stagiaires de cette société ainsi que les bénéficiaires de pension afférents ;

qui sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés et du forfait de maternité ainsi que pour la liquidation de l'indemnité pécuniaire de maternité et de l'indemnité funéraire. Elles peuvent encore être chargées des attributions d'une agence. Elles sont placées sous l'autorité d'un comité directeur.

a) Composition des comités directeur

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le comité directeur se compose :

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, à l'exception de ceux représentant les fonctionnaires et employés communaux ;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Gouvernement en Conseil.

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le comité directeur se compose :

- de six délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics qui représentent les fonctionnaires et employés communaux ;
- de six délégués des employeurs, désignés par le Syndicat intercommunal des villes et communes luxembourgeoises.

Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le comité directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de six délégués des assurés, désignés par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés.

Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Lors de sa constitution, le comité directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du comité directeur. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du comité directeur.

b) Attributions des comités directeur

Dans le cadre des attributions de la caisse de maladie, le comité directeur est compétent pour toutes les matières non attribuées à un autre organe. Il lui appartient notamment :

- d'établir le budget des frais administratifs de la caisse ;
- d'établir les règles relatives au fonctionnement de la caisse ;
- de prendre les décisions individuelles ;
- de gérer le patrimoine immobilier propre de la caisse ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

A sa demande, le comité directeur peut bénéficier de l'assistance des services de la Caisse nationale de santé.

Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

1.5 La Mutualité des employeurs

La Mutualité des employeurs a pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de la continuation de la rémunération en cas de maladie. Elle peut, en outre, assurer le versement d'une indemnité pécuniaire aux travailleurs non salariés affiliés pendant la période de suspension qui s'entend jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail.

La gestion de la Mutualité incombe à un conseil d'administration comprenant :

- six délégués désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers ;
- un délégué de la Chambre d'agriculture ;
- un représentant des professions libérales, désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur proposition des organisations représentatives ;
- les présidents de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale ou leurs délégués, représentant l'Etat.

Pour chaque délégué effectif, il y a un délégué suppléant. Le conseil d'administration désigne en son sein un président et un vice-président.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

Le conseil d'administration a notamment pour mission :

- d'établir et de modifier les statuts de la Mutualité ;
- de statuer sur le budget annuel ;
- de fixer les taux de cotisation ;
- de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de la Mutualité ;
- d'établir et de modifier les règles relatives au fonctionnement de la Mutualité ;
- de gérer le patrimoine de la Mutualité ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la Mutualité.

Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité recourt aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale.

1.6 La Caisse nationale d'assurance pension

La Caisse nationale d'assurance pension est chargée de la gestion de l'assurance pension. Elle est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

a) Composition du comité directeur

Le comité directeur se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc :

- de huit délégués des salariés du secteur privé, désignés par la Chambre des salariés ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers ;
- d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture ;
- de quatre délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce ;
- d'un délégué des employeurs désigné par la Chambre des métiers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Un vice-président est élu alternativement et pour une période quinquennale par le groupe des salariés et le groupe des employeurs et non-salariés.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

Comité directeur CNAP

<table>
<tr><th>catégorie</th><th>représentation</th><th>délégués</th><th>sous-total</th><th>voix par délégué</th><th>total voix</th><th>sous-total</th><th>total</th></tr>
<tr><td>assurés secteur privé</td><td>salariés du secteur privé</td><td>8</td><td>8</td><td>6</td><td>48</td><td>48</td><td>48</td></tr>
<tr><td rowspan="3">non-salariés</td><td>non-salariés Chambre de commerce</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td>1</td><td>1</td><td rowspan="3">3</td><td rowspan="4">48</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre des métiers</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>non-salariés Chambre d’agriculture</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>employeurs</td><td>employeurs Ch. commerce & métiers</td><td>5</td><td>5</td><td>9</td><td>45</td><td>45</td></tr>
<tr><td>président</td><td>Etat</td><td>1</td><td>1</td><td>48</td><td>48</td><td>48</td><td>48</td></tr>
</table>

Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Les modalités de la nomination sont déterminées par règlement d'ordre intérieur.

Toute demande de l'assuré en rapport avec une prestation à charge de la caisse est tranchée par décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

b) Attributions du comité directeur

Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. Il lui appartient notamment :

- d'établir le règlement d'ordre intérieur de la caisse ;
- de statuer sur le budget annuel ;
- de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan ;
- de statuer au sujet des prestations légales dans les limites des lois et règlements ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la caisse.

1.7 Le Fonds de compensation

Le Fonds de compensation a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension. Le Fonds de compensation est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration.

Le conseil d'administration gère le Fonds de compensation dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. Il lui appartient notamment :

- d'établir les statuts du Fonds de compensation;
- d'établir les directives concernant les principes et règles de gestion du patrimoine ;
- de statuer sur le budget annuel ;
- de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan.

Les décisions dans les matières énoncées ci-avant sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose :

- du président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension et de trois membres désignés par le Gouvernement en Conseil ;
- de quatre membres délégués par les assurés ;
- de quatre membres délégués par les employeurs.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

Le conseil d'administration peut instituer des commissions et recourir au service d'experts.

a) Comité d'investissement

Le conseil d'administration est assisté par un comité d'investissement, qui comprend en dehors du président du Fonds de compensation ou de son délégué,

- un délégué des assurés,
- un délégué des employeurs et
- trois membres externes désignés par le conseil d'administration en raison de leur compétence dans le domaine financier.

En matière d'investissement, les décisions du conseil d'administration sont préparées par le comité d'investissement.

b) Obligations spéciales des mandataires du Fonds

Les membres des organes du Fonds de compensation sont tenus d'agir dans l'intérêt exclusif du Fonds de compensation. Un membre, qui dans l'exercice de ses fonctions est amené à se prononcer sur une affaire dans laquelle il peut avoir un intérêt personnel, direct ou indirect, de nature à compromettre son indépendance doit en informer l'organe auquel il appartient.

Les membres des organes du Fonds de compensation sont responsables conformément au droit commun, de l'exécution du mandat qu'ils ont reçu et des fautes commises dans leur gestion. Cette action en responsabilité est engagée pour le compte du Fonds de compensation par le conseil d'administration.

Dans l'accomplissement de sa mission, le Fonds de compensation peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale d'assurance pension. En dehors du personnel mis à sa disposition par la Caisse nationale d'assurance pension, le Fonds de compensation peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'autorité de surveillance entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

c) Organismes de placement collectif

Le Fonds de compensation est autorisé à créer un ou plusieurs organismes de placement collectif (OPC), régis par la loi modifiée du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés. Un règlement grand-ducal détermine les valeurs de la réserve investies à travers ces OPC.

Les membres effectifs du conseil d'administration et les membres externes du comité d'investissement composent l'organe dirigeant du ou des organismes de placement collectif dont question à l'alinéa précédent. La responsabilité de ces membres se détermine conformément à l'alinéa 3 de l'article unique de la loi modifiée du 25 juillet 1990 concernant le statut des administrateurs représentant l'Etat ou une personne morale de droit public dans une société anonyme.

Ces OPC sont soumis au régime fiscal et comptable des organismes de placement collectif tel qu'il résulte de la législation concernant les organismes de placement collectif, à l'exception de la taxe d'abonnement qui n'est pas due. Les actes passés au nom et en faveur des organismes de placement collectif créés par le Fonds de compensation sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession.

d) Autres placements

En dehors des placements par l'intermédiaire des OPC, le Fonds de compensation peut effectuer des investissements en prêts nantis d'une hypothèque ou d'un cautionnement et, moyennant autorisation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale, en prêts aux communes et aux entreprises, en acquisitions immobilières et en acquisitions de valeurs mobilières.

Sont considérées comme valeurs mobilières :

- les actions et autres valeurs assimilables à des actions ;
- les obligations et les autres titres de créances ;
- toutes les autres valeurs négociables donnant le droit d'acquérir de telles valeurs mobilières par voie de souscription ou d'échange.

e) Surveillance

Le Fonds de compensation est placé sous la haute surveillance du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale, sans préjudice des compétences de la Commission de surveillance du secteur financier dans le cadre de la loi modifiée du 13 février 2007 concernant les fonds d'investissement spécialisés.

1.8 Association d'assurance accident

La gestion de l'assurance accident appartient à l'Association d'assurance accident qui est placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

Le comité directeur est composé du président, des délégués des employeurs et des délégués des salariés.

Le nombre des délégués employeurs est égal à celui des délégués salariés. Les délégués salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention, qui vaut aussi bien pour la fixation des règles générales dans ces deux matières que pour les décisions individuelles susceptibles de recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale. Le président et les délégués employeurs ont voix délibérative dans toutes les matières.

Il y a autant de suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Le comité directeur a notamment pour attributions :

- l'établissement des statuts et les modifications de ceux-ci ;
- le vote du budget, ainsi que la fixation du taux de cotisation ;
- la vérification et l'approbation du décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que le bilan de l'assurance accident ;
- l'établissement des recommandations de prévention[1)].

1.9 La Caisse pour l'avenir des enfants

La Caisse pour l'avenir des enfants (CAE) est compétente pour la gestion et le paiement des allocations familiales, de naissance, de rentrée scolaire et du congé parental. Par ailleurs, elle est compétente pour la gestion du congé parental et des demandes d'adhésion au dispositif du chèque-service accueil. La Caisse est administrée et gérée par un comité directeur.

Le comité directeur comprend :

- un président ;
- 4 représentants des syndicats des salariés des secteurs public et privé les plus représentatifs sur le plan national ;
- 3 représentants des chambres professionnelles patronales et
- 1 représentant des professions libérales.

Le président est un fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement. Les représentants des partenaires sociaux et leurs suppléants sont choisis et désignés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions parmi les candidats présentés pour une durée de 5 ans.

---

1) Voir : Règlement grand-ducal du 29 avril 2016 relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et dans le secteur sanitaire (Mém. A 90 du 13 mai 2016, p.1668).

Il appartient notamment au comité directeur :

- d'établir le règlement d'ordre intérieur de la Caisse ;
- de statuer sur le budget annuel ;
- de statuer sur le décompte annuel des recettes et dépenses et sur le bilan ;
- de statuer sur le placement à court terme des réserves de la Caisse ;
- de statuer au sujet des cotisations et amendes d'ordre ;
- de prendre les décisions concernant le personnel de la Caisse.

1.10 Le Centre commun de la sécurité sociale

Le Centre commun de la sécurité sociale est un centre d'informatique, d'affiliation et de perception des cotisations commun aux institutions de sécurité sociale chargé de :

- l'organisation de l'informatisation, la collecte et le traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, du Fonds national de solidarité, de l'Agence pour le développement de l'emploi, de l'Inspection générale de la sécurité sociale, du Contrôle médical de la sécurité sociale et de l'Administration du personnel de l'Etat, dans le cadre des missions légales, réglementaires et statutaires dévolues à ces institutions et administrations ;
- l'affiliation des assurés, la détermination, la perception et le recouvrement des cotisations d'après les dispositions y relatives en matière de sécurité sociale, la comptabilisation et la répartition de celles-ci entre les différentes institutions ;
- la création d'une banque de données de la sécurité sociale et l'exploitation de cette banque selon les besoins spécifiques des institutions et administrations de la sécurité sociale ;
- la liquidation des rémunérations et des pensions du personnel des différentes institutions de sécurité sociale ;
- la réalisation de tâches communes et d'études lui confiées par l'une ou l'autre ou par plusieurs des institutions et administrations ;
- la perception et le recouvrement forcé des cotisations légalement dues aux chambres professionnelles, ceci à leur demande et à leurs frais ;
- la collaboration avec l'Administration du personnel de l'Etat et les autres administrations compétentes pour l'application des régimes spéciaux de pensions ;
- la fourniture au ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ainsi qu'aux administrations et services qui en relèvent des données nécessaires à l'application de la législation du travail.

Sont dévolues au Centre les compétences des différentes institutions et de leurs organes prévues en matière d'affiliation, de détermination, de perception et de recouvrement des cotisations prévues au titre des lois et règlements.

Le Centre délivre aux assurés et aux ayants droit une carte indiquant les données personnelles et le numéro d'identité.

Le Centre est placé sous la responsabilité d'un comité directeur comprenant :

- les présidents de la Caisse nationale de santé, de la Caisse nationale d'assurance pension, de l'Association d'assurance accident, de la Caisse pour l'avenir des enfants et du Fonds national de solidarité ou leurs délégués ;
- cinq délégués des assurés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés ;
- un délégué des assurés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;
- cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et la Chambre des métiers ;
- un délégué désigné par la Chambre d'agriculture.

Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

La présidence du comité directeur est exercée par le président de l'Association d'assurance accident. Dans les votes la voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

Le comité directeur gère le Centre dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. Il lui appartient notamment :

- d'arrêter le budget annuel ;
- de statuer sur le bilan annuel ;
- d'établir les règles relatives au fonctionnement des organes du Centre ;
- d'établir le schéma directeur informatique du Centre ;
- de prendre les décisions concernant le personnel du Centre.

Toutes les questions d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre peuvent faire l'objet d'une décision du président ou de son délégué et doivent le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Le président peut déléguer à un fonctionnaire ou employé dirigeant du Centre la signature de ces décisions et des contraintes.

Les frais du Centre sont à charge des administrations et institutions de sécurité sociale d'après une clé de répartition déterminée par règlement grand-ducal.

2 ADMINISTRATIONS DE LA SECURITE SOCIALE

2.1 L'Inspection générale de la sécurité sociale

L'Inspection générale, instituée au sein de l'administration gouvernementale, est placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

L'Inspection générale a pour mission :

- de contribuer à l'élaboration des mesures législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale ;
- d'assurer le contrôle des institutions sociales qui en vertu des lois et règlements est exercé par le Gouvernement ou un membre du Gouvernement ;
- d'établir, pour les besoins du Gouvernement, le bilan actuariel des régimes de pension en étroite collaboration avec les organismes concernés ;
- de recueillir les données statistiques nécessaires tant sur le plan national que sur le plan international suivant un plan statistique et comptable uniforme pour toutes les institutions sociales ;
- de préparer des projets concernant la programmation sociale, à moyen ou à long terme, suivant les lignes de conduite à définir par le Gouvernement ;
- de contribuer, sur le plan international, à tout travail d'élaboration en rapport avec les règlements communautaires et les conventions multi- ou bilatérales en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants et d'en surveiller l'exécution dans le pays ;
- d'assister les institutions de sécurité sociale dans l'élaboration des processus et procédures administratifs sur base d'un cadre méthodologique commun qu'elle détermine et d'assurer, en cas de besoin, les arbitrages nécessaires pour l'implémentation de ces processus et procédures.

L'Inspection générale peut être chargée de l'examen de toutes autres questions que le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale ou un autre membre du Gouvernement ayant dans ses attributions une branche ou un régime de sécurité sociale juge utile de lui soumettre. Elle peut faire au Gouvernement toute suggestion susceptible d'améliorer la législation de sécurité sociale ou l'organisation des institutions de sécurité sociale.

2.2 Le Contrôle médical de la sécurité sociale

Le Contrôle médical de la sécurité sociale est une administration de l'Etat, placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, qui a, dans le cadre des prestations de sécurité sociale ainsi que dans le cadre des incapacités de travail indemnisées pendant la période de suspension de l'indemnité pécuniaire de maladie, des missions d'évaluation,

d'autorisation, de conseil et de contrôle. Il émet les avis et effectue les examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale a pour mission d'évaluer l'état de santé des assurés dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts afin de se prononcer dans des avis motivés sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de prestations de sécurité sociale.

Afin que les prestations de sécurité sociale soient prises en charge conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale, le Contrôle médical de la sécurité sociale conseille la Caisse nationale de santé et lui fournit à sa demande des avis dans les cas prévus par le Code de la sécurité sociale et au sujet de toute autre question qui se pose dans le cadre de la détermination des règles de prise en charge des prestations de soins de santé ainsi que dans le cadre des négociations avec les prestataires de soins de santé.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale autorise la prise en charge des prestations de soins de santé, pour autant qu'une autorisation médicale de prise en charge est prescrite par les lois, règlements ou statuts.

En vue de détecter et de sanctionner les abus et les fraudes, le Contrôle médical de la sécurité sociale assiste la Caisse nationale de santé dans le cadre du contrôle des mémoires d'honoraires et des prescriptions, des délivrances et des consommations des prestations.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale vérifie les rapports d'activités des médecins et médecins-dentistes établis par la Caisse nationale de santé par voie informatique selon les modalités de l'établissement des rapports d'activité des prestataires de soins avec la collaboration du Centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de la Caisse nationale de santé, des caisses de maladie et de l'Association d'assurance accident. Si à la lecture d'un rapport d'activité, il constate une déviation injustifiée de l'activité professionnelle d'un prestataire, il continue ce rapport d'activité à la Commission de surveillance pour examen.

Les avis du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions concernées. Toutefois, si l'avis a été contredit par expertise médicale devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, l'institution concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale effectue les examens médicaux dans les cas prévus par les lois, règlements ou statuts ou lorsqu'il le juge nécessaire à la bonne exécution de ses missions et convoque à cet effet les assurés.

Dans la mesure où un tel examen s'avère indispensable auprès d'un assuré hospitalisé dans un établissement hospitalier, la direction de l'établissement prend les mesures nécessaires pour organiser la visite de l'assuré auprès du médecin du Contrôle médical de la sécurité sociale ou, le cas échéant, la visite de ce dernier au chevet de l'assuré.

Les médecins traitants ainsi que tout autre prestataire de soins de santé, réseau ou établissement sont tenus de fournir au Contrôle médical de la sécurité sociale, à sa demande, toutes les indications concernant le diagnostic et le traitement.

Les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale ne peuvent s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Ce n'est que sur la demande expresse du malade qu'ils formulent un diagnostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'ils le jugent utile dans l'intérêt du malade ou des missions de contrôle et de surveillance, les médecins du Contrôle médical de la sécurité sociale doivent entrer en rapport avec le médecin traitant, toutes les précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale prend l'avis d'experts spécialisés toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé des assurés.

2.3 Cellule d'évaluation et d'orientation

La Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) est un service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et rattaché sur le plan administratif à l'Inspection générale de la sécurité sociale. Elle a pour mission :

- de constater l'état de dépendance et de déterminer les aides et soins requis ;
- d'émettre les avis concernant l'attribution des prestations en nature et en espèces, des produits nécessaires aux aides et soins, des appareils et des adaptations du logement, ainsi que les avis en cas de décision de retrait, de réduction ou de suppression des prestations ;
- de proposer, le cas échéant, les mesures de rééducation et de réadaptation ;
- de déterminer un plan de prise en charge à l'attention du réseau assurant la coordination des aides et des soins autour de la personne dans le cadre du maintien à domicile ou à l'attention de l'établissement d'aides et de soins ;
- d'arrêter dans un avis le plan de partage des aides et soins entre l'entourage de la personne dépendante et le réseau ou l'établissement d'aides et de soins à séjour intermittent ;
- de conseiller l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance et les ministères chargés du financement des infrastructures et de l'agrément des services et établissements d'aides et de soins à la mise en place d'une infrastructure adaptée aux besoins de la population dépendante, de qualité et économiquement efficace. A cet effet, elle établit tous les ans un rapport ;

- d'informer et de conseiller les personnes protégées, les personnes de l'entourage de la personne dépendante, les médecins et les professionnels des aides et des soins en matière de prévention de la dépendance et de prise en charge des personnes dépendantes ;
- de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante ;
- de contrôler, notamment au vu de la documentation de soins, l'adéquation entre les prestations effectivement dispensées et les besoins de la personne dépendante ;
- d'établir un rapport annuel ;
- de fournir à la demande d'autres services publics des expertises.

La Cellule d'évaluation et d'orientation exerce ses missions en demandant des renseignements et en procédant à une évaluation auprès des personnes demandant les prestations prévues par l'assurance dépendance. Le personnel de la Cellule d'évaluation et d'orientation peut, dans l'exercice de ses missions et muni des pièces justificatives de ses fonctions, se rendre au domicile des personnes ayant sollicité les prestations ou à l'établissement qui les héberge, afin de procéder aux constatations nécessaires en vue de l'octroi des aides et soins prévus par l'assurance dépendance. Les visites à domicile ou dans l'établissement ne peuvent avoir lieu qu'entre 6.30 et 20.00 heures.

Le personnel de la cellule ne peut profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en sa faveur par une personne pendant la période où elle a touché des prestations de l'assurance dépendance, sauf dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement.

Par dérogation aux dispositions qui les assujettissent au secret professionnel, les agents des administrations et organismes de sécurité sociale sont tenus de fournir à la Cellule d'évaluation et d'orientation les renseignements qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'exercice des missions confiées à cette dernière.

La Cellule d'évaluation et d'orientation peut conclure des accords de partenariat avec les services spécialisés en vue de la réalisation de ses missions pour autant que ces services n'aient pas conclu un contrat d'aides et de soins avec la Caisse nationale de santé.

Les avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des missions concernant la constatation de la dépendance et l'attribution des prestations s'imposent à l'égard de la Caisse nationale de santé. Toutefois, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur de la sécurité sociale peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de la Cellule d'évaluation et d'orientation a été contredit par l'expert chargé par le Conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel.

2.4 Agence pour le développement de l'emploi

Le service des prestations de chômage et de préretraite est assuré par l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM)[1] qui, sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi, gère également le Fonds pour l'emploi.

Cette administration a en outre pour mission de surveiller la situation et l'évolution du marché de l'emploi, de réaliser la compensation des offres et des demandes d'emploi, d'organiser le recrutement des salariés étrangers, d'organiser et d'assurer l'orientation professionnelle des jeunes ou des adultes en vue de leur intégration ou de leur réintégration dans la vie professionnelle, d'assurer l'application de la législation concernant la prévention et la résorption du chômage, l'octroi des prestations de chômage, d'assurer la formation, la rééducation et l'intégration professionnelles des personnes handicapées.

L'Agence pour le développement de l'emploi a également des compétences dans le cadre de la procédure de reclassement professionnel interne ou externe à l'entreprise des travailleurs incapables d'exercer leur dernier poste de travail. Les fonctionnaires de l'Agence pour le développement de l'emploi ont pour mission d'assister la Commission mixte, qui prend les décisions en matière de reclassement professionnel. La Commission mixte peut déléguer certaines de ses compétences dans le cadre de l'instruction des dossiers, aux fonctionnaires de l'Agence pour le développement de l'emploi.

La Commission mixte de reclassement professionnel des travailleurs incapables à exercer leur dernier poste de travail[2], se compose :

- de deux délégués représentant les assurés ;
- de deux délégués des employeurs ;
- d'un délégué du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail;
- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi ;
- d'un délégué de l'Agence pour le développement de l'emploi.

---

1) *Pour plus de précisions sur l'organisation et le fonctionnement de l'Agence pour le développement de l'emploi : voir loi modifiée du 18 janvier 2012 (Mém. A 11 du 26 janvier 2012).*

2) *Pour plus de précisions sur le mode de désignation et d'indemnisation des membres, les règles de fonctionnement et les délais de procédure de la commission mixte de reclassement professionnel des travailleurs incapables à exercer leur dernier poste de travail : voir règlement grand-ducal du 14 octobre 2002.*

3 ORGANES CONSULTATIFS

3.1 Action concertée

Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque annuellement un comité quadripartite qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale, la Santé et les Finances, les représentants des organisations professionnelles les plus représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que ceux des groupements professionnels signataires des conventions.

Sur base d'un rapport établi par des experts, le comité quadripartite examine l'évolution des recettes et des dépenses en matière de santé et propose des mesures à prendre sur le plan légal, réglementaire, conventionnel ou statutaire en matière d'assurance maladie ainsi que toutes autres mesures destinées à améliorer l'efficacité du système de santé en tenant compte des besoins de la population, de l'évolution des techniques médicales et des ressources dont dispose le pays.

Si la croissance des dépenses entraîne un relèvement important du taux de cotisation, le comité quadripartite doit se concerter pour proposer des économies à réaliser au niveau des prestataires de soins et une augmentation des participations des assurés. Par ailleurs, si l'évolution du volume des actes et services des médecins et médecins-dentistes diffère considérablement des besoins réels de la population protégée et des exigences d'une médecine de qualité, le comité quadripartite recommande l'introduction des mécanismes régulateurs.

Au terme de cette concertation un règlement grand-ducal, à prendre sur avis obligatoire du Conseil d'Etat et de la commission de travail de la Chambre des députés, peut introduire les modalités suivant lesquelles les parties doivent négocier l'adaptation de la lettre-clé des médecins et celle des médecins-dentistes en fonction de la variation du revenu moyen cotisable des assurés actifs, redressée sur base de l'évolution du volume des actes et services respectivement des médecins et des médecins-dentistes.

3.2 Commission consultative de l'assurance dépendance

La commission consultative se compose des membres suivants :

- d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qui assume les fonctions de président de la commission ;
- de 2 membres représentant la Cellule d'évaluation et d'orientation;
- de 2 membres désignés respectivement par les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Famille ;
- du président de la Caisse nationale de Santé ou de son délégué ;
- de 2 membres désignés par et parmi les délégués des assurés du comité directeur de la Caisse nationale de santé ;

- de 2 membres représentant les organisations agréées en vue de la dispensation d'aides et de soins ;
- de 2 membres désignés respectivement par le Conseil supérieur des personnes handicapées et celui des personnes âgées.

Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant. La commission peut s'adjoindre des experts.

Les attributions de la commission consultative sont les suivantes :

- avis obligatoire lors de la fixation ou de la modification des modalités de la détermination de la dépendance ;
- avis obligatoire lors de la définition de projets d'actions expérimentales dans certains domaines de la dépendance ;
- proposition d'une liste des appareils pris en charge par l'assurance dépendance.

Elle peut être saisie également de toute proposition d'inscription, de modification ou de suppression d'aides ou de soins, par les Ministre de la Sécurité sociale, de la Santé ou de la Famille, par la Cellule d'évaluation et d'orientation, par la Caisse nationale de santé ou encore par les organismes agréées signataires d'un contrat d'aides et de soins.

3.3 Commission de qualité des prestations

Une Commission de qualité des prestations a pour mission d'élaborer des propositions de lignes directrices et de standards de référence notamment en matière de qualité des aides et soins, aides techniques et adaptations du logement. Ces propositions sont soumises aux parties contractantes en vue de l'intégration des lignes directrices et des standards dans les conventions-cadre.

La commission se compose de :

- deux membres désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Famille ;
- deux membres de la Cellule d'évaluation et d'orientation ;
- deux membres désignés par le ou les groupements professionnels représentatifs des prestataires des réseaux d'aides et de soins, des établissements à séjour continu et des établissements à séjour intermittent ;
- deux experts en matière de qualité désignés par le ministre ayant dans ses attributions la Santé ;
- un expert en soins de santé proposé par l'association la plus représentative des patients.

La commission peut s'adjoindre des experts scientifiques externes.

Le fonctionnement de la commission, la procédure à suivre ainsi que l'indemnisation des membres et des experts commis sont déterminés par règlement grand-ducal[1)].

3.4 Action concertée de l'assurance dépendance

Le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale convoque périodiquement un comité qui réunit les ministres ayant dans leurs attributions le Budget, la Famille et la Santé, les organisations œuvrant dans le domaine de l'action médicale, sociale et familiale et les associations représentant les ayants droit.

Ce comité a pour mission d'examiner le fonctionnement de l'assurance dépendance, des réseaux d'aides et de soins et des établissements d'aides et de soins hébergeant des personnes dépendantes et de faire des propositions à l'effet d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes. A cet effet il peut réaliser ou faire réaliser des études. Des experts peuvent être adjoints à ce comité.

4 LES ORGANISMES COMPÉTENTS EN MATIÈRE D'ASSISTANCE SOCIALE

4.1 Le Fonds national de solidarité

Le Fonds national de solidarité (FNS) est un établissement public doté de la personnalité civile et possédant l'autonomie financière, placé sous la surveillance du ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région.

Le Fonds a pour mission d'assurer l'exécution des obligations définies par la législation en matière d'un revenu minimum garanti. Par ailleurs il lui appartient de verser :

- le revenu pour personnes gravement handicapées ;
- les avances de pensions alimentaires ;
- l'allocation de vie chère ;
- les forfaits d'éducation ;
- la participation du prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique.

Le Fonds est administré et géré par un comité directeur comprenant un président et 7 membres nommés par le Gouvernement. Le comité directeur représente et gère le Fonds dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe. Il lui appartient notamment de statuer au sujet des prestations légales et des demandes en restitution. Le président, qui est

---

1) Pour plus de précisions, voir règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant le fonctionnement de la Commission de qualité des prestations.

obligatoirement un fonctionnaire de l'Etat, représente le Fonds dans les actes publics et sous seing privé ; les actions judiciaires sont intentées et défendues au nom du Fonds par le président. Le président est assisté par des employés nommés par le comité directeur et placés sous la direction et l'autorité de ce comité.

Le ministre compétent peut, en tout temps, contrôler ou faire contrôler la gestion du fonds.

4.2 Service national d'action sociale

Le Service national d'action sociale (SNAS), placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a pour mission :

- d'assurer l'exécution des dispositions concernant l'indemnité d'insertion prévue en matière du revenu minimum garanti ;
- de coordonner à cet effet l'action et l'apport des instances et organismes concernés ;
- de préparer les réunions du comité interministériel et du Conseil supérieur à l'action sociale et d'en assurer le secrétariat ;
- de recueillir les données statistiques nécessaires relatives aux prestations accordées aux bénéficiaires.

Le Service national d'action sociale est dirigé par le Commissaire de gouvernement à l'action sociale.

4.3 Services régionaux d'action sociale

L'Etat est autorisé à créer des services régionaux d'action sociale chargés d'aider le Service national d'action sociale à accomplir les missions lui dévolues et à participer à leur financement. Si ces services sont gérés par les offices sociaux communaux ou par des organismes privés ayant le statut d'association sans but lucratif ou d'établissement d'utilité publique, les droits et devoirs des parties sont réglés par convention à passer avec le Gouvernement, sur proposition du comité interministériel à l'action sociale. De même, le Service national d'action sociale peut avoir recours, notamment pour assurer l'accompagnement social, aux services sociaux publics et aux services sociaux privés conventionnés ou subsidiés par l'Etat.

4.4 Comité interministériel à l'action sociale

Un comité interministériel à l'action sociale, composé des représentants des ministres de la Sécurité sociale, de la Famille, du Travail et de l'Emploi, de l'Intérieur, de la Promotion féminine, de la Santé, du Logement et de l'Education nationale et de la Formation professionnelle, coordonne l'activité de tous les services chargés de l'exécution de la législation en matière de revenu minimum garanti.

Le comité interministériel propose au Gouvernement des mesures susceptibles d'améliorer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

4.5 Conseil supérieur de l'action sociale

Le conseil supérieur à l'action sociale se compose de :

- représentants des membres du gouvernement ayant dans leurs attributions le Travail et l'Emploi, la Famille, la Sécurité sociale, l'Intérieur, le Logement, la Santé, l'Education nationale et la Formation professionnelle, ainsi que la Promotion féminine ;
- 1 représentant du Fonds national de solidarité ;
- 1 représentant du Service national d'action sociale ;
- 1 représentant de l'Inspection générale de la sécurité sociale ;
- 3 membres désignés parmi et par les présidents des offices sociaux ;
- 4 membres représentant les syndicats les plus représentatifs ;
- 3 membres représentant les professionnels du travail social ;
- 3 membres représentant les associations gérant des services dans le domaine de l'action sociale ;
- 3 membres représentant les organisations d'employeurs ;
- 3 membres représentant des organismes ayant pour objet la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- 1 représentant du Conseil économique et social ;
- 1 représentant du Centre d'études de populations, de pauvreté et de politiques socio-économiques.

Il y a autant de membres suppléants que de membres effectifs.

Le Conseil supérieur de l'action sociale est présidé alternativement et pour trois ans par les membres du gouvernement ayant dans leurs attributions respectivement la Sécurité sociale et la Famille.

Le Conseil supérieur de l'action sociale dresse l'état des besoins en matière d'action sociale et propose les voies et moyens d'y remédier. Tous les trois ans, il adresse à la Chambre des députés un rapport circonstancié.

4.6 Offices sociaux

L'aide sociale[1)] est dispensée par les Offices sociaux. L'office social est un établissement public doté de la personnalité juridique institué au niveau des communes.

Pour l'instruction des dossiers, l'office s'assure le concours d'une personne ayant obligatoirement achevé une formation dans un ordre d'enseignement post-secondaire dans le domaine social. Elle est membre de l'office, salariée de l'office ou d'une association œuvrant dans le domaine de l'action sociale. Elle expose les dossiers aux membres de l'office.

---

1) Pour plus de précisions voir loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale.

Le Service national d'action sociale est convoqué à toute réunion de l'office traitant des dossiers relevant de l'application de la législation en matière de revenu minimum garanti. Le représentant du service peut intervenir à tout moment dans les délibérations de l'office social.

Juridictions de la sécurité sociale et voies de recours

23

Dans un Etat de droit, il est de principe que le citoyen qui s'estime lésé ait le droit de s'adresser au pouvoir judiciaire. Trois instances sont généralement prévues: juridiction du premier degré, appel et cassation.

Ces mêmes idées se retrouvent en matière de sécurité sociale: les demandeurs de prestations doivent avoir le droit d'agir en justice en cas de refus d'une prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité. Les voies de recours peuvent être diverses. Dans certains pays ce sont les tribunaux ordinaires qui sont compétents; d'autres pays ont instauré des juridictions de sécurité sociale ou font intervenir les instances du droit du travail. Les juridictions de la sécurité sociale sont souvent composées d'un magistrat président et de deux ou plusieurs assesseurs choisis sur des listes dressées par les organisations de travailleurs et les organisations d'employeurs.

Le législateur luxembourgeois s'est orienté dans cette direction et des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale ont été créées à la fin de la dernière guerre mondiale.

En effet, le Conseil arbitral de la sécurité sociale est compétent, en première instance, pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale. Les recours contre les jugements du Conseil arbitral sont tranchés par le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Ces deux juridictions sont également compétentes pour certains litiges avec les prestataires de soins. Les pourvois en cassation se font devant la Cour de cassation.

Tous les frais tant du Conseil arbitral que du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont à charge de l'Etat.

1 LE CONSEIL ARBITRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le Conseil arbitral est compétent pour juger en première instance les contestations concernant l'affiliation, l'assujettissement, les cotisations, les amendes d'ordre et les prestations.[1)] Il statue en premier et dernier ressort jusqu'à une valeur de 1.250 € [2)] et à charge d'appel lorsque l'objet du litige dépasse cette somme.

Le siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale est à Luxembourg. Le président du Conseil arbitral peut fixer les audiences à Esch-sur-Alzette et à Diekirch. La compétence du Conseil arbitral s'exerce sur tout le territoire du Luxembourg.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale se compose d'un président et de deux assesseurs choisis par lui parmi ceux nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et relevant de la même caisse de maladie dont relève l'assuré ayant présenté le recours. S'il s'agit d'un salarié, le président désigne un assesseur-assuré et un assesseur-employeur.

Lorsque la détermination de la caisse de maladie compétente soulève des difficultés ou s'il s'agit d'un recours en matière de contestations entre la Mutualité et ses affiliés, de prestations familiales, de prestations de dépendance, de litiges entre institutions de sécurité sociale et de contestations entre les organismes en cause dans le cadre de la loi de coordination des régimes légaux de pension, le président statue seul.[3)]

Les recours doivent être formés, sous peine de forclusion, dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision attaquée, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral.

La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Il en est de même des autres pièces produites en cours de la procédure. La requête indique les noms, prénoms, numéros d'identité, profession et domicile du demandeur, ainsi que la qualité en laquelle il agit, et énonce l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. La requête doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale. Si la requête est présentée par un mandataire, ce dernier, s'il

---

1) En matière d'assurance maladie, d'assurance pension, d'assurance accident et d'assurance dépendance, toute question à portée individuelle peut faire l'objet d'une décision du président du comité directeur de la Caisse nationale de santé. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les 40 jours de la notification de la décision. L'opposition est vidée par le comité directeur. Les décisions à portée individuelle prises par le comité directeur de la Caisse nationale de santé sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité social.

2) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

3) Il s'agit des recours en application des articles 59, , 382, 457 du CSS et de l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mém. A 70 du 8 août 2000, p. 1404).

n'est pas avocat, doit justifier d'une procuration spéciale. Cette dernière doit être présentée au plus tard lors du débat oral et avant que celui-ci ne soit entamé.

Le délai est également considéré comme observé lorsque les recours sont produits en temps utile auprès d'une institution de sécurité sociale[1]. Dans ces derniers cas, les requêtes doivent être transmises immédiatement au Conseil arbitral.

La date d'entrée des requêtes introductives de recours est inscrite par le greffe sur un registre ad hoc ou sur un support informatique adéquat. Y est inscrit en outre la date des lettres recommandées prévues par la procédure.

Un exemplaire de la requête est transmis à l'institution de sécurité sociale dont émane la décision attaquée, avec sommation d'effectuer dans les 15 jours le dépôt de tous les documents relatifs à l'action intentée qui se trouvent en sa possession ou dont elle entend se servir en cours d'instance.

Le président instruit l'affaire et peut, avant le débat oral, rassembler les moyens de preuve. Il ordonne toute mesure d'instruction qu'il juge utile et il peut notamment par ordonnance commettre toute personne de son choix pour l'éclairer par des constatations, par une consultation ou par une expertise sur une question de fait qui requiert l'avis d'un expert.

Les assurés ou leurs mandataires peuvent prendre connaissance des dossiers au secrétariat du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Sur demande ils obtiennent communication des pièces relatives au litige, le cas échéant, contre remboursement.

Le président décide dans quelle mesure les intéressés ou leurs représentants peuvent consulter les rapports médicaux.

Le Conseil arbitral peut choisir un ou plusieurs médecins qu'il s'adjoint comme experts lors des débats oraux.

Le jour et l'heure du débat oral ainsi que le lieu de réunion sont notifiés aux assesseurs et aux parties par lettre recommandée. Un délai de huit jours au moins entre la réception de la convocation et le jour indiqué pour la comparution est à respecter.

Même dans le cas où les parties ne comparaîtraient ni en personne, ni par mandataire, le Conseil arbitral peut statuer sur le recours. L'affaire peut être remise à une séance ultérieure, lorsque les parties ou l'une d'elles font connaître au Conseil arbitral l'impossibilité de se présenter à la date indiquée; une nouvelle convocation est envoyée aux parties.

---

1) Au sens de l'article 396 du CSS.

Les décisions par défaut peuvent être attaquées par la voie de l'opposition. L'opposition doit être formée par requête et ceci dans les 15 jours de la notification de la décision attaquée.

Le président peut, pour le débat oral, citer des témoins et des experts et prendre toutes autres mesures, en particulier ordonner la comparution personnelle du demandeur. Les témoins et les experts sont cités par lettre recommandée ou remise contre récépissé. L'avis de réception de la poste est versé au dossier.

Ne peut, dans une affaire, faire partie du Conseil arbitral celui qui est partie dans l'affaire, qui est ou a été le conjoint d'une partie, qui est parent ou allié d'une partie jusqu'au troisième degré inclusivement ou qui a pris part à la décision litigieuse. L'inobservation de ces dispositions ne constitue une cause de nullité que si elle a été préalablement invoquée.

Dans les mêmes cas énoncés, les membres du Conseil arbitral peuvent être récusés. Ils peuvent être récusés également pour cause de suspicion légitime. La récusation pour cause de suspicion légitime est recevable s'il existe des faits qui peuvent justifier la mise en doute de l'impartialité d'un membre. La partie intéressée doit faire valoir le motif de la récusation avant d'entamer le débat devant le Conseil arbitral. La partie qui veut récuser un membre du Conseil arbitral, est tenue de former la récusation et d'en exposer les motifs par un acte qu'elle dépose au greffe du conseil arbitral, qui la communique immédiatement au membre du Conseil arbitral concerné.

Les débats sont publics à moins que le Conseil arbitral décide par jugement de siéger à huis clos. Ils sont ouverts par un exposé de l'affaire donné par le président. Ensuite les parties ou leurs mandataires sont entendus dans leurs observations. Le président peut faire expulser de la salle d'audience toute personne qui proférerait des injures soit à son adresse, soit à celle d'un des assesseurs ou d'un témoin.

Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil arbitral délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune.

Le président opine le dernier. S'il se forme plus de deux opinions, celle du président prévaut. Le président prononce la décision sur le champ. Il peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe les jour et heure.

Les notes au plumitif sont signées par le greffier. Elles mentionnent le lieu et la date de l'audience, les noms et profession du président, des assesseurs et du greffier, avec indication de la qualité en laquelle ils agissent, l'objet du recours, les noms des parties, et le cas échéant de leurs mandataires.

Les notes au plumitif doivent mentionner:

- les déclarations des parties ayant pour objet le retrait du recours, les déclarations de désistement et les déclarations ou arrangements ayant pour but de mettre fin au litige;
- les demandes et déclarations qui diffèrent de celles faites antérieurement par les intéressés;
- l'avis émis par le médecin-expert du Conseil arbitral;
- le dispositif de la décision et son prononcé.

Un extrait du plumitif est délivré en copie à la partie au litige qui en fait la demande. Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans les 15 jours du prononcé, aux parties intéressées par lettre recommandée ou remise contre récépissé.

2 LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le Conseil supérieur est compétent pour juger en appel les litiges concernant l'affiliation, l'assujettissement, les cotisations, les amendes d'ordre et les prestations et dont l'objet dépasse 1.250 €[1].

Le siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale est à Luxembourg. Sa compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché.

Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose d'un président et de deux assesseurs-magistrats. En ce qui concerne le mode de délégation et la suppléance, l'assemblée générale de la Cour supérieure de justice délègue, parmi ses membres, le président et les deux assesseurs-magistrats du Conseil supérieur de la sécurité sociale ainsi que leurs suppléants. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose en outre de deux assesseurs, nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale. La désignation des assesseurs se fait selon les mêmes règles que celles prévues pour le Conseil arbitral.

Le Conseil supérieur est composé seulement de son président et deux assesseurs-magistrats dans les affaires d'assurance dépendance, de contestations entre la Mutualité et ses affiliés, de litiges entre institutions de sécurité sociale, de litige au sujet de la représentativité ou du défaut de qualité des prestataires de soins, en cas d'échec de la médiation en matière d'adaptation de tarifs, de certaines décisions de la Commission de surveillance, de contestations des décisions de la Caisse pour l'avenir des enfants et de contestations entre les organismes en cause dans le cadre de la loi de coordination des régimes légaux de pension[2].

---

1) *Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.*

2) *Il s'agit des cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 73bis, 318, 382, 393ter et 457 du CSS et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mém. A 70 du 8 août 2000, p.1404).*

L'appel doit être interjeté, sous peine de forclusion, dans les 40 jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale.

La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Elle doit indiquer l'objet de la demande et exposer sommairement les moyens sur lesquels se fonde l'appel.

Un exemplaire de la requête est transmis à la partie défenderesse en appel.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale est immédiatement informé de l'introduction de l'appel.

Le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale peut charger un des assesseurs magistrat qui font partie du Conseil supérieur de préparer l'instruction de l'affaire et de faire rapport. Le rapport est fait lors du débat oral.

Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil supérieur délibère. Les délibérations ne sont pas publiques.

Le président recueille les opinions individuellement en commençant par l'assesseur le plus jeune. Le président opine le dernier. La décision est prise à la majorité des voix. S'il se forme plus de deux opinions sans qu'il y ait majorité absolue, les membres du Conseil sont tenus de se réunir à l'une des deux émises par le plus grand nombre de votants. S'il y a partage des voix, celle du président prévaut.

Le président prononce la décision d'appel sur le champ. Le Conseil supérieur de la sécurité sociale peut toutefois remettre le prononcé à une audience ultérieure dont il fixe le jour et l’heure.

La décision rendue par le Conseil supérieur de la sécurité sociale est définitive.

Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans le mois du prononcé au plus tard aux parties intéressées ainsi qu'au Conseil arbitral de la sécurité sociale.[1)]

3 POURVOI EN CASSATION

Les décisions rendues en dernier ressort par le Conseil arbitral ainsi que les arrêts du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont susceptibles d'un pourvoi en cassation. Ce pourvoi n'est recevable que pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles soit prescrites à peine de nullité.

---

1) Pour plus de précisons sur la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice: voir règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 (Mém. A 107 du 31 décembre 1993, p. 2320).

4 PROCÉDURES PARTICULIÈRES DEVANT LES JURIDICTIONS SOCIALES

1) En matière de détermination **des tarifs avec les prestataires de soins**, trois procédures particulières sont à relever.

   a) Il s'agit de la situation où une convention entre la Caisse nationale de santé et un groupement professionnel a été conclue, mais où le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale en conteste la légalité. Il appartient au ministre de saisir, dans un délai d'un mois, le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

   b) En cas d'échec de la médiation en matière d'adaptation des tarifs, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale.

   c) En cas de litige sur la représentativité ou du défaut de qualité d'un groupement professionnel qui veut conclure une convention avec Caisse nationale de santé, il appartient au groupement concerné de porter le litige devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

      Celui-ci est appelé à statuer dans un délai de 10 jours après la date fixée pour le début des négociations.

   Dans les trois sortes de litige, le Conseil supérieur statue sans les deux délégués, c'est-à-dire il se compose de son président et des deux assesseurs-magistrats. Les sentences (décisions) arbitrales rendus par le Conseil supérieur de la sécurité sociale sont notifiées aux parties au litige et communiquées à l'autorité de surveillance. Elles ne sont susceptibles d'aucune voie de recours.

2) Il y a des procédures particulières en matière de litiges soumis à la **Commission de surveillance**[1)].

- Les décisions de la Commission de surveillance prises dans les litiges entre la Caisse nationale de santé ou l'Association d'assurance accident dans le cadre de la prise en charge directe et celles prises dans les litiges entre une caisse de maladie et un assuré mettant en cause un prestataire de soins au sujet d'un tarif ou d'un dépassement d'un tarif, sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

---

1) Pour plus de précisions en ce qui concerne la commission de surveillance, voir chapitre 4 -"Relations avec les prestataires de soins".

- Dans les affaires concernant les rapports d'activité des médecins et médecins-dentistes et les violations d'une disposition légale réglementaire, statutaire ou conventionnelle par un prestataire de soins de la législation applicable, il appartient au Conseil arbitral d'analyser l'affaire et s'il retient une anomalie il prononce une sanction à l'encontre du prestataire. Il existe trois catégories de sanction:

  a) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé ne pouvant dépasser 25.000 €[1]. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être inférieure à 25.000 € ni supérieur à 500.000 € ;

  b) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus augmentés des intérêts légaux ;

  c) la soumission obligatoire et exclusive, pendant une période de cinq ans au plus, du prestataire au régime conventionnel prévoyant une prise en charge directe par la Caisse nationale de santé de toutes les prestations effectuées pour compte des assurés;

  d) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par patient en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période de trois années au plus.

  Pour les deux sortes de litiges, les deux assesseurs faisant partie de la composition du Conseil arbitral sont choisis parmi les trois assesseurs nommés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une liste de candidats présentée par les groupements professionnels ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter par le comité directeur de la Caisse nationale de santé.

  Les décisions du Conseil arbitral sont susceptibles d'un recours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale quelle que soit la valeur du litige [2].

  Le Conseil supérieur statue sans les deux délégués, c'est-à-dire il se compose de son président et des deux assesseurs magistrats.

3) En ce qui concerne l'assurance pension, les contestations qui naissent en matière de **coordination du régime général** d'une part et des **régimes spéciaux et spéciaux transitoires** d'autre part sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral et en

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

2) Pour plus de précision sur la procédure à suivre devant le Conseil arbitral et devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice: voir règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 (Mém. A 107 du 31 décembre 1993, p. 2320).

instance d'appel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale composé de son président et de deux assesseurs-magistrats. Les contestations pouvant naître entre les bénéficiaires de la loi de coordination ou ceux qui se prétendent tels et un organisme en cause, sont jugées par les juridictions compétentes pour les litiges concernant cet organisme.

Si une juridiction se déclare incompétente en raison de la matière, elle est tenue de renvoyer d'office devant qui de droit.

Lorsqu'une affaire est de nature à donner lieu à des décisions contraires ou à contestations entre différents organismes, elle est renvoyée au Conseil arbitral en première instance et au Conseil supérieur de la sécurité sociale en instance d'appel.

En cas de renvoi, la juridiction saisie peut désigner l'organisme qui assume le paiement des prestations à titre provisoire en attendant qu'il soit définitivement statué sur le litige. Dans les litiges concernant l'assurance rétroactive, les organismes des régimes spéciaux transitoires sont mis en intervention pour déclaration de jugement commun.

4) Les recours en matière de **prestations de chômage** suivent des règles de procédure particulières. Ainsi les décisions portant attribution, maintien, reprise, prorogation, refus ou retrait de l'indemnité de chômage, suspension de la gestion du dossier et retardement du début de l'indemnisation, ainsi que les décisions ordonnant le remboursement des indemnités touchées, sont prises par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ou par les fonctionnaires par lui délégués à cet effet.

Les décisions de refus ou de retrait doivent être motivées et sont notifiées au requérant par lettre recommandée. Elles peuvent faire l'objet d'une demande en réexamen auprès d'une commission spéciale instituée par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

La demande en réexamen doit être introduite par lettre recommandée, sous peine de forclusion, avant l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision.

La commission spéciale se compose de 3 membres représentant les employeurs, de 3 membres représentant les salariés et du président qui est désigné par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.[1)]

Contre les décisions prises par la commission, un recours est ouvert au requérant débouté et au ministre ayant l'Emploi et le Travail dans

---

1) Pour l'organisation et le fonctionnement de la commission spéciale chargée du réexamen des décisions de l'Agence pour le développement de l'emploi en matière d'indemnisation du chômage complet: voir règlement grand- ducal du 7 juillet 1987 (Mém. A 57 du 16 juillet 1987, p.1058).

ses attributions. Ce recours est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale; il n'a pas d'effet suspensif. Il doit être formé, sous peine de forclusion, dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision attaquée.

L'appel contre les décisions du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale selon les règles tracées par les lois et règlements en vigueur pour le contentieux en matière d'accident de travail; la procédure de l'appel n'a pas d'effet suspensif.

5) En ce qui concerne les **prestations du Fonds national de solidarité**, les intéressés peuvent se pourvoir, endéans les 40 jours contre les décisions du Fonds devant le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale. La décision du président du Conseil arbitral est susceptible d'un recours endéans les 40 jours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale composé du président et des membres-magistrats. Aucun appel n'est possible si la valeur du litige est inférieure à 297,47 €[1]. Le pourvoi en cassation est possible.

6) A noter qu'une procédure particulière est prévue en matière de **sécurité et de santé au travail**. Ainsi les constats d'inaptitude du travailleur à occuper un poste de travail déterminé faits par le médecin du travail peuvent faire l'objet d'une demande de réexamen auprès du médecin chef de division de la santé au travail. Ce dernier prend une décision contre laquelle un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale est ouvert. L'appel contre le jugement du Conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Les règles de procédure, de délai et de composition sont celles applicables en matière d'assurance accident. Ni le recours devant le Conseil arbitral, ni l'appel devant le Conseil supérieur n'ont d'effet suspensif. Un recours en cassation est possible.

Les conclusions des examens d'embauchage ne sont pas sujettes à recours [2].

7) Toute contestation relative au **congé pour raisons familiales** relevant d'un contrat de travail ou d'apprentissage entre un employeur, d'une part, et un salarié, d'autre part, est de la compétence des tribunaux du travail.

---

1) Montant non indexé à l'échelle mobile des salaires.

2) Pour plus de précisions concernant les services de santé au travail: voir Code du travail, Livre III, titre II. Pour la procédure des recours il est renvoyé à l'article L.327-1 du Code du travail.

5 LES RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

Lorsque les personnes assurées ou leurs ayants droit peuvent réclamer, en application des dispositions régissant les différents risques couverts par la sécurité sociale, la réparation d'un dommage qui leur a été occasionné par un tiers, le droit passe à l'organisme, pour autant qu'il s'agisse d'éléments de préjudice couverts par ce dernier.

En matière d'assurance maladie, le droit passe à la Caisse nationale de santé pour l'ensemble des prestations servies.

En matière d'assurance dépendance, le droit passe à la Caisse nationale de santé jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance dépendance.

En matière d'assurance pension, le droit à réparation que possède celui à qui compète une pension invalidité ou de survie passe intégralement à la Caisse nationale d'assurance pension jusqu'à concurrence de ses prestations. Si la pension revêt un caractère permanent, le recours porte sur le capital de couverture, déduction faite des expectatives acquises.[1)]

En matière d'assurance accident, le droit passe à l'Association d'assurance accident jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par l'assurance accident.

De même le Fonds national de solidarité peut réclamer la restitution de l'allocation complémentaire contre le tiers responsable du fait qui a rendu nécessaire le paiement du revenu minimum garanti.

L'intervention des organismes de sécurité sociale dans la procédure est régie de la façon suivante:

- devant les juridictions répressives, la victime ou ses ayants droit et le tiers responsable peuvent en tout état de cause appeler les organismes en déclaration de jugement commun, ou réciproquement. Il convient de remarquer qu'en cas de citation directe, l'organisme de sécurité sociale doit être mis en cause sous peine d'irrecevabilité de la citation;
- devant les juridictions civiles et commerciales, le demandeur doit appeler les organismes en déclaration de jugement commun, et ce sous peine d'irrecevabilité de la demande;
- dans les deux hypothèses, les tribunaux peuvent ordonner d'office l'appel en déclaration de jugement commun des institutions de sécurité sociale.

---

1) Pour les modalités d'application du recours contre tiers responsable: voir règlement grand-ducal du 18 novembre 1992 (Mém. A 89 du 3 décembre 1992, p. 2545).

6 RESPONSABILITÉ EN MATIÈRE D'ASSURANCE ACCIDENT

Les personnes auxquelles l'assurance accident s'applique et leurs ayants droit ne peuvent, en raison de l'accident ou de la maladie professionnelle, agir judiciairement en dommages intérêts contre leur employeur ou la personne pour compte de laquelle ils exercent une activité, à moins qu'un jugement pénal n'ait déclaré les défendeurs coupables d'avoir provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle.

Nouvelles mesures législatives et réglementaires intervenues

24

1 PRINCIPALES MESURES EN MATIERE DE SECURITE SOCIALE INTERVENUES ENTRE LE 1ER JANVIER 2012 ET LE 1ER JANVIER 2017

1.1 Assurance maladie-maternité

La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé prévoit d'importantes modifications en matière d'assurance maladie-maternité.

A côté de diverses mesures financières ayant le but d'améliorer la situation financière de la Caisse nationale de santé (diminution coefficients des actes de la nomenclature des médecins et des laboratoires, augmentation du taux de cotisation pour les soins de santé,…) cette loi prévoit :

- l'intégration du financement des prestations de maternité dans le financement normal par cotisations ;
- l'introduction d'un taux de cotisation unique en matière d'assurance maladie-maternité ;
- le changement de la composition de Commission de surveillance, modifications des sanctions à prononcer par le Conseil arbitral de la sécurité sociale ;
- l'introduction de la notion de médecin référent ;
- la modification du fonctionnement de la Commission de nomenclature ;
- la création de la Cellule d'expertise médicale afin de soutenir la Commission de nomenclature et le Conseil scientifique ;
- l'introduction du dossier de soins partagé ;
- la création de l'Agence nationale des informations partagées pour gérer le dossier de soins partagé ;
- le tiers payant social ;
- la substitution des médicaments ;

- transfert de la compétence en matière de fixation des prix des médicaments du ministère de l'Economie vers le ministère de la Sécurité sociale ;
- introduction de l'Enveloppe budgétaire du secteur hospitalier ;
- modification de la procédure de médiation.

La loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale vise le renforcement des pouvoirs de ce dernier et prévoit les principales modifications suivantes :

- en ce qui concerne l'indemnité pécuniaire de maladie, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut dorénavant intervenir dès la première semaine du congé de maladie, à savoir les périodes d'incapacité de travail indemnisées par l'employeur ;
- l'attribution d'une mission de conseil tant pour la Caisse nationale de santé que pour les assurés si ceux-ci en font la demande expresse ;
- la vérification des rapports d'activité des médecins et des médecins-dentistes ;
- l'attribution d'une mission d'autorisation de prise en charge des prestations de soins de santé visées par le Code de la sécurité sociale ;
- l'abrogation de l'utilisation systématique du rapport médical circonstanciée (R4) : à l'avenir le Contrôle médical de la sécurité sociale utilisera le rapport R4 de manière plus sélective ;
- la clarification de la procédure décisionnelle de la Caisse nationale de santé de façon uniforme pour toutes les décisions administratives individuelles ;
- la possibilité pour la Caisse nationale de santé de prendre des décisions de refus s'imposant en matière de droit de travail et mettant fin automatiquement tant au droit au maintien du salaire qu'au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie sur base d'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

1.2 Assurance pension

Devant les défis futurs que le régime général de pension doit affronter, détérioration du rapport entre actifs et retraités, vieillissement de la population, profil des carrières modernes, le législateur par la loi du 21 décembre 2012 portant réforme de l'assurance pension a visé la viabilité à long terme du régime de pension tout en veillant à conserver des pensions adéquates et des charges supportables pour les générations futures.

Il n'a pas été touché aux principes du système de financement de l'assurance pension. Il s'agit toujours d' un système de répartition des charges par périodes de couvertures avec constitution d'une réserve de compensation qui, d'après la loi doit correspondre à au moins 1,5 fois les prestations annuelles. Cependant, la période de couverture a été augmentée de sept à

dix ans et au milieu de chaque période de couverture, l'Inspection générale de la sécurité sociale dresse un bilan technique intermédiaire. Si ce bilan montre que la situation financière sort de l'équilibre, le taux de cotisation global est refixé par loi spéciale pour une nouvelle période de couverture de dix ans.

En ce qui concerne le montant de la pension de l'assuré, la réforme de l'assurance pension introduit d'un côté un taux régressif dans le temps (2013-2052) applicable aux majorations proportionnelles, mais de l'autre côté augmente les majorations forfaitaires et les majorations échelonnées, ce qui permet à l'assuré d'augmenter ses prestations s'il prolonge sa carrière professionnelle. En résumé, l'assuré perçoit environ le même montant de pension que sous l'ancienne législation à condition de prolonger sa vie professionnelle.

Comme par le passé les pensions sont adaptées au coût de la vie suivant l'évolution des tranches indiciaires.

En ce qui concerne l'adaptation au niveau de vie des pensions, cette loi a introduit une différenciation entre revalorisation et réajustement des pensions.

Le facteur de revalorisation sert d'abord à insérer les salaires cotisables dans la carrière en valeur de base 1984 et tient compte de la revalorisation des salaires inscrits dans la carrière de l'assuré au niveau de vie à la date du début de la pension lors du calcul de la pension initiale. La revalorisation des salaires appliquée au moment de l'octroi de la pension ne dépend pas de la situation financière du régime.

Ensuite, le facteur de réajustement adapte les pensions échues à l'évolution du niveau de vie. Ce facteur dépend dorénavant de la situation financière du régime. Plus précisément, il dépend de l'évolution de la prime de répartition pure du système.

La prime de répartition pure représente le rapport entre les dépenses courantes annuelles et la totalité des salaires, traitements et revenus cotisables à la base des recettes annuelles en cotisations du régime général de pension. Tant que la prime de répartition pure reste inférieure au taux de cotisation fixé pour la période de couverture, le réajustement est entièrement dû. Dès que cette prime dépasse le taux de cotisation fixé pour la période de couverture un mécanisme régulateur est déclenché.

Le paiement de l'allocation de fin d'année dépend dorénavant également de la situation financière du régime. En cas de déséquilibre financier l'allocation de fin d'année est supprimée.[1)]

---

1) Pour plus de précisions : voir chapitre 11 - Prestations en cas de vieillesse.

1.3 Assurance dépendance

En matière d'assurance dépendance, il n'y a pas eu de modifications législatives importantes. Il est à relever que les règlements d'application de la législation existante ont été adaptés et complétés, notamment en matière d'évaluation des besoins en matière de dépendance.

Dans le cadre du maintien à domicile, la valeur d'une heure de prestation en nature (valeur monétaire) est fixée pour l'année 2017 à 71,51 € pour les actes essentiels de la vie et 50,06 € pour les tâches domestiques. En centre semi stationnaire, la valeur monétaire d'une heure de prestation représente 67,71 €. La valeur monétaire des prestations en nature est indexée.

Le taux de cotisation applicable pour l'assurance dépendance est de 1,4% en 2017.

1.4 Assurance accident

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident prévoit d'importantes modifications en matière d'assurance accident. Non seulement ont été modifiées les prestations accordées aux assurés mais également l'organisation et le financement de l'assurance accident.

En outre a été introduit un taux de cotisation unique en matière d'assurance accident, fixé pour l'exercice 2017 à 1,00%. Pour plus de précisions, à voir chapitre 10 - Prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle.

1.5 Prestations familiales

La loi du 21 décembre 2007 a introduit un boni pour enfant et abolit les classes d'impôt pour enfants. Désormais, les modérations d'impôt pour enfant sont, pour tous les enfants ouvrant droit aux allocations familiales, payées sous forme de bonis pour enfants quel que soit le revenu imposable des personnes dans le ménage desquels l'enfant vit.

La loi du 26 juillet 2010 vise à supprimer les allocations familiales servies aux enfants de 21 ans et plus. Cette mesure est liée à celle consistant à favoriser l'augmentation du nombre de diplômes de l'enseignement supérieur. Ainsi, la loi modifiée du 22 juin 2000 a été modifiée en ce sens que les jeunes puissent suivre leurs études supérieures indépendamment de la capacité financière de leurs parents.

La loi du 19 décembre 2014 relative à la mise en œuvre du paquet d'avenir abroge les dispositions concernant l'allocation d'éducation et l'allocation de maternité.

Le plus grand changement intervenu par la loi du 23 juillet 2016 portant modification du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant consiste dans

l'individualisation du montant de l'allocation familiale. Cette individualisation abolit la notion de groupe familiale qui prévoyait une augmentation plus que proportionnelle de l'allocation de famille avec le nombre d'enfants. Le montant est fixé à 265 euros par mois par enfant. Le nouveau montant se compose de l'ancien montant de l'allocation familiale pour un seul enfant, augmenté du boni pour enfant. Ce montant est majoré mensuellement de 20 euros pour chaque enfant à partir du mois où il atteint l'âge de 12 ans.

Pour l'allocation de rentrée scolaire le groupe familial est également abrogé. Le montant est fixé à 115 euros par enfant pour les enfants âgés de plus de six ans et à 235 euros par enfant pour les enfants âgés de plus de douze ans. Le montant pour les enfants âgés de plus de 12 ans est plus élevé que le montant pour un enfant sous l'ancien régime afin de tenir compte du fait que les manuels scolaires pour les lycées sont payants.

La dénomination de la Caisse nationale des prestations familiales a été changée en "Caisse pour l'avenir des enfants" pour mettre l'accent sur le changement de la politique familiale en faveur des enfants.

La loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental[1)] a comme objectif principal de mieux concilier vie privée et professionnelle et prévoit ainsi :

- une flexibilisation des heures des périodes de congé ;
- une augmentation de l'indemnité de congé parental. L'indemnité forfaitaire sous l'ancien régime a été remplacée par un réel revenu de remplacement ;

d'autres changements au niveau des conditions liées au congé parental comme par exemple une augmentation de la limite d'âge de 5 à 6 en cas de naissance et de 12 ans en cas d'adoption de l'enfant pour lequel le deuxième congé parental peut être pris.

---

1) Pour plus de précision à ce sujet, il est renvoyé au chapitre 17 - Prestations familiales.

1.6 Droit international

MESURES LEGISLATIVES EN 2014

Relations bilatérales

La loi du 17 décembre 2014 a approuvé le Protocole facultatif se rapportant au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies à New York, le 10 décembre 2008. Le Protocole facultatif établit un mécanisme de plainte au niveau international pour les personnes dont les droits économiques, sociaux et culturels, tels que définis dans le PIDESC, ont été violés et qui n'ont pas obtenu justice dans leur propre pays. Le Protocole facultatif permet de renforcer la capacité des personnes à faire valoir leurs droits économiques, sociaux et culturels non seulement à l'ONU, mais aussi aux niveaux régional et national en encourageant le développement de voies de recours utiles.

De même, le PF-PIDESC permet de clarifier les obligations des Etats à l'égard de ces droits de l'Homme, en contribuant à l'adoption de mesures positives et à l'accès à la justice au niveau national. Les résidents des pays qui ont ratifié le Protocole ont désormais également accès à la justice au niveau international. Si les tribunaux nationaux faillissent à leur obligation de les protéger contre des violations de leurs droits économiques, sociaux et culturels, ces personnes sont en mesure de porter leur cas devant le Comité des Nations unies des droits économiques, sociaux et culturels.

2 RELEVÉ CHRONOLOGIQUE DES MESURES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES INTERVENUES DU 1ER JANVIER 2015 AU 1ER JANVIER 2017

2.1 Dispositions générales et communes

- Loi du 25 mars 2015 modifiant: 1) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois; 2) la loi modifiée du 18 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes de pension (Mém. A 59 du 31 mars 2015, p.1190).
- Loi du 31 mai 2015 portant rectification de la loi du 19 décembre 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2015 (Mém. A 94 du 2 juin 2015, p.1577).
- Loi du 18 décembre 2015 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2016 et modifiant: 1) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 2) la loi générale des impôts modifiée du 22 mai 1931 ("Abgabenordnung"); 3) la loi modifiée du 16 octobre 1934 sur l'évaluation des biens et

valeurs; 4) la loi du 21 décembre 2001 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002; 5) la loi modifiée du 10 décembre 1998 portant création de l'établissement public dénommé "Fonds d'investissements de la Cité Syrdall"; 6) la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation des ressources naturelles; 7) la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 8) la loi du 29 avril 2014 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2014; 9) le Code de la sécurité sociale; 10) la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs manufacturés, l'alcool et les boissons alcooliques (Mém. A 242 du 23 décembre 2015, p.5387).

- Loi du 23 juillet 2016 portant réorganisation du Conseil supérieur de la sécurité sociale et modification: - du Code de la sécurité sociale; - de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire; - de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat; - de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale; - de la loi modifiée du 7 novembre 1996 portant organisation des juridictions de l'ordre administratif (Mém. A 155 du 4 août 2016, p.2648) ;
- Loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2017 et modifiant: 1) la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 2) la loi modifiée du 1er décembre 1936 sur l'impôt foncier; 3) la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes, des droits d'accise sur l'eau-de-vie et des cotisations d'assurance sociale; 4) la loi modifiée du 12 février 1979 concernant la taxe sur la valeur ajoutée; 5) la loi modifiée du 17 décembre 2010 fixant les droits d'accise et les taxes assimilées sur les produits énergétiques, l'électricité, les produits de tabacs; 6) la loi modifiée du 21 décembre 2001 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2002; 7) le Code de la sécurité sociale; 8) la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement; 9) la loi modifiée du 18 février 2010 relative à un régime d'aides à la protection de l'environnement et à l'utilisation rationnelle des ressources naturelles; 10) la loi modifiée du 5 juin 2009 relative à la promotion de la recherche, du développement et de l'innovation; 11) la loi du 12 juillet 2014 relative à la coordination et à la gouvernance des finances publiques; 12) la loi modifiée du 13 juin 2003 concernant les relations entre l'État et l'enseignement privé (Mém A 276 du 27 décembre 2016, p.5325).

2.2 Assurance maladie-maternité

- Loi du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute et modifiant 1) le Code de la sécurité sociale; 2) la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical; 3) la loi du 19 juin 2009 ayant pour objet la transposition de la directive 2005/36/CE pour ce qui est a) du régime général de reconnaissance des titres de formation et des qualifications professionnelles, b) de la prestation temporaire de service (Mém. A 136 du 21 juillet 2015, p.2894).
- Loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale; 2. le Code du Travail; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale (Mém. A 159 du 13 août 2015, p.3866).
- Règlement grand-ducal du 25 mars 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 60 du 31 mars 2015, p.1272).
- Règlement grand-ducal du 6 mai 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 101 du 11 juin 2015, p.1732).
- Règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 221 du 30 novembre 2015, p.4788).
- Règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 227 du 7 décembre 2015, p.4858).
- Règlement grand-ducal du 7 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal du 15 novembre 2011 déterminant les modalités de désignation, de reconduction, de changement et de remplacement en cas d'absence du médecin référent (Mém. A 231 du 10 décembre 2015, p.5030).
- Règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5166).
- Règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de

Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5166).

- Règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes, services et fournitures des orthopédistes-cordonniers bandagistes pour la fourniture de prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses prises en charge par l'assurance maladie (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5171).
- Règlement grand-ducal du 4 mai 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 90 du 13 mai 2016, p.1670).
- Règlement grand-ducal du 3 juin 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 102 du 14 juin 2016, p.1875).
- Règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 115 du 1er juillet 2016, p.2144).
- Règlement grand-ducal du 15 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 215 du 20 octobre 2016, p.4026).
- Règlement grand-ducal du 26 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 220 du 31 octobre 2016, p.4144).
- Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p.4378).
- Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 237 du 25 novembre 2016, p.4379).
- Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 238 du 30 novembre 2016, p.4388).
- Règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 260 du 19 décembre 2016, p.4637).

- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 déterminant, en application de l'article 36 de la loi du 23 décembre 2016 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2017, les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie (Mém. A 283 du 27 décembre 2016, p.5960).

2.3 Assurance dépendance

- Règlement grand-ducal du 23 décembre 2016 fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance (Mém. A 274 du 27 décembre 2016, p.5168).

2.4 Assurance accident

- Loi du 30 juillet 2015 portant création d'un Institut de formation de l'éducation nationale et modifiant 1) la loi modifiée du 7 octobre 1993 ayant pour objet a) la création d'un Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation pédagogiques et technologiques b) la création d'un Centre de Gestion Informatique de l'Éducation c) l'institution d'un Conseil scientifique, 2) la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées et lycées techniques, 3) la loi modifiée du 6 février 2009 concernant le personnel de l'enseignement fondamental, 4) la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, 5) la loi modifiée du 12 mai 2009 portant création d'une École de la 2e Chance, 6) la loi du 15 juillet 2011 visant l'accès aux qualifications scolaires et professionnelles des élèves à besoins éducatifs particuliers, 7) la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'État, 8) le Code de la sécurité sociale, et abrogeant la loi modifiée du 21 mai 1999 concernant la fonction de candidat dans les carrières enseignantes de l'enseignement postprimaire (Mém. A 166 du 28 août 2015, p.3910).
- Règlement grand-ducal du 8 février 2016 déterminant le champ et les modalités d'application du système bonus-malus de l'assurance accident (Mém. A 18 du 19 février 2016, p.598).
- Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 modifiant le règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p.2216).
- Règlement grand-ducal du 5 juillet 2016 déterminant le tableau des maladies professionnelles (Mém. A 126 du 14 juillet 2016, p.2217).

2.5 Assurance pension

- Loi du 17 mars 2016 modifiant: - la loi modifiée du 21 novembre 1980 portant organisation de la Direction de la santé; - la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois; - la loi modifiée du 31 mai 1999 portant création d'un corps de police grand-ducale et d'une inspection générale de la police; - la loi du 25 mars 2015 instituant un régime de pension spécial transitoire pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois; - la loi du 25 mars 2015 déterminant le régime et les indemnités des employés de l'Etat; - la loi modifiée du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat (Mém. A 43 du 18 mars 2016, p.868).
- Règlement grand-ducal du 8 décembre 2015 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5164).
- Règlement grand-ducal du 9 décembre 2015 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2014 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5165).
- Règlement grand-ducal du 9 décembre 2015 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2014 (Mém. A 234 du 16 décembre 2015, p.5166).
- Règlement grand-ducal du 27 juin 2016 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension (Mém. A 115 du 1er juillet 2016, p.2144).
- Règlement grand-ducal du 7 décembre 2016 fixant la prime de répartition pure, prévue à l'article 225bis, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, pour l'année 2015 (Mém. A 253 du 14 décembre 2016, p.4584).
- Règlement grand-ducal du 7 décembre 2016 fixant le facteur de revalorisation, prévu à l'article 220 du Code de la sécurité sociale, de l'année 2015 (Mém. A 253 du 14 décembre 2016, p.4584).

- Règlement grand-ducal du 15 décembre 2016 portant fixation des coefficients adaptant le salaire, traitement ou revenu moyen des années 1937, 1938 et 1939 devant servir de base au calcul des indemnités pour dommages de guerre corporels, aux rémunérations payées depuis le 1er octobre 1944 (Mém. A 265 du 21 décembre 2016, p.4684).

2.6 Prestations familiales

- Loi du 23 juillet 2016 portant modification 1. du Code de la sécurité sociale ; 2. de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu, et abrogeant la loi modifiée du 21 décembre 2007 concernant le boni pour enfant (Mém. A 138 du 28 juillet 2016, p. 2348).
- Loi du 3 novembre 2016 portant réforme du congé parental et modifiant 1. le Code du travail; 2. le Code de la sécurité sociale; 3. la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu; 4. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat; 5. la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux; 6. la loi modifiée du 14 mars 1988 portant création de congés d'accueil pour les salariés du secteur privé; 7. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales; 8. la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail (Mém. A 224 du 10 novembre 2016, p.4202)
- Règlement grand-ducal du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (Mém. A 145 du 29 juillet 2016, p. 2454).

2.7 Assistance sociale et autres prestations mixtes

- Loi du 19 février 2015 modifiant l'article L.222-9 du Code du travail (Mém. A 31 du 26 février 2015, p.342).
- Loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif du reclassement interne et externe (Mém. A 143 du 27 juillet 2015, p.2946).
- Loi du 9 décembre 2015 portant introduction d'une subvention de loyer et modifiant : a) la loi modifiée du 25 février 1979 concernant l'aide au logement ; b) la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti ; c) la loi modifiée du 21 septembre 2006 sur le bail à usage d'habitation et modifiant certaines dispositions du Code civil (Mém. A 233 du 14 décembre 2015, p.5156).
- Loi du 18 décembre 2015 portant modification : 1. du Code du travail; 2. de la loi modifiée du 17 février 2009 portant : 1. modification de l'article L.511-12 du Code du travail ; 2. dérogation pour l'année 2009,

aux dispositions des articles L.511-5, L.511-7 et L.511-12 du Code du travail ; 3. de la loi modifiée du 3 août 2010 portant : 1) introduction de diverses mesures temporaires visant à promouvoir l'emploi et à adapter les modalités d'indemnisation de chômage et complétant ou dérogeant à certaines dispositions du Code du travail ; 2) modifiant les articles L.513-3, L.521-7 et L.523-1 du Code du travail ; 3) modifiant la loi modifiée du 17 février 2009 portant : 1. modification de l'article L.511-12 du Code du travail ; 2. dérogation, pour l'année 2009, aux dispositions des articles L.511-5, L.511-7 et L.511-12 du Code du travail (Mém. A 254 du 24 décembre 2015, p.6174).

- Loi du 15 décembre 2016 portant modification de l'article L. 222-9 du Code du travail (Mém. A 265 du 21 décembre 2016, p. 4682).
- Loi du 23 décembre 2016 portant modification des articles L. 511-5, L. 511-7, L. 511-12 et L. 631-2 du Code du travail (Mém. A 271 du 27 décembre 2016, p. 4973).
- Règlement du Gouvernement en Conseil du 16 décembre 2015 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2016 (Mém. A 251 du 24 décembre 2015, p.6160).
- Règlement du Gouvernement en conseil du 9 décembre 2016 relatif à l'octroi d'une allocation de vie chère au titre de l'année 2017 (Mém. A 283 du 27 décembre 2016, p.5958).
- Règlement grand-ducal du 12 décembre 2016 portant nouvelle fixation des montants du revenu minimum garanti et du revenu pour personnes gravement handicapées (Mém. A 252 du 14 décembre 2016, p.4576).

2.8 Instruments internationaux

- Décision F2 du 23 juin 2015 sur l'échange de données entre institutions aux fins de l'octroi de prestations familiales (2016/C 52/07) (JO C52 du 11.2.2016, p. 11).
- Décision H7 du 25 juin 2015 concernant la révision de la décision H3 relative à la date à prendre en compte pour établir les taux de change visée à l'article 90 du règlement (CE) no 987/2009 du Parlement européen et du Conseil (2016/C 52/08) (JO C52 du 11.2.2016, p. 13).
- Décision du comité mixte de l'EEE No 26/2015 du 25 février 2015 modifiant l'annexe VI (Sécurité sociale) de l'accord EEE [2016/514] (JO L93 du 7.4.2016, p. 40).
- Décision du comité mixte de l'EEE No 27/2015 du 25 février 2015 modifiant l'annexe VI (Sécurité sociale) de l'accord EEE [2016/515] (JO L93 du 7.4.2016, p. 41).
- Loi du 5 avril 2016 portant approbation de la Convention en matière de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République d'Albanie, signée à Luxembourg, le 27 octobre 2014

(Mémorial A 63 du 15 avril 2016, page 1062) - Entrée en vigueur au 1er juillet 2016 (Mémorial A 96 du 1er juin 2016, page 1823).

- Loi du 5 avril 2016 portant approbation de la Convention en matière de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Japon, signée à Tokyo, le 10 octobre 2014 (Mémorial A 67 du 21 avril 2016, page 1106).
- Convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Royaume de Belgique sur la coopération et l'entraide administrative en matière de sécurité sociale, signée à Bruxelles, le 5 février 2015 (Mémorial A 62 du 15 avril 2016, p. 1054 et ss.) - Entrée en vigueur (Mémorial A 166 du 17 août 2016, page 2739).
- Arrêté grand-ducal du 24 avril 2016 portant publication de plusieurs arrangements administratifs en matière de sécurité sociale conclus avec des pays tiers, notamment la Bosnie-et-Herzégovine, la République Fédérative du Brésil, la République de l'Inde, la République de Macédoine, la République de Moldavie, le Monténégro, la République de Serbie, la République Tunisienne et la République de Turquie (Mémorial A 80 du 6 mai 2016, p. 1220).

Principes généraux du droit international de la sécurité sociale

25

Le développement des législations de sécurité sociale depuis la fin de la seconde guerre mondiale, l'augmentation des mouvements de travailleurs entre les pays, les efforts de coordination multilatérale faits par différentes organisations internationales, l'organisation de la société caractérisée par une mobilité qui ne cesse d'accroître, tout cela a conduit à accorder plus d'attention à la protection sociale des transfrontaliers.

A l'époque, les personnes qui se rendaient dans un autre pays, pour y travailler ou non, cessaient d'être protégées en principe par la sécurité sociale de leur pays d'origine. Certes elles se trouvaient assujetties, le cas échéant, au système social du pays d'accueil, mais elles risquaient de se heurter à des règles restrictives en matière de nationalité et de résidence, d'avoir à accomplir un nouveau stage d'emploi ou de cotisations et de perdre leurs droits aux prestations pour les personnes à leur charge qui ne les auraient pas accompagnées; certaines de ces mêmes difficultés pouvaient les attendre, qui plus est, à leur retour dans le pays d'origine. Pour des raisons de justice sociale, il fallait de toute évidence prendre des dispositions appropriées sur le plan international pour régler ces problèmes et préserver en pareil cas la sécurité sociale des travailleurs migrants.

Ce furent d'abord des accords de réciprocité conclus par des pays voisins ou des pays ayant des systèmes de sécurité sociale similaires et entre lesquels se produisaient d'importants mouvements de personnes. Au fil du temps ces accords bilatéraux se sont multipliés, d'abord pour certains régimes, ensuite pour la sécurité sociale en général.

Les conventions internationales de sécurité sociale ont pour but principal de coordonner les législations nationales sans en modifier le contenu fondamental, tout en éliminant les obstacles que pourrait engendrer leur application et en cherchant à garantir aux travailleurs migrants une protection complète et continue. Il ne faut pas confondre coordination des législations et harmonisation, laquelle appellerait une modification des législations nationales selon un modèle commun. Cependant, la coordination a sans aucun doute exercé des effets sur le contenu des législations, déclenchant

entre les autorités nationales un processus de coopération qui conduit à une meilleure compréhension des problèmes communs en matière de protection sociale.

Entre des pays qui ont ainsi entrepris de coordonner leurs politiques économiques et sociales, les conventions bilatérales ont fait souvent place à des conventions multilatérales incitant les pays concernés à s'aligner sur les améliorations introduites par les autres.

Les conventions de sécurité sociale visant à coordonner les législations de deux ou plusieurs pays diffèrent souvent les unes des autres dans leur contenu, mais on peut y retrouver les principes fondamentaux suivants.

1 ÉGALITÉ DE TRAITEMENT

Le premier principe auquel les conventions de sécurité sociale donnent effet est celui de l'égalité de traitement, lequel veut que les migrants soient soumis aux législations de sécurité sociale et bénéficient des prestations dans les mêmes conditions que les nationaux du pays d'accueil. Ainsi dans les pays liés par la convention, le travailleur migrant doit avoir les mêmes droits et les mêmes obligations qu'un travailleur national de même âge, sexe et état civil en situation identique au regard de la sécurité sociale.

Ce principe a pris une importance accrue avec l'évolution des systèmes de sécurité sociale abandonnant de plus en plus les techniques de l'assurance privée où il n'existe aucune discrimination en raison de la nationalité car le droit découle directement du paiement de cotisations, au profit de systèmes financés de plus en plus par des fonds publics. Le principe de l'égalité de traitement vise à rendre inapplicables les conditions de citoyenneté ou de nationalité ou de résidence régissant à la fois l'assujettissement et le droit aux prestations.

2 DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE

L'objet de ce principe est de garantir une protection de tous les travailleurs migrants en éliminant toute incertitude quant à la législation de sécurité sociale qui régit leurs obligations et leurs droits en matière de prestations. Les dispositions internationales doivent garantir que, dans tous les cas visés, les travailleurs migrants sont protégés par une seule législation nationale déterminée d'avance afin d'éviter tant les conflits positifs que les conflits négatifs de lois. Aussi en principe, les travailleurs ne sont soumis qu'à la législation d'un seul Etat.

Les règles de coordination relatives à la législation applicable visent à éviter aux migrants deux types de situations: n'être protégé dans aucun pays ou être protégé simultanément dans plusieurs pays. Parfois est protégé celui qui

réside dans le pays considéré (exemple: assurance maladie aux Pays-Bas). D'autres pays retiennent un critère différent: est protégé celui qui travaille dans le pays considéré (exemple: Allemagne). Sans coordination, l'application des différents critères d'affiliation aux systèmes nationaux de sécurité sociale pourrait être génératrice de conflits de loi. Ainsi, un conflit de loi négatif - l'intéressé n'est protégé dans aucun pays - pourrait surgir lorsque le migrant réside par exemple en Allemagne, mais travaille aux Pays-Bas. En effet, aux yeux des autorités néerlandaises, il n'est pas protégé puisqu'il ne réside pas aux Pays- Bas et, au regard de la législation allemande, il n'est pas protégé non plus, étant donné qu'il ne travaille pas en Allemagne. Le conflit peut être positif dans d'autres circonstances: l'intéressé est assuré et doit payer simultanément des cotisations dans deux pays. Imaginons que l'intéressé réside aux Pays-Bas et travaille en Allemagne. Dans ce cas, le risque qui pourrait se présenter est qu'il soit protégé à la fois aux Pays-Bas (où il réside) et en Allemagne (où il travaille). Ces anomalies préjudiciables aux intérêts des migrants doivent être éliminées grâce à des règles de coordination qui suppléent les règles nationales d'assujettissement.

Le principe retenu par la doctrine et la pratique internationale est celui de l'unicité de la législation applicable. En effet, sauf en matière d'assurance volontaire, l'application séparée de telle ou telle branche d'un système national n'est normalement pas admise, car une telle dissociation des branches serait contraire à la conception unitaire de la plupart des systèmes et créerait des complications administratives plus grandes que les avantages qu'elle pourrait offrir. D'autre part, il n'est pas d'usage de laisser aux intéressés le choix de leur système de protection. Ils opteraient naturellement toujours pour celui qui leur procurerait, d'après leur conception subjective, le plus d'avantages.

En ce qui concerne le critère pour déterminer la législation nationale applicable, on retient pour les salariés le plus souvent le lieu de travail. Le travailleur migrant se trouve ainsi assujetti à la législation du pays où il va exercer son activité professionnelle, régulière ou saisonnière, même s'il continue à résider dans son pays d'origine et même s'il projette de retourner dans son pays d'origine après une carrière professionnelle plus ou moins longue à l'étranger. La législation applicable aux travailleurs indépendants est déterminée de la même manière en fonction du lieu où ils exercent leur activité.

Cependant il peut être nécessaire d'établir des règles spéciales pour certaines catégories de travailleurs auxquelles les normes générales ne sauraient convenir. On peut mentionner, à titre d'illustration, les ouvriers de la construction détachés sur des chantiers à l'étranger et les travailleurs des transports, qui doivent se déplacer entre différents pays. Le critère général pour déterminer la législation applicable est dans ce cas le lieu où l'entreprise employant le travailleur a son siège. Pour les gens de mer, c'est en principe le pays où le navire est immatriculé. Les travailleurs exerçant leur activité sur

le territoire de plusieurs Etats sont soumis à la législation du lieu où ils résident. Des règles particulières sont prévues pour le personnel des représentations diplomatiques ou consulaires.

3 CONSERVATION DES DROITS EN COURS D'ACQUISITION

Le principe de la conservation des droits en cours d'acquisition vise à reconstituer l'unité de la carrière du migrant au regard de la sécurité sociale, en dépit de ses assujettissements successifs à diverses législations. Ces législations subordonnent souvent l'ouverture ou l'étendue des droits à une condition de stage. La durée de ce stage varie avec les risques. Ainsi, en matière de maladie et de maternité, le stage requis est généralement court. En matière d'invalidité, de vieillesse et de survie, les stages sont souvent très longs. Parfois aucune pension n'est versée en dessous d'une certaine durée d'assurance.

Pour résoudre les divers problèmes relatifs à l'ouverture des droits - et dans certains cas à l'étendue des droits - des personnes qui ont relevé successivement de la législation de deux ou plusieurs pays, il est nécessaire d'appliquer le principe de la conservation des droits acquis.

Ce principe signifie que lorsque le droit à des prestations est subordonné à l'accomplissement d'un stage, il doit être tenu compte des périodes effectuées par le travailleur migrant dans l'autre pays lié par la convention. Cette règle met les migrants en mesure d'acquérir des droits de façon normale et continue quand ils passent d'un pays à l'autre au cours de leur vie active leur permet d'accomplir les stages de cotisation, d'emploi ou de résidence prévus par les différentes législations nationales. La technique de base consiste à additionner les périodes accomplies par l'intéressé, quelque soit la législation sous laquelle elles ont été accomplies.

Cette technique de la totalisation des périodes d'assurance permet de prendre en considération, dans la mesure du nécessaire, pour l'ouverture du droit toutes les périodes accomplies sous une législation étrangère. Il peut s'agir de différentes périodes p. ex. assurance, activité professionnelle ou résidence. Même des périodes de nature différente peuvent ainsi être totalisées, sous réserve de règles d'équivalence et de conversion. La totalisation constitue donc une fiction de carrière continue au regard d'une ou de plusieurs législations déterminées.

Pour le calcul des prestations dont le montant est fonction de la durée de la carrière (cas des pensions), les instruments internationaux adoptent généralement les systèmes du calcul proportionnel. Ainsi les périodes d'assurance accomplies dans les pays contractants sont totalisées. Compte tenu de cette totalisation, chaque institution nationale détermine, au regard de sa législation, si le travailleur réunit les conditions requises pour avoir droit aux prestations. Si le droit est acquis, l'institution détermine le montant des

prestations auxquelles l'intéressé aurait droit si toutes les périodes d'assurance totalisées avaient été accomplies exclusivement sous la législation qu'elle applique. Sur base de cette pension théorique, l'institution fixe le montant réellement dû par elle au prorata des seules périodes d'assurance reconnues par la législation qu'elle applique, par rapport à la durée totale des périodes d'assurance accomplies par l'intéressé.

Les formules qui se rattachent directement ou indirectement à la règle pro rata temporis, sans doute les plus répandues, ne sont toutefois pas les seules utilisées dans les instruments bilatéraux ou multilatéraux. Il convient de rappeler que certains instruments ont préféré la solution plus simple qui consiste à accorder aux migrants et à leurs survivants les pensions prévues par la législation de leur pays de résidence, compte tenu, le cas échéant, de la totalisation des périodes accomplies sous les diverses législations auxquelles ces migrants ont été soumis. De même, dans les relations entre les pays dont la législation ne prévoit pas que le montant des pensions (p. ex. d'invalidité) varie selon la durée des périodes accomplies, certains instruments disposent que de telles pensions sont exclusivement servies selon la législation qui était applicable au moment de la réalisation de l'éventualité. Cette solution correspond à la méthode dite d'intégration.

4 MAINTIEN DES DROITS ACQUIS

Le maintien des droits acquis a pour objet de parer aux inconvénients de la territorialité des droits, dans le domaine du service des prestations, en cas de résidence ou de séjour des migrants ou des membres de leur famille hors du territoire de l'Etat dont la législation était applicable lors de l'acquisition de ces droits, que l'on désigne habituellement dans les instruments de coordination comme "l'Etat compétent".

Il est essentiel, en effet, notamment en matière d'éventualités à long terme, de garantir le droit aux pensions d'invalidité, de vieillesse et de survivants, ainsi qu'aux rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle, aux titulaires qui ne résident pas ou qui cessent de résider sur le territoire de l'Etat compétent, en particulier s'ils désirent retourner dans leur pays d'origine. Mais le maintien des droits acquis concerne également les prestations à court terme - soins médicaux, indemnités de maladie, de maternité, d'accident du travail et de maladie professionnelle, allocation au décès, prestations de chômage, prestations familiales - lorsque les titulaires ou les membres de leur famille résident ou séjournent hors du territoire de l'Etat compétent, situation dans laquelle les migrants se trouvent plus fréquemment que les nationaux.

Ainsi le principe du maintien des droits impose que les droits à des prestations immédiates ou futures acquis dans un pays doivent être conservés au travailleur migrant dans un autre pays lié par la convention. L'application de ce principe rend inapplicables les conditions de territorialité,

c'est-à-dire des conditions qui réservent le bénéfice des prestations à des personnes qui résident dans les pays où les droits ont été acquis. Les prestations en espèces acquises au titre de la législation nationale ne peuvent dès lors subir aucune réduction, ni modification, ni suspension, ni suppression, ni confiscation du fait que le bénéficiaire réside sur le territoire d'un Etat autre que celui où se trouve l'institution débitrice.

5 SERVICE DES PRESTATIONS À L'ÉTRANGER

L'idée de départ est que les droits puissent s'exercer et, par voie de conséquence que les prestations puissent être servies aux intéressés là où ils se trouvent suite à leur situation particulière de migrant.

Le principe signifie que le service des prestations auxquelles le travailleur migrant a acquis le droit dans un pays doit lui être assuré dans n'importe quel autre pays lié par la convention.

C'est pour les pensions de vieillesse et pensions analogues que le service du paiement des prestations à l'étranger a été organisé en premier lieu. Aujourd'hui le paiement se fait le plus souvent par versement direct. Le principe revêt une importance particulière en ce qui concerne les prestations à court terme - en cas de maladie, de maternité, de lésion professionnelle ou de chômage - et pour les prestations en nature. Ainsi les soins médicaux sont servis selon la législation et par la caisse du pays où l'intéressé se trouve. Ensuite un remboursement est à effectuer par la caisse auprès de laquelle l'intéressé est affilié.

Importante pour les travailleurs migrants eux-mêmes, la levée des conditions de caractère territorial ne l'est pas moins pour leurs familles, qui, parfois, n'habitent pas dans le pays compétent et qui profitent alors pleinement du fait que le service des prestations est repris par l'institution du lieu de leur résidence.

Les conventions de sécurité sociale se doublent ordinairement d'un instrument distinct où sont indiquées les dispositions administratives prévues pour leur application. Ainsi un arrangement administratif qui s'ajoute à la convention au sens propre précise les modalités de paiement des prestations, de virement des fonds et de contrôle de leur emploi, le service des prestations médicales et la fourniture des prestations en nature par l'institution du lieu de séjour ou de résidence.

6 COLLABORATION ENTRE INSTITUTIONS

La mise en oeuvre d'un régime de coordination nécessite une entraide administrative entre les institutions de sécurité sociale des Etats contractants. A cette fin, des dispositions expresses sont prévues qui concernent, entre autres: la transmission de notifications ou d'avis aux institutions compétentes ou aux institutions du lieu de séjour ou de résidence en vue de l'octroi des prestations; les contrôles administratifs et médicaux nécessaires au maintien et à la révision des pensions d'invalidité et des rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle; l'instruction des demandes de pensions par l'institution qui en est chargée et qui est tenue d'accomplir diverses formalités.

D'autres dispositions relèvent de la procédure des bons offices. Cette procédure est prévue, soit d'une manière générale, soit dans des cas déterminés. Parmi ces derniers figurent notamment: le paiement des prestations par une institution autre que l'institution débitrice, pour le compte de cette dernière; le concours à prêter à l'enquêteur de l'institution compétente en cas d'accident de trajet survenu hors de l'Etat compétent; l'exercice d'un recours à l'encontre du bénéficiaire qui a obtenu indûment des prestations d'une institution étrangère; le recouvrement des cotisations dues à l'institution d'un Etat contractant sur le territoire d'un autre Etat contractant.

D'une manière plus générale, l'institution compétente peut s'adresser à toute autre institution de l'autre Etat contractant afin d'obtenir les renseignements qu'elle estime nécessaires.

Une formulation encore plus générale de l'entraide administrative se rencontre dans certains instruments, aux termes desquels les institutions des Etats contractants se prêtent leurs bons offices comme s'il s'agissait de l'application de leur propre législation.

L'entraide administrative des institutions est en principe gratuite, mais les autorités compétentes peuvent convenir du remboursement de certains frais, lequel est parfois expressément prévu.

Compte tenu de l'organisation complexe de certains systèmes de sécurité sociale comportant un grand nombre de régimes et d'institutions, l'existence d'un organisme de liaison est de nature à faciliter les relations avec les institutions d'autres pays. Ces organismes de liaison, habilités à communiquer directement entre eux et à servir d'intermédiaire entre les institutions, sont désignés par les autorités compétentes. Dans le cadre de leur mission générale de liaison, les organismes désignés jouent un rôle d'information des migrants et plus généralement du public, ainsi que des institutions. Ils peuvent éventuellement effectuer des traductions puisque les instruments de coordination prévoient souvent que les demandes ou correspondances présentées dans une langue d'un Etat contractant sont recevables en vue de l'application des formalités administratives dans l'autre Etat contractant. Ils peuvent également être chargés par les autorités

compétentes d'opérations de centralisation administrative, nécessaire par exemple lorsque des institutions appartenant à des régimes différents établissent des documents de présentation disparate. Ils sont appelés aussi à participer à l'établissement des modèles de formulaires et de bordereaux destinés à éviter les difficultés inhérentes à une présentation de documents non codifiée. Les organismes de liaison sont également responsables d'opérations de centralisation comptable et de transferts de fonds, nécessaires en cas de contrôle des changes. Les opérations sont toutefois moins importantes lorsque les institutions, comme il arrive fréquemment, préfèrent la procédure des paiements directs à une procédure centralisée.

Enfin, les organismes de liaison peuvent être chargés de la centralisation de renseignements d'ordre statistique et de leur exploitation.

Pour faciliter les contacts entre les migrants et les institutions de sécurité sociale, il est souvent prévu dans les instruments de coordination une possibilité pour les requérants de présenter valablement leurs demandes de prestations à l'institution de l'Etat contractant sur le territoire duquel ils résident. Bien que non compétente pour en connaître elle-même, cette institution est chargée d'en saisir l'institution compétente de tout autre Etat contractant concerné. De manière plus générale, toute demande, toute déclaration ou tout recours qui auraient dû être introduits dans un délai déterminé auprès d'une autorité, institution ou juridiction d'un Etat contractant sont recevables s'ils sont introduits dans le même délai auprès d'une autorité, institution ou juridiction de tout autre Etat contractant, à charge pour celles-ci de les transmettre le plus rapidement possible à leur destinataire. Bien entendu, la date à laquelle ces demandes, déclarations ou recours ont été introduits dans le second Etat contractant est considérée comme la date d'introduction auprès de l'autorité, de l'institution ou de la juridiction compétente pour en connaître.

Coordination des régimes de sécurité sociale à l'intérieur de l'Union européenne

26

La sécurité sociale des travailleurs migrants est le corollaire nécessaire et inévitable du principe de la libre circulation des travailleurs qui constitue un des fondements de l'Union européenne.

La législation européenne ne vise pas à créer un système européen de sécurité sociale en harmonisant des systèmes de sécurité sociale très différenciés en vigueur dans les Etats membres, mais à établir des mécanismes de coordination entre ces régimes nationaux, dans l'intérêt des citoyens européens qui se déplacent à l'intérieur de l'Union européenne.

Les premières règles en matière de sécurité sociale des travailleurs migrants avaient été posées dans les règlements 3 et 4 entrés en vigueur le 1er janvier 1959. Tenant compte des données nouvelles, des expériences acquises et de la jurisprudence de la Cour de justice européenne, le règlement (CEE) 1408/71 adopté le 14 juin 1971 a opéré une véritable codification de la matière. Les dispositions d'application ont fait l'objet du règlement (CEE) 574/72 du 21 mars 1972.

Le 1er mai 2010, le nouveau règlement (CE) 883/2004 portant coordination des systèmes de sécurité sociale et son règlement d'application (CE) 987/2004 sont entrés en vigueur et ont remplacé la réglementation antérieure en la modernisant.

Ce corps de règlements s'est appliqué depuis le 1er octobre 1972 aux six Etats originaires de l'Union (Belgique, Allemagne, France, Italie, Luxembourg, Pays-Bas), depuis le 1er avril 1973 au Danemark, à l'Irlande et au Royaume-Uni, depuis le 1er janvier 1981 à la Grèce, depuis le 1er janvier 1986 à l'Espagne et au Portugal et depuis le 1er janvier 1995 à l'Autriche, la Finlande et la Suède. Le 1er mai 2004, l'Union européenne s'est élargie à 25 Etats membres du fait de l'adhésion de Chypre, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie, de la Hongrie, de Malte, de la Pologne, de la République tchèque,

de la Slovénie et de la Slovaquie et la réglementation prémentionnée est appliquée également à ces pays.[1)] Le 1er janvier 2007, la Bulgarie et la Roumanie sont devenues membres de l'Union européenne à leur tour. L'entrée de la Croatie dans l'Union européenne a été opérée le 1er juillet 2013 et la Croatie est ainsi devenue le 28ème Etat membre.

1 OBJECTIF DE LA COORDINATION EUROPÉENNE DE SÉCURITÉ SOCIALE

La législation européenne en matière de sécurité sociale est une base indispensable à l'exercice du droit à la libre circulation des personnes. Cette liberté garantie par le traité n'a de valeur réelle et tangible que si les personnes qui se déplacent à l'intérieur de l'Union peuvent être sûres de ne pas être lésées dans leurs droits de sécurité sociale.

Toutefois, il est évident que la législation européenne qui existe en matière de sécurité sociale ne vise en aucun cas à remplacer les différents systèmes nationaux de sécurité sociale ; ces systèmes sont l'aboutissement de traditions de longue date et sont profondément ancrés dans les cultures et les préférences nationales. Cette législation européenne ne contient donc pas de mesures d'harmonisation. En fait, le besoin d'une telle harmonisation ne se fait pas sentir, les garanties nécessaires à la libre circulation des personnes pouvant être obtenues de façon appropriée et efficace par d'autres moyens, en l'occurrence la coordination des systèmes nationaux.

En d'autres termes, il incombe à l'Etat membre de décider qui assurer, comment l'assurer, quelles prestations offrir et à quelles conditions. Ainsi, la coordination européenne n'introduit pas de nouveaux types de prestations et ne remplace pas non plus les règles nationales. En revanche, elle établit certaines règles et principes communs pour garantir que l'application des différents systèmes nationaux ne lèse pas les personnes qui exercent leur droit à la libre circulation. L'objectif des règles européennes est de veiller à ce qu'une personne qui a exercé son droit à la libre circulation à l'intérieur de l'Union européenne ne soit pas défavorisée par rapport à une autre qui a toujours résidé et travaillé dans un même Etat membre.

---

1) L'accord sur l'Espace économique européen (EEE), en faisant référence aux règlements (CE) 1408/71 et 574/72 a permis d'intégrer l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein dans le système de la coordination européenne. L'accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, qui comporte un accord sectoriel sur la sécurité sociale, permet l'application du règlement (CE) 1408/71.Pour plus de précisions en ce qui concerne ces deux instruments, il est renvoyé aux deux dernières sections du présent chapitre.

Actuellement, les dispositions de l'Union européenne concernant la coordination des régimes de sécurité sociale font l'objet du règlement (CE)883/2004 (règlement de base) et du règlement (CE) 987/2009 (règlement d'application). [1)]

2 PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.1 Egalité de traitement

Les personnes auxquelles le règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations en vertu de la législation de tout Etat membre, que les ressortissants de celui-ci.

Le principe d'égalité de traitement est d'une importance particulière pour les travailleurs qui ne résident pas dans l'Etat membre où ils travaillent, notamment les travailleurs frontaliers, car il fait échec à l'application d'une condition de nationalité par la législation nationale.

Le principe de l'égalité de traitement interdit non seulement les discriminations directes, fondées sur la nationalité, mais également les discriminations indirectes qui aboutissent au même résultat.

La Cour de justice européenne a développé une jurisprudence abondante se fondant sur la notion de discrimination indirecte. La Cour a notamment affirmé à plusieurs reprises que l'imposition d'une condition de résidence pour l'octroi de prestations pouvait être une source de discrimination indirecte puisque la condition de résidence peut être remplie plus facilement par les bénéficiaires nationaux que par les ressortissants des autres Etats membres.

2.2 Assimilation des faits

Le principe de l'assimilation des faits est la prolongation du principe d'égalité de traitement visé plus haut et vise à éliminer les discriminations dont pourraient être victimes les personnes qui se déplacent dans l'Union européenne.

Ce principe découle de la jurisprudence développée par la Cour de justice européenne visant à imposer aux Etats membres de considérer, dans certaines situations, des faits survenus dans un autre Etat membre comme s'ils étaient survenus sur leur propre territoire, et ce sur base du principe de l'égalité de traitement.

---

1) Règlement (CE) 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Règlement (CE) 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

Le principe général de l'assimilation des faits contenu dans le règlement (CE) 883/2004 comporte deux volets :

- d'une part, si, en vertu de la législation d'un Etat membre, le bénéfice de prestations de sécurité sociale ou d'autres revenus produit certains effets juridiques, les dispositions en cause de cette législation sont également applicables en cas de bénéfice de prestations équivalentes acquises en vertu de la législation d'un autre Etat membre ou de revenus acquis dans un autre Etat membre ;
- d'autre part, si, en vertu de la législation d'un Etat membre, des effets juridiques sont attribués à la survenance de certains faits ou événements, cet Etat membre tient compte des faits ou événements semblables survenus dans tout autre Etat membre comme si ceux-ci étaient survenus sur son propre territoire.

2.3 Maintien des droits en cours d'acquisition (Totalisation des périodes)

Beaucoup de législations nationales de sécurité sociale subordonnent l'octroi de certaines prestations à l'accomplissement préalable d'une période de stage.

Pour éviter les pertes de droit en cas de changement de législation applicable, le règlement (CE) 883/2004 prévoit que l'institution compétente d'un Etat membre dont la législation subordonne

- l'acquisition, le maintien, la durée ou le recouvrement du droit aux prestations,
- l'admission au bénéfice d'une législation,
- l'accès à l'assurance obligatoire, facultative continuée ou volontaire, ou la dispense de ladite assurance,

à l'accomplissement de périodes d'assurance, d'emploi, d'activité non salariée ou de résidence, tient compte, dans la mesure nécessaire, des périodes d'assurance, d'emploi, d'activité non salariée ou de résidence accomplies sous la législation de tout autre Etat membre, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation qu'elle applique.

Le règlement prévoit cependant une exception à ce principe pour les prestations de préretraite (cf. point 14).

2.4 Maintien des droits acquis (Exportation des prestations)

Les prestations en espèces dues en vertu de la législation d'un ou de plusieurs États membres ne peuvent faire l'objet d'aucune réduction, modification, suspension, suppression ou confiscation du fait que le bénéficiaire ou les membres de sa famille résident dans un État membre autre que celui où se trouve l'institution débitrice.

Une dérogation à ce principe est prévue pour les prestations de chômage (cf. point 11) et les prestations spéciales non contributives (cf. point 13).

3 CHAMP D'APPLICATION PERSONNEL

3.1 Champ d'application du règlement (CE) n°883/2004

Le règlement (CE) 883/2004 s'applique aux ressortissants des Etats membres, aux apatrides et aux réfugiés qui résident dans un Etat membre (ainsi qu'aux membres de famille et aux survivants de ces personnes), à la condition que ces personnes soient ou aient été soumises à la législation de sécurité sociale d'un ou de plusieurs Etats membres.

Le règlement est donc également applicable à la catégorie des "personnes non actives" qui n'étaient pas couvertes par le champ d'application des règlements antérieurs.

3.2 Extension aux ressortissants de pays tiers[1)]

Les règles de coordination prévues par les règlements (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 sont étendues aux personnes qui ne sont pas ressortissantes d'un Etat membre de l'Union européenne, qui résident légalement sur le territoire d'un État membre et qui se trouvent dans une situation dont tous les éléments ne se cantonnent pas à l'intérieur d'un seul État membre.

L'application des dispositions du règlement (CE) 883/2004 ne confère à ces personnes aucun droit à l'entrée, au séjour ou à la résidence, ni à l'accès au marché de l'emploi dans un Etat membre. La légalité de la résidence est donc une condition préalable à l'application des dispositions de coordination européenne.

En outre, le règlement (CE) 883/2004 ne s'applique pas dans les cas où la situation du ressortissant d'un pays tiers se cantonne à l'intérieur d'un seul Etat membre. Il faut que la personne concernée ait des liens avec au moins deux Etats membres pour bénéficier de l'application des dispositions afférentes, par exemple parce qu'elle s'est déplacée dans plusieurs Etats membres.

La notion de "résidence légale" n'est pas définie par le droit européen. Les ressortissants de pays tiers qui résident légalement sur le territoire d'un Etat membre sont les personnes qui répondent aux conditions de résidence prévues par la législation de l'Etat membre dans lequel elles résident et celles qui sont autorisées à y résider en vertu d'un droit découlant du droit européen ou d'une obligation internationale contractée par l'Etat membre en question ou par l'Union européenne.

---

1) Règlement (CE) 1231/2010 du Conseil du 29 décembre 2010 visant à étendre les dispositions du règlement (CE) 883/2004 et du règlement (CE) 987/2009 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces règlements uniquement en raison de leur nationalité.

L'extension du règlement (CE) 883/2004 aux ressortissants de pays tiers s'applique pour tous les Etats membres de l'Union européenne, à l'exception du Royaume-Uni et du Danemark[1)] .

Le Royaume-Uni continue cependant à appliquer les règlements (CEE) 1408/71 et 572/74 antérieurs aux ressortissants de pays tiers.

4 DÉTERMINATION DE LA LÉGISLATION APPLICABLE[2)]

4.1 Principe - Application de la législation du pays d'emploi

L'objectif recherché est de garantir une protection de tous les travailleurs migrants en éliminant toute incertitude quant à la législation de sécurité sociale qui régit leurs obligations et leurs droits en matière de prestations.

Le principe retenu est que le travailleur n'est soumis qu'à la législation d'un seul Etat membre. La législation applicable est en principe celle du lieu de travail.

Le travailleur se trouve ainsi assujetti à la législation du pays où il exerce son activité professionnelle, régulière ou saisonnière, même s'il réside dans son pays d'origine ou dans un autre pays.

La législation applicable aux travailleurs indépendants est déterminée de la même manière en fonction du lieu où ils exercent leur activité.

4.2 Exception - Le détachement

En vue de réaliser une certaine continuation dans le paiement des cotisations et en vue d'éviter un éclatement dans les carrières d'assurance pour des personnes qui exercent leur activité sur le territoire d'autres Etats pendant une durée limitée dans le temps, le principe du " détachement " est prévu en matière de coordination.

Ainsi la personne qui exerce une activité salariée sur le territoire d'un Etat membre au service d'une entreprise dont elle relève normalement et qui est détachée par cette entreprise sur le territoire d'un autre Etat membre afin d'y effectuer un travail pour le compte de celle-ci, reste affiliée à la sécurité sociale du premier Etat membre à condition que la durée prévisible de ce travail n'excède pas 24 mois et que la personne ne soit pas envoyée en

---

1) *Conformément aux articles 1er et 2 du protocole (no 21) sur la position du Royaume-Uni et de l'Irlande à l'égard de l'espace de liberté, de sécurité et de justice, joint aux traités, le Royaume-Uni a décidé de ne pas participer à l'adoption du règlement et n'est pas lié par celui-ci, tandis que l'Irlande a décidé d'y participer.*

   Conformément aux articles 1er et 2 du protocole (no 22) sur la position du Danemark, joint aux traités, le Danemark ne participe pas à l'adoption du règlement et n'est pas lié par celui-ci ni soumis à son application.

2) *La commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale a élaboré un guide pratique sur la législation applicable dans l'Union européenne (UE), dans l'Espace économique européen (EEE) et en Suisse. Voir à ce sujet le site officiel de la Commission européenne : "Coordination de la sécurité sociale dans l'Union européenne" (http://ec.europa.eu/social).*

remplacement d'une autre personne parvenue au terme de la période de son détachement (le document A1 atteste la législation applicable au travailleur).

Pareillement, la personne qui exerce normalement une activité indépendante dans un Etat membre reste soumise à la législation de cet Etat lorsqu'elle va effectuer temporairement une activité semblable dans un autre Etat et ceci également pour une période maximale de 24 mois.

La période du détachement peut être prolongée au-delà de la durée maximum suite à un accord commun entre les autorités compétentes.

4.3 Autres règles dérogatoires

D'autres exceptions au principe de l'application de la législation du pays d'emploi sont notamment prévues pour :

- les gens de mer, qui sont en principe couverts par la législation du pays où le navire est immatriculé (pavillon maritime) ;
- les travailleurs exerçant leur activité sur le territoire de plusieurs Etats, qui sont soumis à la législation du lieu où ils résident, à condition qu'ils y exercent une activité substantielle (qui représente au moins 25% de leur activité totale) ;
- les membres de l'équipage de conduite ou de cabine du transport aérien, qui sont soumis à la législation de l'Etat où se trouve la base d'affectation.

Les personnes non actives sont soumises à la législation de leur Etat de résidence.

5 CHAMP D'APPLICATION MATÉRIEL

La coordination européenne s'applique à la liste limitative de branches de sécurité sociale qui y sont énumérées, à savoir les branches qui concernent les prestations de maladie et de maternité/ paternité, les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivant, les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle, les allocations de décès, les prestations de chômage, les prestations de préretraite et les prestations familiales.

Pour l'application de la coordination européenne, la Cour de justice européenne a assimilé les prestations de dépendance aux prestations d'assurance maladie.

6 MALADIE ET MATERNITÉ / PATERNITÉ

6.1 Généralités sur les prestations

Les prestations de maladie et de maternité diffèrent dans chacun des Etats membres de l'Union européenne, mais deux grandes catégories de prestations existent dans tous les pays : les prestations en nature et les prestations en espèces.

- Les **prestations en nature** comprennent les soins médicaux et dentaires, les médicaments et les hospitalisations ainsi que les paiements directs destinés à rembourser les coûts de ces prestations. En règle générale, ces prestations en nature sont servies en application de la législation de l'Etat de résidence ou de séjour, comme si l'intéressé y était assuré.
- Les **prestations en espèces** sont généralement destinées à remplacer les revenus (rémunérations, salaires) qui sont perdus en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie. Elles sont versées par l'Etat d'affiliation, quel que soit le pays de résidence ou de séjour de l'intéressé.

6.2 Droit aux prestations en nature en cas de résidence dans un Etat membre autre que l'Etat d'affiliation

Si l'assuré réside hors du pays où il est affilié, il aura droit à toutes les prestations en nature proposées par la législation de l'Etat de résidence, servies par l'institution d'assurance maladie du pays de résidence, comme s'il y était affilié.

Il en est de même des membres de famille qui bénéficient aussi des prestations en nature, pour autant qu'ils n'aient pas un droit personnel aux prestations en vertu de la législation de l'Etat membre sur le territoire duquel ils résident, notamment du chef d'une activité professionnelle.

Pour bénéficier des prestations, les intéressés doivent s'inscrire auprès de l'institution compétente du lieu de leur résidence, au moyen du document S1 émis par la caisse de maladie de l'Etat compétent.

6.3 Service des prestations en nature en cas de séjour dans un autre Etat membre

Au cours d'un séjour temporaire dans un autre Etat membre, les prestations en nature sont servies par l'institution du lieu de séjour pour les soins nécessaires sur présentation d'une carte européenne d'assurance maladie (CEAM ; en anglais : EHIC, European Health Insurance Card).

a) Notion de soins nécessaires

Si la personne séjourne temporairement hors de l'Etat d'affiliation, elle aura droit à toutes les prestations en nature nécessaires d'un point de vue médical et ceci compte tenu de la nature des prestations et de la durée du séjour, c'est-à-dire les soins médicaux requis par son état de santé (accident, maladie subite...). Il s'agit d'éviter que la personne soit contrainte de rentrer prématurément dans l'Etat compétent pour y recevoir les soins que son état de santé nécessite.

De telles prestations visent à permettre à l'assuré de continuer son séjour dans des conditions médicalement sûres compte tenu de la durée prévue du séjour. Pour apprécier si une prestation en nature est nécessaire, seuls les éléments d'ordre médical replacés dans le contexte du séjour temporaire de la personne concernée, compte tenu de son état de santé et de ses antécédents, sont pris en considération.

Cependant, ne sont pas couvertes les situations dans lesquelles une personne assurée se rend dans un Etat membre dans le but d'y recevoir un traitement médical (cf à ce propos point 6.4).

Pour justifier des droits, il y a lieu de présenter la carte européenne d'assurance maladie.

b) Carte européenne d'assurance maladie[1)]

- Objet

Cette carte est un titre de garantie pour la prise en charge des soins nécessaires lors d'un séjour temporaire à l'étranger. Elle facilite les déplacements des citoyens européens car elle évite des démarches administratives préliminaires.

Elle garantit un accès direct aux soins sans démarche administrative préalable.

La carte comporte une face nationale à utiliser au Luxembourg et une face européenne à utiliser à l'étranger.

- Emission

La carte est émise d'office pour les personnes affiliées à la sécurité sociale luxembourgeoise. Les personnes qui n'auraient pas reçu de carte lors de cette première affiliation peuvent la commander auprès de leur caisse de maladie. Une nouvelle carte européenne peut être demandée à tout moment auprès de la caisse de maladie luxembourgeoise compétente ou via Internet (http:// www.secu.lu).

---

1) En application de l'accord conclu entre le Luxembourg et la République de Macédoine la carte européenne d'assurance maladie est aussi acceptée en Macédoine depuis le 1er janvier 2010.

La durée de validité de la carte européenne varie en fonction de la durée de l'affiliation antérieure.

- Pays concernés

La carte est valable pour les déplacements dans les pays de l'Union européenne (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande France, Grande- Bretagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovénie, République tchèque, Slovaquie, Suède), dans les pays de l'Espace économique européen (Norvège, Islande, Liechtenstein) et en Suisse.

- Utilisation de la carte lors d'un séjour à l'étranger

La carte permet à l'assuré de s'adresser directement aux fournisseurs de soins conventionnés. Les prestations seront servies d'après la législation et selon les modalités du pays où le porteur de la carte séjourne.

L'assuré peut prétendre aux soins médicalement nécessaires pendant toute la durée de son séjour à l'étranger. La carte n'est pas valable si le but du voyage est de se faire traiter à l'étranger.

La durée de validité de la face européenne ne peut dépasser la date d'expiration y inscrite. Toutefois la carte n'est plus valable si l'affiliation au Luxembourg cesse avant ce délai. Tout usage frauduleux de la carte peut entraîner des poursuites.

Si l'intéressé ne dispose plus de sa carte, ou si elle est périmée, il peut contacter sa caisse de maladie luxembourgeoise qui lui fournira dans les meilleurs délais une nouvelle carte.

En cas d'urgence, un certificat de remplacement provisoire peut être délivré directement par la caisse de maladie compétente.

6.4 Soins programmés dans un autre Etat membre

Les règlements de coordination offre aussi la possibilité de se rendre dans un autre Etat membre dans le but d'y recevoir des soins à la condition que l'intéressé ait obtenu une autorisation préalable (formulaire S2). Cette autorisation ne peut pas lui être refusée lorsque les soins en question comptent parmi les prestations prévues par la législation du pays d'affiliation, mais ne sont pas disponibles dans les délais compatibles avec l'état de santé de l'intéressé.

Lorsqu'une autorisation a été accordée, les soins sont pris en charge par l'institution d'assurance maladie de la personne au tarif de l'Etat où les soins ont été donnés.

En plus de ces droits qui découlent du règlement (CE) 883/2004, la directive 2011/24 du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé offre de nouvelles possibilités pour les citoyens européens de se faire soigner dans l'Union européenne.

Cette directive permet de se faire soigner dans un autre Etat membre sans présentation de la carte européenne d'assurance maladie ou d'un formulaire européen et sans autorisation préalable de la caisse de maladie compétente. Dans ce cas, l'assuré doit payer le prestataire et ensuite, à son retour, demander le remboursement des frais exposés à sa caisse de maladie. Celle-ci applique alors les tarifs applicables dans l'Etat d'affiliation. Toutefois, dans certains cas, les traitements en milieu hospitalier peuvent être soumis à une autorisation préalable par la caisse de maladie compétente.

Il revient à l'assuré de choisir entre les possibilités offertes par la directive 2011/24 ou la procédure prévue par le règlement (CE) 883/2004.

6.5 Droit aux prestations en nature dans l'Etat de résidence et l'Etat d'affiliation pour certaines catégories de personnes

- Les travailleurs frontaliers peuvent obtenir les soins médicaux aussi bien dans l'Etat de résidence que dans l'Etat d'emploi.[1)]
- Le règlement (CE) 883/2004 permet dans une certaine mesure aux pensionnés de continuer à bénéficier des soins médicaux dans l'Etat où ils ont exercé en dernier lieu une activité professionnelle, puisqu'il est de l'intérêt de ces personnes de continuer à être suivies par les prestataires de soins qui connaissent leur situation médicale. Ainsi le règlement dispose que :
    1. tous les anciens travailleurs frontaliers pensionnés peuvent continuer à bénéficier des soins médicaux dans le dernier Etat d'emploi, dans la mesure où il s'agit de poursuivre un traitement entamé dans cet Etat ;
    2. les pensionnés, qui ont été travailleur frontalier pendant deux ans au cours des cinq années précédant leur départ à la retraite ou en invalidité, peuvent continuer à recevoir les soins de santé dans le dernier Etat d'emploi sans restriction, à la condition que l'Etat compétent ait donné son accord moyennant inscription dans une annexe au règlement ;[2)]
    3. les membres de famille des travailleurs frontaliers qui bénéficient en principe des soins de santé dans l'Etat membre de résidence, peuvent également recevoir des soins dans l'Etat d'emploi du

---

1) Pour plus de précisions voir point ci-après 15.1.

2) Le Luxembourg est inscrit dans cette annexe positive (annexe V), à l'instar des pays suivants : Belgique, Allemagne, Espagne, France, Autriche, Portugal.

travailleur frontalier, à moins que cet Etat ne refuse cette possibilité en s'inscrivant dans une annexe du règlement.[1)]

4. les pensionnés ont droit aux prestations en nature non seulement dans leur Etat de résidence (dans lequel ils sont inscrits sur la base d'un document S1), mais aussi dans l'Etat responsable pour le coût des prestations leur servies dans le pays de résidence (en principe, l'Etat qui verse la pension), à condition que cet Etat ait opté pour cette solution et figure dans une annexe au règlement[2)]. Il en est de même pour les membres de la famille de ces pensionnés.

6.6 Droit aux prestations en espèces en cas de séjour ou de résidence dans un autre Etat membre

A la différence des prestations en nature, les prestations en espèces sont normalement servies par l'institution compétente selon la législation qu'elle applique, lorsque, dans les cas considérés, les bénéficiaires séjournent ou résident sur le territoire d'un Etat membre autre que l'Etat compétent.

7 DÉPENDANCE

D'après la jurisprudence de la Cour de justice européenne, le droit aux prestations de l'assurance dépendance est ouvert, en l'absence de règles spécifiques inscrites au règlement (CE) 883/2004, d'après les dispositions prévues en matière d'assurance maladie.

Compte tenu de la jurisprudence, les modalités d'application particulière en matière d'assurance dépendance sont les suivantes.

7.1 Qualité d'ayant droit

Pour bénéficier des prestations à charge de l'assurance dépendance luxembourgeoise, la personne qui réside ou séjourne dans un autre pays de l'Union européenne, doit être affiliée à l'assurance maladie luxembourgeoise. Il s'agit donc de toute personne qui bénéficie d'un droit au titre de l'assurance maladie luxembourgeoise, notamment

- le bénéficiaire d'une pension luxembourgeoise et les membres de sa famille, qui sont inscrits moyennant formulaire S1 auprès de l'institution d'assurance maladie du lieu de résidence ;
- le travailleur et les membres de sa famille qui sont inscrits moyennant formulaire S1 auprès de l'institution du lieu de résidence ;

---

1) Le Luxembourg n'est pas inscrit dans cette annexe négative (annexe III). Sont inscrits les Etats suivants : Danemark, Estonie, Irlande, Espagne, Croatie, Italie, Lituanie, Hongrie, Pays-Bas, Finlande, Suède, Royaume-Uni, Islande, Norvège.

2) Le Luxembourg est inscrit dans cette annexe positive (annexe IV), à l'instar des pays suivants : Belgique, Bulgarie, République tchèque, Allemagne, Grèce, Espagne, France, Chypre, Hongrie, Pays-Bas, Autriche, Pologne, Slovénie, Suède, Islande, Liechtenstein, Suisse.

- les membres de la famille qui ne résident pas dans le même pays que l'assuré principal et qui sont inscrits moyennant formulaire S1 auprès de l'institution du pays de leur résidence.

7.2 Détermination du droit

En cas de résidence à l'étranger, l'ayant droit peut bénéficier :

- soit des prestations en nature dans le pays de résidence ou de séjour suivant la législation que ce pays applique ;
- soit des prestations en espèces auxquelles il a droit suivant la législation luxembourgeoise.

Il s'ensuit que pour les personnes relevant de l'assurance maladie luxembourgeoise et qui résident dans un autre Etat membre de l'Union européenne, les prestations en espèces sont accordées suivant et à charge de la législation luxembourgeoise. Les prestations en nature sont accordées suivant la législation du pays de résidence, pour autant que cette dernière prévoie un tel droit.

Ceci a comme conséquence que les personnes qui relèvent de l'assurance maladie luxembourgeoise ont droit à une prestation en espèces pour autant que leurs besoins en aide dépassent 3,5 heures par semaine avec un maximum prévu de 10,5 heures.

7.3 Evaluation

Pour la constatation et l'appréciation de l'état de dépendance, le pays de résidence est tenu d'apporter son aide administrative au pays compétent. L'évaluation des personnes dépendantes est réalisée par les autorités compétentes du pays de résidence des bénéficiaires.

Pour la mise en œuvre de la constatation et de l'appréciation de l'état de dépendance des personnes concernées résidant en Espagne, au Portugal et en Italie, un formulaire simplifié a été élaboré.

8 PENSIONS

8.1 Vieillesse et décès

Lorsqu'une personne a travaillé dans plusieurs Etats membres, à l'âge de la retraite, chacun de ces Etats verse, en principe, à cette personne une pension. Cette pension est calculée en fonction du dossier d'assurance de la personne dans chaque État membre. Le montant que la personne reçoit de chaque Etat dépend de la durée de la période d'assurance dans chacun de ces pays.

Les principes régissant la liquidation des pensions de vieillesse et de survie sont les suivants :

- Si, dans un Etat membre, les conditions sont remplies pour l'ouverture du droit sans qu'il soit nécessaire de faire appel à des périodes accomplies dans un autre Etat membre, la pension est déterminée en vertu de la législation de ce pays pour les seules périodes accomplies dans cet Etat membre (pension indépendante).
- Ensuite, l'institution détermine le montant de la pension comme si l'assuré avait accompli toutes les périodes sous la législation qu'elle applique (pension théorique). Sur la base de ce montant théorique, l'institution calcule la pension nationale au prorata des périodes accomplies sous sa législation par rapport au total des périodes accomplies dans tous les Etats membres (pension proratisée).
- Le montant de la indépendante et de la pension proratisée sont comparés et la personne a droit au plus élevé des deux montants.

Si le montant de l'ensemble des pensions n'atteint pas le minimum prévu par la législation du pays de résidence pour la durée totale des périodes accomplies dans les Etats membres, l'institution de cet État verse un complément aussi longtemps que l'intéressé réside sur le territoire et à condition qu'il bénéficie d'une pension de la part d'une institution de cet État.

Exemple :

La carrière d'assurance d'un assuré se présente de la manière suivante :

- France : 3 ans
- Belgique : 32 ans
- Luxembourg : 5 ans

  Total : 40 ans

Le prorata permettant le passage de la pension théorique au montant national à charge du Luxembourg équivaut donc à la fraction suivante :

$$\frac{\text{Périodes lux}}{\text{Périodes lux + périodes F + périodes B}} = 5/40 = 0{,}125$$

En conséquence, tous les éléments de pension déterminés en mode totalisation seront donc multipliés par le facteur prorata ainsi calculé.

8.2 Invalidité

En matière d'invalidité il y a lieu de distinguer entre deux types de législation :

- les législations de type A. Ce sont des régimes liés à la réalisation du risque et où le montant de la pension est indépendant de la durée des périodes d'assurance. Il suffit simplement que l'assuré soit assuré et qu'il ait accompli une certaine période d'attente au moment de sa mise en invalidité. Ces législations sont qualifiées de législations de type A lorsqu'elles figurent en annexe VI du règlement (CE) 883/2004.

  Sont considérés comme étant de type A, les régimes mentionnés en annexe VI de la République tchèque, de l'Estonie, de l'Irlande, de la Grèce, de la Croatie, de la Lettonie, de la Hongrie, de la Slovaquie, de la Finlande, de la Suède et du Royaume-Uni.[1)]

- les législations de type B. Ce sont les autres législations. Il s'agit notamment des régimes qui garantissent des prestations en fonction de la durée d'affiliation. Ils considèrent l'invalidité comme un état de vieillesse précoce et l'assurance invalidité suit le même schéma que l'assurance retraite.

La législation luxembourgeoise en matière de pension d'invalidité est du type B.

Les principes régissant la liquidation des pensions d'invalidité sont les suivants :

a) Dans le cas où l'intéressé n'a été soumis qu'à des législations du type A, la pension est accordée en principe par l'institution de l'État dont la législation est applicable au moment où est survenue l'incapacité de travail suivie de l'invalidité. Si l'intéressé ne satisfait pas aux conditions requises par cette législation, il bénéficie des prestations auxquelles il aurait encore droit en vertu de la législation d'un autre État membre ayant une législation du type A.

b) Lorsqu'un intéressé a été, au cours de sa carrière, soumis à des législations dont l'une au moins fait dépendre le montant de la prestation de la durée des périodes d'assurance ou de résidence (type B), il est fait application, par analogie, de l'ensemble des règles prévues pour le calcul des pensions de vieillesse (cf. point 8.1). Etant donné la similitude des conceptions existant en matière d'assurance invalidité et en matière d'assurance vieillesse-survie dans les pays où la législation lie le montant des prestations d'invalidité à la durée des périodes d'assurance, une méthode de liquidation identique, pour les deux catégories de prestations, est apparue préférable et cela, même lorsque la législation applicable, au moment de la survenance de

---

1) Pour plus de précisions : voir annexe VI du règlement (CE) 883/2004.

l'invalidité, accorde des prestations dont le montant est indépendant de la durée des périodes d'assurance (type A). Il convenait, en effet, de ne pas imposer une charge injustifiée aux institutions appliquant une législation de ce genre, sans priver pour autant les intéressés de leurs droits au titre des autres législations.

8.3 Pensions d'orphelin

Les pensions d'orphelin sont en principe calculées de la même manière que les pensions de vieillesse ou de survie, c'est-à-dire selon la règle de la totalisation et de la proratisation (cf. point 8.1).

Si le défunt, à un moment quelconque, a été couvert par un régime qui prévoit, pour les orphelins, des allocations familiales ou des allocations supplémentaires ou spéciales, ces prestations sont octroyées selon les règles applicables aux prestations familiales (cf. point 12).

8.4 Personnes couvertes par un régime spécial des fonctionnaires

Les dispositions prévues en matière de pension s'appliquent par analogie aux personnes couvertes par un régime spécial des fonctionnaires.

Cependant, si la législation d'un État membre subordonne l'acquisition, la liquidation, le maintien ou le recouvrement des droits aux prestations d'un régime spécial des fonctionnaires à la condition que toutes les périodes d'assurance aient été accomplies dans le cadre d'un ou de plusieurs régimes spéciaux des fonctionnaires dans cet État membre ou soient assimilées à de telles périodes en vertu de la législation de cet État membre, il n'est tenu compte que des périodes qui peuvent être reconnues en vertu de la législation de cet État membre.

Si, après qu'il a été tenu compte des périodes ainsi accomplies, l'intéressé ne satisfait pas aux conditions requises pour bénéficier de ces prestations, ces périodes sont prises en compte pour l'octroi des prestations du régime général ou, à défaut, du régime applicable aux ouvriers ou aux employés, selon le cas.

L'institution compétente d'un État membre dont la législation prévoit que le calcul des prestations repose sur le ou les derniers traitements perçus pendant une période de référence ne prend en compte pour ce calcul que les traitements, dûment réévalués, perçus pendant la ou les périodes pendant lesquelles l'intéressé a été soumis à cette législation.

8.5 Personnes couvertes par un régime spécial des fonctionnaires internationaux

Les arrêts de la Cour de Cassation luxembourgeoise du 8 juillet 2004 dans les affaires GALIANO et JOLLI c/CPEP en relation avec l'arrêt de la Cour de justice européenne du 16 décembre 2004 dans l'affaire C-293/03 Gregorio MY c/ ONP ont pour effet combiné que, pour l'appréciation des conditions de

stage prévues pour la pension de vieillesse, la pension de vieillesse anticipée, la pension d'invalidité et la pension de survie, il y a lieu de prendre en considération les années de travail qu'un ressortissant communautaire a accomplies au service d'une institution communautaire.

9 ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, les règles applicables sont semblables à celles qui s'appliquent aux prestations de maladie (cf. point 6).

Les travailleurs bénéficient des prestations en nature dans le pays de résidence ou de séjour, lorsqu'ils résident ou séjournent sur le territoire d'un État membre autre que l'État compétent. Ces prestations sont servies par l'institution du pays de résidence ou de séjour suivant la législation qu'elle applique, à charge de l'institution compétente (document DA1).

Les mêmes dispositions que celles prévues en matière d'assurance maladie s'appliquent, notamment en ce qui concerne l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie.

Les travailleurs frontaliers peuvent également bénéficier des prestations en nature dans le pays compétent.

Les prestations en espèces sont déterminées conformément à la législation de l'Etat compétent et sont servies directement par l'institution compétente.

10 ALLOCATION DE DÉCÈS

L'allocation de décès est due même si le décès intervient sur le territoire d'un autre État membre ; elle doit être accordée même si le bénéficiaire réside sur le territoire d'un autre État que l'État compétent.

11 CHÔMAGE

11.1 Totalisation

En considération du fait que les législations nationales relatives aux prestations de chômage fondent l'ouverture du droit, soit sur l'accomplissement de périodes d'assurance, soit sur l'accomplissement de périodes d'emploi, les règles de totalisation spécifiées ci-après s'appliquent.

Un État membre dont la législation subordonne le droit à l'accomplissement de périodes d'assurance tient compte des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies sous la législation de tout autre État membre, à condition toutefois que, s'agissant de périodes d'emploi, ces périodes eussent été

considérées comme périodes d'assurance si elles avaient été accomplies sous sa législation.

Un État membre dont la législation subordonne le droit à l'accomplissement de périodes d'emploi (p. ex. Luxembourg) tient compte des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies sous la législation de tout autre État membre.

La règle de la totalisation s'applique avec la particularité suivante en matière de chômage : la totalisation ne s'applique que si la personne a accompli sa dernière période d'assurance dans l'Etat où elle demande des prestations de chômage. Cette règle ne s'applique pas aux travailleurs frontaliers (cf. point 11.3).

Si la durée d'octroi des prestations dépend de la durée des périodes d'assurance ou d'emploi, les règles précitées s'appliquent par analogie.

11.2 Chômeurs se rendant dans un autre Etat membre

En principe, le chômeur ne bénéficie des prestations de chômage que lorsqu'il réside sur le territoire de l'État où se trouve l'institution débitrice des prestations.

Toutefois, le règlement prévoit que, sous certaines conditions, les chômeurs bénéficiaires d'une indemnité de chômage de la part d'un État, continuent à bénéficier de cette indemnité lorsqu'ils se rendent dans un autre État membre pour y chercher un emploi, pendant une période de trois mois (avec possibilité, pour l'institution compétente, d'étendre cette période à six mois). Ces prestations sont déterminées selon la législation de l'État compétent et versées par l'institution compétente pendant toute la période où l'intéressé cherche un emploi.

11.3 Particularités pour les chômeurs frontaliers et saisonniers

Le chômeur qui, au cours de son dernier emploi, résidait dans un État membre autre que l'État compétent (notamment le travailleur frontalier) bénéficie des prestations prévues par la législation du pays de sa résidence comme si au cours de son dernier emploi il avait été soumis à la législation de ce pays ; les prestations sont déterminées selon la législation de l'Etat de résidence, mais sur la base du revenu professionnel perçu dans le dernier Etat d'emploi. Elles sont servies par l'institution du lieu de résidence. Les chômeurs indemnisés sont également tenus de se mettre à la disposition des services de l'emploi de cet Etat membre.

Ce principe est cependant complété par le droit pour le travailleur frontalier au chômage de se mettre également à la disposition des services de l'emploi du dernier Etat où il a travaillé.

Des dispositions financières ont été introduites pour mieux tenir compte de l'équilibre entre la charge des prestations et le paiement des cotisations.

Les prestations servies par l'institution du lieu de résidence restent toujours à sa charge. Toutefois, l'institution compétente de l'Etat membre à la législation duquel l'intéressé a été soumis en dernier lieu rembourse à l'institution du lieu de résidence le montant des prestations servies par celle-ci pendant les trois premiers mois de l'indemnisation. Le montant du remboursement versé pendant cette période ne peut dépasser le montant qui aurait été dû, en cas de chômage, en application de la législation de l'Etat compétent.

Toutefois, cette période de remboursement est étendue à 5 mois lorsque l'intéressé a accompli, au cours des 24 derniers mois, des périodes d'emploi ou d'activité non salariée d'au moins 12 mois dans l'Etat membre à la législation duquel il a été soumis en dernier lieu, où ces périodes ouvriraient droit aux prestations de chômage.

Pour le Luxembourg, cette dernière disposition ne deviendra applicable qu'à partir du moment où des accords bilatéraux spécifiques auront été conclus avec les pays avoisinants, à savoir la France, l'Allemagne et la Belgique.

Une disposition particulière concerne les travailleurs frontaliers non-salariés se trouvant au chômage complet. Ceux-ci peuvent bénéficier des prestations de la part de l'Etat membre où ils ont accompli des périodes d'assurance ou exercé une activité indépendante en dernier lieu, si aucun régime de prestations de chômage pour non-salariés n'existe dans l'Etat membre où ils résident.

12 PRESTATIONS FAMILIALES

Les prestations familiales sont définies par les règlements de coordination comme étant toutes les prestations en nature ou en espèces destinées à compenser les charges de famille. Sont cependant exclues du champ d'application de la coordination les avances sur pensions alimentaires et les allocations spéciales de naissance ou d'adoption[1)], à condition que ces prestations soient mentionnées en annexe I du règlement (CE) n°883/2004)

Une personne a droit aux prestations familiales en vertu de la législation de sécurité sociale à laquelle elle est assujettie, y compris pour les membres de sa famille qui résident dans un autre État membre, comme si ceux-ci résidaient dans le premier État membre. S'il s'agit d'un pensionné, celui-ci a droit aux prestations familiales de l'Etat membre compétent pour sa pension.

Si plusieurs droits aux prestations familiales existent pour les mêmes membres de famille (par exemple parce que les parents travaillent dans des Etats membres différents), des règles de priorité sont prévues pour

---

1) Ces prestations familiales sont exportables en application du règlement (UE) 492/2011 du 5 avril 2011 relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union.

déterminer l'Etat membre qui devra verser les prestations familiales en priorité. L'ordre de priorité est le suivant : en premier lieu les droits ouverts au titre d'une activité salariée ou non salariée, deuxièmement les droits ouverts au titre de la perception d'une pension et enfin les droits ouverts au titre de la résidence.

Des règles sont également fixées pour déterminer l'Etat prioritaire pour le versement des prestations lorsque les droits en concurrence sont ouverts au même titre. Ainsi, si les prestations familiales des deux pays sont fondées sur le travail salarié ou non salarié, c'est celui où résident les enfants qui est prioritaire, pour autant que l'un des parents y travaille, sinon c'est l'État dans lequel le montant le plus élevé est versé qui est responsable. Lorsque les prestations familiales sont fondées sur la perception d'une pension dans les deux pays, c'est celui où résident les enfants qui prévaut, pour autant que cet État soit aussi celui qui paie la pension. Dans le cas contraire, c'est l'État dans lequel la personne concernée a été assurée ou a résidé pendant la période la plus longue qui est responsable.

Le fait que la coordination détermine l'Etat qui est prioritaire pour verser les prestations familiales ne dispense pas totalement de ses obligations l'autre Etat dans lequel un droit aux prestations familiales existe pour les mêmes membres de famille. Le second État membre, après avoir effectué une comparaison de ses prestations avec celles de l'Etat prioritaire, verse un complément correspondant à la différence entre les deux montants si ses prestations dépassent celles de l'Etat prioritaire. Il s'agit, en cas de concurrence de droits aux prestations familiales, d'assurer le versement du montant de prestations familiales le plus élevé prévu par les législations en cause.

13 PRESTATIONS SPÉCIALES À CARACTÈRE NON CONTRIBUTIF

Les prestations spéciales en espèces à caractère non contributif sont des prestations qui, eu égard à leurs caractéristiques particulières, font l'objet d'une coordination spécifique. Par dérogation au principe général de l'exportation des prestations, ces prestations spéciales à caractère non contributif sont octroyées uniquement dans l'Etat membre dans lequel l'intéressé réside et conformément à la législation de cet Etat. Ces prestations spécifiques sont inscrites dans une annexe particulière du règlement.

D'après la règlementation européenne on entend par "prestations spéciales en espèces à caractère non contributif" les prestations

- qui sont destinées

  à couvrir à titre complémentaire, subsidiaire ou de remplacement, les risques correspondants aux branches de la sécurité sociale visées par le champ d'application matériel du règlement, et à garantir aux intéressés un revenu minimal de subsistance eu égard à l'environnement économique et social dans l'État membre concerné,

  ou

  uniquement à assurer la protection spécifique des personnes handicapées, en étant étroitement liées à l'environnement social de ces personnes dans l'État membre concerné,

  et

- qui sont financées exclusivement par des contributions fiscales obligatoires destinées à couvrir des dépenses publiques générales et dont les conditions d'attribution et les modalités de calcul ne sont pas fonction d'une quelconque contribution pour ce qui concerne leurs bénéficiaires. Les prestations servies à titre de complément d'une prestation contributive ne sont toutefois pas considérées, pour ce seul motif, comme des prestations contributives,

  et

- qui sont énumérées à l'annexe X du règlement (CE) 883/2004.

Le Luxembourg a inscrit dans cette annexe le revenu pour personnes gravement handicapées[1)], à l'exception des personnes reconnues comme travailleurs handicapés qui occupent un emploi sur le marché du travail ordinaire ou dans un atelier protégé.

14 PRERETRAITE

Les régimes légaux de préretraite sont inclus dans le champ d'application de la coordination.

Une telle inclusion a en elle-même des avantages considérables pour les bénéficiaires puisque les principes généraux du règlement sont applicables. Par conséquent sont garantis notamment le principe d'égalité de traitement, l'exportation des prestations et l'octroi des prestations familiales et de maladie pour les personnes concernées.

Une exception est cependant prévue en ce qui concerne le principe de totalisation des périodes d'assurance qui n'est pas applicable aux régimes légaux de préretraite. Cette exception est justifiée par le fait que les régimes légaux de préretraite n'existent que dans un nombre limité d'Etats membres.

---

1) Article 1er paragraphe 2 de la loi du 12 septembre 2003.

15 LA SITUATION PARTICULIÈRE DU FRONTALIER

Le travailleur frontalier est défini comme le travailleur salarié ou non salarié qui exerce son activité professionnelle sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne et qui réside sur le territoire d'un autre État membre, où il retourne en principe chaque jour ou au moins une fois par semaine.

15.1 Soins de santé

En matière de soins de santé, le frontalier et les membres de sa famille ont la possibilité de se faire soigner tant dans leur pays de résidence que dans le pays d'emploi. Il est donc essentiel de régler l'inscription auprès des caisses concernées dans nos relations avec les pays voisins.

Pour le frontalier qui travaille au Luxembourg, l'inscription à l'assurance maladie en qualité d'assuré principal est déclenchée par une déclaration d'affiliation adressée par l'employeur au centre commun de la sécurité sociale. Dès l'inscription, il sera adressé à chaque affilié (l'assuré principal et les membres de sa famille), une carte de légitimation avec son numéro de matricule individuel de la sécurité sociale au Luxembourg. Cette carte devra être présentée au médecin, au pharmacien, au kinésithérapeute, au masseur, lors d'une hospitalisation, lors de tout type de soin délivré au Luxembourg.

Pour bénéficier des prestations en nature dans son pays de résidence, le travailleur frontalier est tenu de se faire inscrire auprès de l'institution de son choix (caisse de maladie) sur son lieu de résidence, en lui présentant une attestation délivrée d'office par la caisse de maladie luxembourgeoise et certifiant son droit aux prestations en nature (S1 pour l'Allemagne et la France, BL1 pour la Belgique). C'est le travailleur frontalier qui est chargé de régler l'inscription des membres de sa famille en déposant des documents officiels (certificat de composition de ménage, acte de mariage, acte de naissance...) auprès de la caisse de maladie étrangère. La détermination des membres de famille à charge se fait suivant la législation de leur pays de résidence.

En cas de cessation de l'affiliation ou en cas de fin de droit aux prestations en nature, l'institution compétente informe d'office l'institution du lieu de résidence.

Les prestations en nature en faveur du travailleur frontalier et des membres de sa famille sont prises en charge comme suit :

- tous les soins de santé délivrés dans le pays de résidence sont pris en charge par l'institution du lieu de résidence et cela selon les dispositions de la législation qu'elle applique ;[1)]
- tous les soins de santé délivrés au Luxembourg sont pris en charge par la caisse de maladie luxembourgeoise, selon les dispositions de la législation qu'elle applique.

---

1) Un complémen est accordé pour les frontaliers belges. Voir à ce sujet chapitre 28 - Conventions bilatérales de sécurité sociale.

En outre, l'ensemble des frontaliers couverts par l'assurance maladie luxembourgeoise et les membres de leur famille à charge ont le droit de se faire traiter dans le pays de résidence et dans le pays d'emploi. [1)]

En ce qui concerne les anciens travailleurs frontaliers qui touchent une pension luxembourgeoise et une pension dans leur pays de résidence, ils ont le droit de se faire soigner dans leur pays de résidence et dans leur dernier pays de travail.[2)]

Ce droit vaut pour les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Luxembourg, Portugal, et n'est valable que pour un pensionné qui était travailleur frontalier pendant deux ans au moins au cours des cinq années qui ont précédé la date d'effet de sa pension. Cette condition n'est pas requise dans le cas d'un ancien travailleur frontalier qui poursuit un traitement médical entamé dans son dernier pays de travail.

Les dispositions s'appliquent par analogie aux membres de la famille de l'ancien transfrontalier.

Les bénéficiaires d'une pension belge et luxembourgeoise, ainsi que les bénéficiaires d'une seule pension luxembourgeoise, anciens travailleurs frontaliers et habitant en Belgique, ont droit à un remboursement complémentaire à charge du Luxembourg pour leurs frais de santé présentés auprès de leur mutuelle en Belgique. Pour le remboursement des frais exposés au Luxembourg, la caisse de maladie luxembourgeoise est directement compétente pour le service des prestations. [3)]

15.2 Indemnités de maladie

Le versement des prestations en espèces est organisé directement par la caisse de maladie luxembourgeoise, selon les dispositions de la législation qu'elle applique. La procédure administrative pour l'obtention des indemnités pécuniaires de maladie est la suivante :

- adresser les certificats d'incapacité de travail directement à la caisse de maladie luxembourgeoise ;
- se faire délivrer, dans la mesure du possible, un constat d'incapacité de travail conforme au modèle du certificat d'incapacité de travail utilisé au Luxembourg, si la consultation d'un médecin se passe sur le lieu de résidence.

---

1) Avant le 1er mai 2010 ce droit existait pour la France sur base de la convention du 7 novembre 2005, pour l'Allemagne sur base de l'accord du 25 janvier 1990 et pour la Belgique sur base de la convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994. Le droit est par ailleurs inscrit dans les statuts de la CNS.

2) Avant le 1er mai 2010, ce droit existait seulement pour les anciens travailleurs frontaliers belges sur base de la Convention belgo-luxembourgeoise du 24 mars 1994 et depuis le 1er septembre 2008 pour les anciens travailleurs frontaliers français sur base de la Convention entre le Luxembourg et la France du 7 novembre 2005.

3) Pour plus de précisions sur l'application de la convention belgo-luxembourgeoise : voir chapitre 28 - Conventions bilatérales en matière de sécurité sociale.

Par ailleurs, le travailleur frontalier doit se conformer aux statuts de la caisse nationale de santé et suivre les modalités et procédures prescrites par la législation luxembourgeoise en matière de déclaration des incapacités de travail et de contrôle des malades.

15.3 Formalités administratives et procédures en matière de pension

De manière générale, aucune pension de retraite n'est accordée de manière automatique et il y a lieu d'accomplir certaines formalités relatives à la présentation des demandes.

a) Résident belge ayant travaillé au Luxembourg

Pour pouvoir bénéficier de sa pension de retraite, le frontalier belge devra introduire sa demande auprès de l'administration communale de son lieu de résidence et faire mention de son occupation au Luxembourg.

Les autorités compétentes belges se chargeront de faire la liaison avec l'organisme luxembourgeois. Il est conseillé d'introduire la demande une année avant la date effective de mise à la retraite. Il est à noter que le fait d'avoir été assuré à l'étranger allonge généralement le délai de traitement de la demande. A l'issue de l'examen du dossier, les décisions belge et luxembourgeoise seront notifiées ensemble par courrier recommandé à l'intéressé par le biais de l'office national des pensions.

Si le frontalier belge a effectué toute sa carrière au Luxembourg, seule la caisse de pension luxembourgeoise lui versera une pension de vieillesse.

Si le frontalier a travaillé au moins un an au Luxembourg après avoir travaillé en Belgique, il recevra une pension payée par l'office national des pensions belge, calculée au prorata des années travaillées dans ce pays ainsi qu'une pension payée par la caisse de pension luxembourgeoise, calculée de la même manière. Par contre, s'il a travaillé moins d'un an au Luxembourg, seul l'office national des pensions belge lui paiera la pension mais en tenant compte, pour le calcul de celle-ci, de la période d'assurance au Luxembourg. De manière pratique, les montants dus par chaque pays seront acquittés directement par ceux-ci au pensionné, mis à part le cas évoqué ci-dessus (moins d'un an d'activité au Luxembourg).

b) Résident français ayant travaillé au Luxembourg

Le frontalier français qui va prendre sa pension doit introduire sa demande, selon la région, auprès de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) ou de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de son lieu de résidence et ce, quatre à cinq mois avant le début de sa retraite. Il y a lieu de mentionner son occupation au Luxembourg afin de s'assurer de la transmission des informations entre les différentes administrations.

Tout comme le résident belge, le frontalier français devra avoir travaillé au moins un an au Luxembourg pour pouvoir prétendre à une pension de retraite calculée sur base des périodes travaillées tant en France qu'au Luxembourg.

En cas de droit à une pension de retraite dans les deux pays, chaque Etat payera directement et distinctement la pension dont il est redevable sur le compte du bénéficiaire.

c) Résident allemand ayant travaillé au Luxembourg

Un frontalier allemand qui prend sa retraite après avoir travaillé une partie ou la totalité de sa carrière au Luxembourg devra introduire sa demande auprès de l'organisme d'assurance pension de son lieu de résidence ("Bundesversicherungsanstalt für Angestellte" pour les employés ou "Landesversicherungsanstalt" pour les ouvriers).

Tout comme pour les autres pays, pour avoir droit à une pension versée directement par le Luxembourg, il faudra que le pensionné ait travaillé au minimum un an au Luxembourg et qu'il remplisse les conditions d'ouverture de ce droit. Dans l'hypothèse où son activité au Luxembourg est inférieure à un an, seule l'Allemagne lui versera une pension de retraite, tout en tenant compte de l'affiliation au Luxembourg.

Les autorités compétentes allemandes se chargeront de faire la liaison avec l'organisme luxembourgeois. Il est conseillé d'introduire la demande 6 mois au moins avant la date effective de mise à la retraite.

Si le pensionné a droit à une pension de retraite de chaque pays, il recevra les montants de manière séparée de chacune des institutions responsables.

d) Problème particulier relatif à l'âge de la retraite

Le travailleur doit être attentif à la différence de l'âge légal de la retraite qui peut poser problème dans certaines situations. En effet, l'âge de la retraite n'est pas harmonisé au niveau européen.

Citons le cas d'un travailleur qui a été assuré pendant 30 ans au Luxembourg où l'âge de la pension est fixé à 65 ans et pendant 5 ans en France où il peut prétendre à une pension de retraite à 62 ans. S'il cesse de travailler à l'âge de

62 ans, il aura droit de la part de la France à une pension relativement réduite qui correspond à la durée des périodes d'assurance accomplies dans cet État (5/35). Il devra ensuite attendre trois années avant d'avoir droit à une pension relativement élevée du Luxembourg (30/35). Il ne pourra en effet pas prétendre à une pension de vieillesse anticipée au Luxembourg dès l'âge de 60 ans puisqu'il n'aura pas rempli une période d'affiliation de 40 ans. Pour le calcul des 40 ans, il est non seulement tenu compte des périodes d'affiliation accomplies au Luxembourg, mais également de celles accomplies en France.

16 REMBOURSEMENT ENTRE INSTITUTIONS COMPÉTENTES ET INSTITUTIONS QUI ONT SERVI DES PRESTATIONS

En principe, les prestations en nature servies par l'institution d'un Etat membre pour le compte de l'institution d'un autre Etat membre, donnent lieu au remboursement intégral des frais réels tels qu'ils ressortent de la comptabilité de la première institution. Certains Etats membres, dont les structures juridiques ou administratives rendent inadéquat le remboursement sur la base de frais réels, sont remboursés au moyen de forfaits déterminés sur base de coûts moyens.

Le règlement (CE) 883/2004 prévoit toutefois la possibilité pour les Etats membres de conclure des accords qui prévoient ou bien des modalités de remboursement différentes ou bien la renonciation réciproque au remboursement des frais.

17 AUTRES PRINCIPES APPLICABLES

17.1 Critères pour le maintien en vigueur des conventions de sécurité sociale

Dans son champ d'application, la coordination se substitue, en principe, aux conventions de sécurité sociale conclues entre Etats membres.

Certaines dispositions des conventions de sécurité sociale peuvent cependant rester applicables à la condition qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires ou qu'elles découlent de circonstances historiques spécifiques et aient un effet limité dans le temps. Il faut en outre qu'elles soient reprises en annexe II du règlement (CE) 883/2004.

17.2 Introduction du principe de bonne administration

Le règlement (CE) 883/2004 instaure un principe général de bonne administration en prévoyant :

- d'une part, une coopération accrue et une assistance mutuelle entre les institutions des Etats membres au bénéfice des citoyens, afin d'éviter que le citoyen soit renvoyé sans fin d'une institution à une autre ;
- d'autre part, une obligation pour les institutions de répondre à toute demande dans un délai raisonnable et de communiquer aux personnes concernées toutes les informations nécessaires pour faire valoir leurs droits. A titre réciproque, les personnes concernées devront également communiquer aux institutions tout changement dans leur situation qui a une incidence sur leurs droits aux prestations.

17.3 Echange électronique d'informations sur la sécurité sociale

Le projet EESSI (échange électronique d'informations sur la sécurité sociale) a pour but de renforcer les droits des citoyens en informatisant l'application de la législation européenne sur la coordination en matière de sécurité sociale. Les échanges informatiques :

- faciliteront et accéléreront le processus décisionnel pour le calcul et le paiement des prestations de sécurité sociale ;
- permettront une vérification plus efficace des données ;
- offriront une interface plus souple et plus conviviale entre les différents systèmes ;
- permettront une collecte précise dedonnées statistiques sur les échanges européens.

Toutes les informations précédemment échangées au moyen d'une centaine de formulaires E (européens) sur support papier (près de 2 000 formulaires E en tout, si l'on tient compte des différentes versions linguistiques), devront à l'avenir être traitées électroniquement.

L'architecture européenne commune pour l'échange informatique des documents aura les principales caractéristiques suivantes :

- une base de données des organismes avec un accès public ainsi qu'une interface entre les agents devant être utilisée pour acheminer les documents et comme un répertoire en ligne ;
- l'échange d'informations sur la sécurité sociale par des documents électroniques structurés (DES) ;
- l'utilisation d'un protocole de communication sécurisé et du réseau s-Testa sécurisé en tant qu'élément central du système ;
- des points d'accès (un au minimum et cinq au maximum) par pays de l'Union européenne ;
- un système permettant des transactions en ligne pour le traitement de la future carte européenne d'assurance maladie électronique ;
- l'utilisation obligatoire d'un nœud central, hébergé à la Commission européenne, pour la répartition entre pays ;
- l'utilisation flexible, par les pays de l'Union européenne, d'un logiciel d'application de référence mis au point par la Commission. L'application de référence comprend un point d'accès international et national prédéfini et une interface web par défaut pour les agents : l'outil WEBIC.

18 LES ORGANES SUR LE PLAN EUROPÉEN

Différents organes ont été mis en place dans le cadre de la réglementation européenne :

18.1 La commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale

La commission administrative (CACSSS) est composée de représentants gouvernementaux. Elle est chargée notamment :

- de traiter toute question administrative ou d'interprétation découlant des dispositions du règlement ;
- de faciliter l'application uniforme du droit communautaire en promouvant l'échange d'expériences et de bonnes pratiques administratives ;
- de promouvoir et de développer la collaboration entre les Etats membres et leurs institutions, notamment de répondre aux questions particulières de certaines catégories de personnes et de faciliter la réalisation d'actions de coopération transfrontalière ;
- de favoriser le recours le plus large possible aux nouvelles technologies, notamment en modernisant les procédures nécessaires à l'échange d'informations et en adaptant aux échanges électroniques le flux d'informations entre les institutions, compte tenu de l'évolution du traitement de l'information dans chaque Etat membre ;
- de présenter des propositions à la Commission européenne en vue d'améliorer et de moderniser l'acquis communautaire ;
- d'établir les éléments à prendre en considération pour l'établissement des comptes relatifs aux charges incombant aux institutions des Etats membres en vertu des dispositions du règlement et d'arrêter les comptes annuels entre lesdites institutions.

18.2 Le comité consultatif pour la coordination des systèmes de sécurité sociale

Le comité consultatif (CCCSSS) est composé de représentants des employeurs, des syndicats et des gouvernements.

Le comité consultatif est habilité :

- à examiner les questions générales ou de principe et les problèmes que soulève l'application des dispositions communautaires relatives à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- à formuler à l'intention de la commission administrative des avis en la matière ainsi que des propositions en vue de l'éventuelle révision desdites dispositions.

18.3 La commission des comptes

La commission des comptes est composée de représentants gouvernementaux.

Elle est chargée :

- de vérifier la méthode de détermination et de calcul des coûts moyens annuels présentés par les Etats membres ;
- de réunir les données nécessaires et de procéder aux calculs requis pour l'établissement de la situation annuelle des créances revenant à chaque Etat membre ;
- de rendre compte périodiquement à la commission administrative des résultats d'application du règlement, notamment sur le plan financier ;
- de fournir les données et les rapports nécessaires à la prise de décisions par la commission administrative ;
- d'adresser à la commission administrative toutes suggestions utiles, y compris sur le présent règlement, en relation avec ses compétences ;
- d'effectuer tous travaux, études ou missions sur les questions qui lui sont soumises par la commission administrative.

18.4 La commission technique

Cette commission est composée de représentants gouvernementaux. Elle s'occupe des questions relatives aux règles d'architecture commune pour la gestion des services de traitement électronique de l'information[1)], notamment en matière de sécurité et d'utilisation des standards ; elle établit des rapports et donne un avis motivé avant qu'une décision ne soit prise par la commission administrative.

19 ACCORD SUR L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

L'accord sur l'Espace économique européen (EEE), entré en vigueur le 1.1.1994, s'applique aux pays suivants : Islande, Norvège et Liechtenstein.

Afin d'établir la libre circulation des travailleurs salariés ou non salariés entre les Etats membres de l'Union européenne et les Etats précités, l'accord prévoit que, dans le domaine de la sécurité sociale, les parties contractantes assurent aux travailleurs, ainsi qu'à leurs ayants droit, notamment :

---

1) Cf. point 17.3

a) la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales ;

b) le paiement des prestations aux personnes résidant sur les territoires des parties contractantes.

L'annexe VI de l'accord fait référence aux règlements (CE) 883/2004 et (CE) 987/2009 et, en conséquence, les pays cités sont inclus depuis le 1er juin 2012 dans la coordination des régimes de sécurité sociale établie par lesdits règlements pour les Etats membres.

L'accord sur l'Espace Economique s'applique également aux nouveaux Etats membres qui ont adhéré depuis lors à l'Union européenne.

En ce qui concerne l'extension de la coordination aux ressortissants de pays tiers, le règlement en cause doit encore être adopté par le comité mixte de l'EEE.

20 ACCORD ENTRE L'UNION EUROPÉENNE ET LA SUISSE SUR LA LIBRE CIRCULATION DES PERSONNES

La Suisse et l'Union européenne ont signé sept accords bilatéraux, dont l'accord sur la libre circulation des personnes. Ces accords sont entrés en vigueur le 1er juin 2002.

Suite à l'approbation par le peuple suisse le 25 septembre 2005 de l'extension de l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne, la coordination de sécurité sociale entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne (application des règlements (CEE) 1408/71 et (CEE) 574/72)) a été étendue aux nouveaux Etats membres.

Le nouveau règlement (CE) 883/2004 est entré en vigueur dans les relations avec la Suisse le 1er avril 2012.

Quant aux règlements portant extension de la coordination européenne aux ressortissants d'Etats tiers, la Suisse n'est pour le moment pas en mesure de le reprendre.

L'accord sur la libre circulation des personnes prévoit l'introduction progressive de la libre circulation des personnes exerçant ou non une activité lucrative et une reconnaissance mutuelle des diplômes et des certificats professionnels. Il permet d'acquérir plus facilement des biens immobiliers et enfin - aspect important s'il en est - assure une coordination en matière de sécurité sociale.

20.1 Les objectifs de l'accord sont :

- l'égalité de traitement ;
- la garantie du droit d'entrée sur le territoire des Parties contractantes (annexe I) ;
- le droit de séjour et d'accès à une activité économique (annexe I) ;
- faciliter les prestations de services (annexe I) ;
- le droit de séjour pour les personnes n'exerçant pas d'activité économique (annexe I);
- la reconnaissance mutuelle des diplômes (annexe III) ;
- la coordination des systèmes de sécurité sociale (annexe II et son protocole).

Ces objectifs :

- visent les ressortissants suisses et les ressortissants de l'Union européenne ;
- couvrent les territoires de l'Union européenne et de la Suisse ;
- et s'appliquent selon le principe de la réciprocité.

Des dispositions spéciales, restrictives et transitoires sont prévues à l'article 10 et à l'annexe I de l'accord.

20.2 Reprise de l'acquis communautaire

La coordination des systèmes de sécurité sociale est réglée à l'annexe II de l'accord qui énumère les actes communautaires appliqués entre les Parties contractantes tels qu'en vigueur à la date de la signature de l'accord à savoir le 21 juin 1999.

La jurisprudence intervenant après la signature de l'accord est communiquée à la Suisse et le comité mixte établi par l'accord détermine les implications de cette jurisprudence pour l'application de l'accord.

De même les Parties contractantes sont tenues de s'informer mutuellement sur des modifications législatives internes et il appartient au comité mixte de prendre une décision pour modifier les annexes. En principe, ces modifications entrent en vigueur aussitôt après cette décision. Cette procédure de révision de l'annexe sur la coordination des systèmes de sécurité sociale peut donc entraîner des décalages dans l'application de l'acquis communautaire.

Dès lors le règlement (CE) 883/2004 s'applique, sauf quelques exceptions, en particulier liées à certaines jurisprudences de la Cour de justice européenne que la Suisse n'a pas acceptées, notamment la jurisprudence Kohll/Decker. Par ailleurs les ressortissants des pays tiers sont exclus du champ d'application personnel.

20.3 Spécificités de la coordination

L'accord prévoit explicitement quelques spécificités concernant l'application de la coordination dans les relations avec la Suisse qui sont inscrites à l'annexe XI du règlement (CE) 883/2004.

Il s'agit en l'occurrence :

- des possibilités de contracter des assurances volontaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité suisse ;
- de l'assurance obligatoire et possibilités d'exemption dans l'assurance maladie suisse ;
- de l'octroi de soins de santé et des indemnités journalières par les assureurs suisses ;
- du maintien à l'assurance invalidité suisse.

Le protocole à l'annexe II de l'accord a trait aux allocations pour impotents et à la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité et il prévoit des dispositions dérogatoires en matière d'assurance chômage pour les travailleurs salariés titulaires d'un titre de séjour suisse d'une durée inférieure à un an.

20.4 Echange d'information entre institutions

Les formulaires européens sont également à utiliser dans les relations avec la Suisse.

Autres instruments multilatéraux de coordination internationale

27

L'analyse de ce chapitre portera sur les instruments multilatéraux de coordination en matière de sécurité sociale qui ont été élaborés par diverses enceintes internationales, notamment par le Conseil de l'Europe.[1)]

1 INSTRUMENTS DE COORDINATION DU CONSEIL DE L'EUROPE [2)]

1.1 Accords intérimaires européens

Il s'agit de l'accord intérimaire européen concernant la sécurité sociale à l'exclusion des régimes relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants et de l'accord intérimaire européen concernant les régimes de sécurité sociale relatifs à la vieillesse, à l'invalidité et aux survivants.

Négociées dans le cadre du Conseil de l'Europe, ces conventions concernent l'une les prestations autres que les pensions, l'autre les pensions. Elles sont applicables aux ressortissants des Etats membres du Conseil de l'Europe ayant ratifié ces accords. Il s'agit en l'occurrence des pays suivants: Allemagne, Belgique, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, France, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède, Tchéquie et Turquie. Ces accords ont pour objet l'égalité de traitement et l'application des conventions bilatérales aux ressortissants de ces Etats.

Les principes généraux des accords intérimaires sont les suivants:

- égalité de traitement pour les ressortissants des Parties contractantes qui résident sur le territoire de l'une des autres Parties contractantes;

---

1) *En ce qui concerne les instruments normatifs du Conseil de l'Europe, il est renvoyé au chapitre 30 - "Les instruments normatifs internationaux".*

2) *En ce qui concerne les travaux internationaux du Conseil de l'Europe en matière de cohésion sociale, il est renvoyé au chapitre 30 - "La collaboration internationale en matière de protection sociale".*

- extension aux ressortissants des Parties contractantes des avantages découlant des conventions bilatérales ou multilatérales de sécurité sociale conclues entre deux ou plusieurs Parties contractantes.

A partir de l'entrée en vigueur de la convention européenne de sécurité sociale les accords intérimaires cessent d'être applicables dans les relations entre Etats membres du Conseil de l'Europe ayant ratifié cette convention.

Alors que la convention européenne de sécurité sociale et les règlements communautaires 1408/71 et 883/2004 se sont substitués aux accords intérimaires, ceux-ci ne s'appliquent donc plus, en ce qui concerne le Luxembourg.

1.2 Convention européenne de sécurité sociale et l'accord complémentaire pour l'application de la convention européenne de sécurité sociale

Ces deux instruments s'appliquent dans les relations entre l'Autriche, le Luxembourg, la Turquie, les Pays-Bas, le Portugal, la Belgique, l'Espagne et l'Italie.

Comme dans les relations des pays membres de l'Union européenne, les règlements communautaires 1408/71 et 883/2004 se sont substitués à la convention européenne, celle-ci s'applique donc, en ce qui concerne le Luxembourg, aux ressortissants turcs. A noter cependant que dans les relations bilatérales directes entre le Luxembourg et la Turquie, une convention bilatérale s'applique depuis le 1 er juin 2006.

La conception de ces instruments est le résultat d'un compromis entre une conception limitée de la coordination, inspirée des accords intérimaires de sécurité sociale (1953) en vigueur entre 17 Etats membres, et une conception large influencée par les règlements de l'Union européenne, concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, la première visant à faire de ces instruments l'énoncé de principes généraux de coordination sans préciser les modalités d'application eu égard aux diverses législations considérées, la seconde visant à imposer l'application immédiate et simultanée de formules de coordination très développées pour toutes les branches et tous les régimes de sécurité sociale en cause.

L'inadaptation de l'une ou de l'autre de ces conceptions aux problèmes à résoudre a favorisé l'adoption d'une solution au terme de laquelle la convention européenne de sécurité sociale n'est applicable dès son entrée en vigueur que pour une partie de ses dispositions, alors que l'application d'autres dispositions est subordonnée à la conclusion ultérieure d'accords bilatéraux ou multilatéraux ad hoc entre parties contractantes.

L'accord complémentaire est destiné à assurer l'application des dispositions de la convention; toutefois, les parties contractantes conservent la faculté de fixer d'un commun accord en ce qui les concerne des modalités d'application différentes.

1.3 Convention européenne d'assistance sociale et médicale

Cette convention, préparée et signée en même temps que les accords intérimaires, les complète en quelque sorte.

La convention est également assortie d'un protocole qui étend les dispositions de celle-ci aux réfugiés tels qu'ils sont définis dans la convention de Genève de 1951.

Signée le 11 décembre 1953, la convention et son protocole additionnel sont entrés en vigueur le 1er juillet 1954. La convention lie actuellement 17 Etats: Belgique, Danemark, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Turquie, Royaume-Uni. Le protocole lie les mêmes Etats, à l'exception de Malte qui a signé le protocole, mais ne l'a pas encore ratifié.

La convention et son protocole sont des instruments ouverts aux Etats non membres du Conseil de l'Europe. L'adhésion d'un État non membre du Conseil de l'Europe à cette convention permettrait de voir étendre à tous ses ressortissants le bénéfice des prestations d'assistance sociale et médicale accordées par les Parties contractantes liées par cette convention, pour autant que ses ressortissants résident ou séjournent sur le territoire de l'une ou l'autre de ces Parties.

La convention supprime les discriminations entre les nationaux d'une Partie contractante et les nationaux d'autres Parties contractantes légalement autorisés à demeurer ou à résider sur son territoire. En vertu de cet instrument, chaque Partie contractante prend des dispositions pour que les nationaux des autres Etats qui résident en séjour régulier sur leur territoire et qui sont dans le besoin, reçoivent l'assistance sociale et médicale sur une base d'égalité absolue avec ses propres nationaux.

La convention spécifie qu'il faut entendre sous l'expression "assistance sociale et médicale" toute assistance prévue par les lois et les règlements édictés par chaque Partie contractante et tendant à accorder aux personnes démunies de ressources suffisantes les moyens d'existence ainsi que les prestations en espèces et en nature que nécessite leur état.

La convention et le protocole contiennent par ailleurs des clauses relatives au rapatriement des malades et des indigents. En cette matière, elles stipulent qu'une Partie contractante ne peut rapatrier un ressortissant d'une autre Partie contractante résidant en séjour régulier sur son territoire pour le seul motif que l'intéressé a besoin d'assistance.

Certaines dérogations à cette règle sont cependant prévues dans des cas très limités (et qui peuvent justifier par le souci d'éviter certains abus).

2 SÉCURITÉ SOCIALE DES BATELIERS RHÉNANS[1)]

Le régime de sécurité sociale des bateliers rhénans et de leurs familles après la seconde guerre mondiale est limité à une catégorie spécifique de travailleurs, qui, pour n'être pas très importante en nombre, puisqu'elle compte 30 à 40 000 bateliers rhénans, n'en constitue pas moins un champ d'expérience privilégié dans le domaine de la protection sociale et a permis le développement de dispositions remarquables à de nombreux égards, tant sur le plan historique, que du contenu du régime et des structures institutionnelles mises en place .

Révisé plusieurs fois, l'accord sur la sécurité sociale des bateliers rhénans a servi de modèle à la mise au point de l'accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure adopté par la plupart des Etats fluviaux d'Europe centrale et orientale et de l'Ouest.

2.1 Historique

Il n'est pas étonnant qu'en raison du caractère itinérant très marqué de la profession, les problèmes particuliers des bateliers rhénans au regard de leur protection sociale soient apparus relativement tôt. Relativement, car avant la première guerre mondiale la commission centrale pour la navigation du Rhin (CCNR) ne se préoccupait de la protection sociale que sous l'angle de l'impact possible des mesures sociales sur la libre navigation. Il s'agissait, par exemple, de savoir si les disparités entre les législations des Etats riverains ou les redevances perçues par le Reich allemand sur la navigation étrangère en vue de la protection sociale des bateliers constituaient une entrave à la libre navigation.

Il faut préciser que la CCNR, dont la création a été décidée par le Congrès de Vienne en 1815 et qui se trouve être aujourd'hui la plus ancienne organisation intergouvernementale existante, avait compétence notamment pour délibérer sur toute proposition concernant la prospérité de la navigation rhénane et pour recevoir toutes plaintes émanant de particuliers, d'associations ou de gouvernements, concernant l'application de l'Acte de Mannheim et des principes y contenus, telle la liberté de navigation et l'égalité de traitement.

Puis, au début du XXème siècle, l'idée de protection sociale gagnant du terrain, la Commission Centrale prêta en 1929 toute son attention à une requête d'armateur sur les situations anormales résultant de l'application au personnel naviguant sur le Rhin de différentes lois sociales. Entre-temps, le traité de Versailles, qui avait d'ailleurs étendu les principes de libre navigation et d'égalité de traitement aux pavillons de toutes les nations, avait chargé l'OIT "de la défense des intérêts des travailleurs occupés à l'étranger." La

---

1) Extrait d'un document préparé par Monsieur, A. BOUR secrétaire du Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans, pour la réunion du comité normatif du Conseil de l'Europe (CSCR) en 2002, modifié et complété sur certains points par rapport à l'original.

requête relevait que chaque nation applique strictement aux flottes battant son pavillon ses propres lois d'assurances sans se préoccuper des régimes d'assurance auxquels avaient déjà été soumis les nouveaux inscrits. Chaque individu, en changeant de pavillon, risquait donc de perdre ou de voir réduire le bénéfice de tous versements antérieurs faits, soit par lui-même, soit par les entreprises qui l'ont employé. La requête concluait en demandant à la Commission Centrale de provoquer la rédaction d'un "contrat de réciprocité" entre les Etats riverains en matière d'assurance sociale.

Mais la Commission Centrale décida de transmettre la question au Bureau International du Travail et à la Commission des communications et du Transit, ce qui eut pour résultat d'étendre le problème indéfiniment dans l'espace international en lui faisant perdre son caractère rhénan.

Le 28 février 1947, le Comité des Armateurs français du Rhin, considérant notamment qu'une convention internationale était désirable pour coordonner pratiquement les législations sociales qui pouvaient alors s'appliquer concurremment à celles applicables aux bateliers du Rhin, émit le vœu qu'une convention soit conclue, sous l'égide de la Commission Centrale du Rhin, entre les Etats qui y sont représentés, afin de créer une base juridique solide au régime international des assurances sociales des bateliers du Rhin, avec faculté d'adhésion pour les autres Etats dont les ressortissants viendraient à naviguer régulièrement sur le Rhin.

C'est ainsi que, sous l'impulsion aussi de la Fédération internationale des ouvriers du transport, une conférence entre Etats riverains du Rhin fut convoquée par l'OIT en 1949 (il convient de signaler que c'était la première fois que des représentants de la RFA assistaient à une réunion d'une organisation spécialisée des Nations Unies).

L'Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans adopté par la Conférence fut ainsi le premier instrument de coordination des législations de sécurité sociale pour les 45 000 bateliers rhénans et les membres de leur famille.

Cet instrument, entré en vigueur le 1 er juin 1953, était applicable aux bateliers rhénans salariés ressortissants de l'une des Parties contractantes ou d'un autre Etat représenté à la Commission Centrale pour la Navigation du Rhin ou apatrides, et aux membres de leur famille. Il s'étendait à toutes les branches de la sécurité sociale.

L'égalité totale de traitement était prévue entre nationaux et non nationaux. Tout batelier faisant partie de l'équipage d'un bâtiment rhénan, y compris les

personnes à sa charge au regard de la législation sociale, était sans distinction de nationalité assujetti à une seule loi de sécurité sociale, celle de l'Etat contractant où se trouvait le siège d'exploitation de l'entreprise ou, à défaut, le domicile de l'armateur. A défaut d'un domicile sur le territoire d'un des Etats contractants, la loi applicable était celle de l'Etat contractant dont l'armateur était ressortissant.

Le principe de continuité de la protection faisait l'objet de dispositions détaillées, visant notamment la totalisation des périodes accomplies sous différentes législations pour l'acquisition, le maintien ou le recouvrement des droits et le calcul des prestations.

En matière d'assurance maladie et maternité, l'Accord fixait les critères servant à déterminer à quelle institution incombait la charge des prestations dues. Il prévoyait aussi que les prestations en nature pour les bateliers rhénans tombés malades dans un Etat contractant autre que l'Etat compétent étaient servies par l'institution du lieu de leur résidence, à la charge de l'institution compétente.

En 1961, a été opérée une première révision de l'instrument, justifiée par la nécessité de l'adapter au règlement no 3 du Conseil de la Communauté économique européenne, qui avait arrêté entre-temps des méthodes plus perfectionnées de coordination. En conséquence, les dispositions de l'Accord révisé du 13 février 1961 s'harmonisaient très étroitement avec celles du règlement no 3, sous réserve des adaptations nécessitées par la situation particulière des bateliers rhénans et la participation de la Suisse, Etat contractant n'appartenant pas à la CEE.

L'Accord révisé, après avoir été ratifié par les Etats contractants du premier Accord et le Luxembourg, est entré en vigueur le 1 er février 1970. Comme son prédécesseur, il a exercé une influence notable sur le développement de la coordination multilatérale, en particulier lors de la révision du règlement no 3 de la CEE et de l'élaboration de la Convention européenne de sécurité sociale du Conseil de l'Europe.

Et l'histoire se répète, les mêmes causes entraînant les mêmes effets, une seconde révision fut entreprise en 1975 pour intégrer à nouveau les dispositions utiles du règlement 1408/71 de l'Union européenne et de la Convention européenne de sécurité sociale du Conseil de l'Europe, dans la forme la plus élaborée et de la manière la plus favorable, dans l'ensemble, aux bateliers rhénans. Le nouvel Accord tient évidemment compte de l'évolution actuelle des régimes de sécurité sociale et des tendances qui se dessinent dans chacun des pays intéressés. C'est cette révision, réalisée avec le concours technique du BIT, qui a abouti à l'adoption, le 30 novembre 1979, de l'Accord actuel concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans.

Celui-ci est entré en vigueur le 1er décembre 1987, et, entre-temps, un arrangement administratif fixant les modalités d'application de l'Accord a été mis au point.

Avec l'entrée en vigueur au 1 er mai 2010 du règlement (CE) 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, ce dernier s'est substitué à l'accord sur la sécurité sociale des bateliers rhénans. Cependant, par le moyen d'un accord dérogatoire, l'accord a été maintenu en vigueur en ce qui concerne les articles 11 à 13 qui concernent la législation applicable et qui

retiennent le critère du siège d'exploitation de l'entreprise pour déterminer le régime de sécurité sociale applicable au personnel navigant.

2.2 Accord dérogatoire conclu sur base de l'article 16 du règlement (CE) 883/2004 en ce qui concerne la législation applicable pour les bateliers rhénans

Un accord dérogatoire a récemment été signé entre les Etats membres du Centre administratif pour la Sécurité sociale des bateliers rhénans qui sont aussi membres de l'Union européenne (UE), sur la base de l'article 16 du règlement (CE) 883/2004. Cet accord est entré en vigueur le 11 février 2011 et est appliqué dans les Etats signataires à compter du 1 er mai 2010.

Il a pour objectif de déroger aux règles de détermination de la législation applicable figurant aux articles 11 à 13 du règlement européen et d'y substituer les règles de détermination de la législation applicable contenues dans l'Accord rhénan (notamment son article 11).

A noter que le règlement (CE) 1408/71 prévoyait expressément que les bateliers rhénans étaient régis par l'Accord rhénan. Cette dérogation n'est plus prévue dans le règlement (CE) 883/2004.

Il n'est pas contesté que les dispositions relatives à la détermination de la législation applicable contenues dans le règlement (CE) 883/2004 sont mal adaptées aux professions très mobiles comme les professions du transport. La commission européenne s'est d'ailleurs engagée à transmettre une communication sur le sujet afin d'adapter les règles du règlement à la situation de cette catégorie professionnelle particulière.

Ce constat vaut tout particulièrement pour les bateliers rhénans qui bénéficient sur le Rhin d'une liberté de circulation totale, à l'inverse des autres voies d'eau européennes sur lesquelles le cabotage reste encore d'accès limité. Les partenaires sociaux ont à cet égard convaincu les délégués gouvernementaux que l'application des règles du règlement (CE) 883/2004 aux bateliers rhénans entraînerait des complications pratiques ingérables pour les entreprises et incontrôlables pour les autorités publiques. L'application des règles de l'Accord rhénan garantit une plus grande sécurité juridique.

C'est pourquoi, dans l'attente d'un règlement plus général de la situation des travailleurs mobiles sur la base d'une communication de la commission européenne, les Etats membres de l'Union Européenne et du Centre administratif pour la Sécurité sociale des bateliers rhénans ont décidé de conclure un accord dérogatoire afin de ne pas modifier la situation des bateliers rhénans, profession déjà fragilisée par la crise de 2009.

Suite à la conclusion de cet accord, la situation des bateliers rhénans peut être résumée selon les termes suivants :

- Pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant sur le territoire des Etats parties

  Avec l'application du nouveau règlement (CE) 883/2004, l'Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans de 1979 (Accord rhénan) n'était plus applicable entre les Etats signataires qui sont également membres de l'Union européenne (B, D, F, L, NL), car contrairement à l'ancienne réglementation (CE) 1408/71, la nouvelle réglementation ne prévoit plus la primauté de l'Accord rhénan.

  Compte tenu de la longue tradition et du caractère particulier de la navigation rhénane, les États signataires de l'Accord rhénan qui sont également membres de l'Union européenne se sont toutefois accordés sur la conclusion d'un accord conformément à l'article 16 du règlement (CE) 883/2004. Conformément à cet accord, les personnels navigants travaillant sur le Rhin restent rattachés au régime de sécurité sociale de l'Etat membre sur le territoire duquel est établie l'entreprise ou la société qui assure effectivement l'exploitation du bateau.

  Avec effet rétroactif au 1er avril 2012, la Suisse a également accepté l'accord dérogatoire.

- Pour ce qui concerne les bateliers rhénans résidant hors du territoire de l'Union européenne (ex: résident philippin ou indonésien), l'Accord rhénan continue de s'appliquer dans l'ensemble des Etats contractants.

Le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans s'occupe de l'application concrète de ces dispositions. C'est un organe tripartite où délégués gouvernementaux et partenaires sociaux ont la possibilité d'échanger sur les règles de protection sociale appliquées à un secteur souvent délaissé au sein d'instances à vocation plus générale. Il continue de se réunir régulièrement à Strasbourg afin d'affiner encore les règles de détermination de la législation applicable aux bateliers rhénans, et d'en évaluer la bonne application dans un contexte européen. Le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans reste bien sûr disposé à exposer la teneur et la vocation de ses travaux auprès de la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, par la voix de son Président. Le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans constitue une instance de réflexion utile permettant de dégager des solutions adaptées à un secteur d'activité souvent méconnu malgré son importance pour la croissance économique européenne. Parallèlement, le Centre administratif pour la sécurité sociale des bateliers rhénans tiendra compte de toutes les réflexions menées au sein de l'Union européenne à l'égard des autres catégories de travailleurs

mobiles, dans le souci de retenir des règles aussi unifiées que possible pour l'ensemble des catégories professionnelles.

2.3 L'Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure

Le centre administratif de la sécurité sociale pour les bateliers rhénans avec l'appui du BIT a tenu à Strasbourg du 22 au 26 mars 1992 une Conférence d'adoption d'un Accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure avec la participation de représentants des Etats européens reliés au Rhin et au Danube par une voie de navigation intérieure (l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, la France, la Hongrie, le Luxembourg, la Moldavie, les Pays-Bas, la Pologne, la Roumanie, la Russie, la Slovaquie, la Slovénie, la Suisse, la Tchéquie (en qualité d'observateur) et l'Ukraine.

L'Accord européen qui a été adopté est le premier instrument multilatéral associant en la matière les Etats de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe centrale et orientale. Il représente un exemple de coopération, une réalité pour l'homme au travail, le batelier itinérant et traduit la conscience de l'intérêt commun des riverains et aménage un espace de coopération transfrontalière.

La conférence d'adoption a reconnu que l'objectif de cet Accord est d'assurer l'égalité de traitement entre les bateliers et les membres de leur famille, de manière à éliminer toute discrimination de nationalité, de déterminer la législation de sécurité sociale applicable en vue de résoudre les conflits de lois possibles, ainsi que de garantir la conservation des droits à prestations acquis et en cours d'acquisition, quels que soient les lieux de résidence ou de séjour des intéressés et quelles que soient les législations des Parties contractantes auxquelles ils auront été soumis.

L'Accord adopté bénéficie des améliorations intervenues sur le plan de la coordination internationale tant par l'Accord rhénan concernant la sécurité sociale que des règlements communautaires sur les travailleurs migrants ou de la convention européenne du Conseil de l'Europe. La participation des pays de l'Europe centrale et orientale correspond également au désir de ces Etats de se rapprocher du niveau des normes des pays de l'Ouest.

Se fondant sur le précédent de l'Accord concernant la sécurité sociale des bateliers rhénans, l'Accord européen sur la navigation intérieure a créé une institution à caractère tripartie (associant les représentants des gouvernements, des employeurs et des employés de la navigation intérieure), le "centre administratif de sécurité sociale pour les bateliers européens".

Le siège du centre administratif européen a été fixé à Strasbourg dans les locaux de la CCNR, au Palais du Rhin. L'Accord prévoit que le Secrétariat du Centre sera assuré conjointement par le Secrétariat de la Commission Centrale pour la Navigation du Rhin et le Secrétariat de la Commission du Danube.

Le Luxembourg a signé, mais non encore ratifié l'accord européen concernant la sécurité sociale des bateliers de la navigation intérieure.

Comme actuellement seule la Bulgarie a ratifié l'instrument, il n'a pas encore pu entrer en vigueur.

2.4 L'Accord rhénan se distingue également par les structures mises en place

Un centre administratif de sécurité sociale pour les bateliers rhénans qui avait été créé à l'origine pour apporter aide aux personnes intéressées à l'application de l'Accord, notamment aux bateliers rhénans et aux membres de leur famille, en vue du règlement pratique des situations individuelles, en liaison avec les autorités et institutions compétentes des Parties contractantes en cause, a vu ses compétences élargies notamment aux questions d'interprétation ou d'application des dispositions de l'Accord et de son arrangement administratif.

Avec la création du centre administratif, a été créé un outil administratif destiné à gérer bien sûr l'Accord rhénan, mais aussi à être opérationnel vis-à-vis des bateliers et des membres de leur famille, des gouvernements ou des organismes de liaison. Rien d'étonnant à ce que, répondant en particulier au souhait syndical, sa composition ait un caractère tripartite. Le centre administratif est composé, en effet, pour chacune des Parties contractantes, c'est-à-dire l'Allemagne, la Belgique, la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et la Suisse, de deux représentants gouvernementaux, d'un représentant des employeurs de la batellerie rhénane et d'un représentant des bateliers rhénans salariés. Les représentants non gouvernementaux sont désignés par les gouvernements, en accord avec les organisations les plus représentatives. Le secrétariat du centre administratif est assuré par le secrétariat général de la commission centrale pour la navigation du Rhin. Le budget du centre administratif est alimenté par parts égales, par ses Etats membres.

3 LA CONVENTION EUROPÉENNE CONCERNANT LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS DES TRANSPORTS INTERNATIONAUX

Cette convention est ouverte à la signature de tout Etat européen membre de l'organisation internationale du travail. Actuellement cette convention lie la Belgique, la France, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Pologne et la Turquie.

Cet instrument a pour but de garantir une protection efficace des travailleurs occupés dans les transports internationaux par terre, air et dans la navigation intérieure, lorsqu'ils ont besoin des prestations de sécurité sociale, en cas de maladie, de maternité, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de décès, et lorsqu'ils se trouvent sur le territoire d'une Partie contractante autre que celle du pays dont la législation leur est applicable.

Conventions bilatérales de sécurité sociale

28

Le présent chapitre traite des conventions bilatérales en matière de sécurité sociale conclues par le Luxembourg avec des Etats qui ne font pas partie de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, ainsi que des conventions bilatérales conclues avec certains pays de l'Union européenne, mais où il y a des particularités par rapport au droit communautaire.

Dans les relations entre les Etats de l'Union européenne, les règlements communautaires (CE) 883/2004 et 987/2009 se sont substitués à toute convention de sécurité applicable entre ces Etats et le Luxembourg. Toutefois, certaines dispositions de conventions de sécurité sociale qu'un certain nombre des Etats membres ont conclues avec le Luxembourg avant la date d'application des règlements restent applicables, pour autant qu'elles soient plus favorables pour les bénéficiaires ou qu'elles découlent de circonstances historiques spécifiques et ont un effet limité dans le temps. Pour être maintenues en vigueur, les dispositions en question doivent figurer en annexe des règlements.

1 GÉNÉRALITÉS CONCERNANT LES RELATIONS BILATÉRALES[1)]

1.1 Conventions bilatérales existantes

Le Luxembourg est lié par des conventions bilatérales avec les pays suivants : Albanie, Argentine, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Canada, Cap-Vert, Chili, Etats-Unis d'Amérique, Inde, Macédoine, Moldavie, Maroc, Monténégro, Québec, Serbie, Tunisie, Turquie et Uruguay.

---

1) Avec des pays qui ne sont pas membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen. En raison de l'accord d'association UE-Suisse, le règlement (CE) 883/2004 s'applique dans nos relations avec la Suisse.

1.2 Conventions bilatérales en cours de ratification

Une nouvelle convention plus moderne et plus adéquate avec le Brésil a été ratifiée par le Luxembourg ; la procédure de ratification parlementaire est toujours en cours au Brésil.

La convention de sécurité sociale signée avec le Japon a été ratifiée dans les deux pays, mais elle n'est pas encore en vigueur alors que la procédure de notification réciproque n'est pas encore terminée.

La Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République des Philippines, signée à Luxembourg, le 15 mai 2015 a été approuvée par la loi du 29 novembre 2016. La convention n'est cependant pas encore ratifiée du côté des Philippines.

Des conventions ont été finalisées avec la Chine et la Corée, mais elles ne sont pas encore signées et la procédure de ratification n'est pas encore entamée.

1.3 Principes

Toutes ces conventions bilatérales sont régies par les principes de l'égalité de traitement, de la totalisation des périodes d'assurance et de l'exportation des prestations.

Quant à la détermination de la législation applicable, des dispositions similaires à la réglementation européenne sont généralement prévues dans les conventions bilatérales. Le principe de la loi du lieu de travail s'applique et des dispositions spécifiques sont prévues pour les marins et le personnel des entreprises de transports.

Le principe du détachement est prévu dans toutes les conventions bilatérales. A noter que la durée retenue varie en fonction des diverses conventions.

	Durée du détachement	Période supplémentaire
Albanie	24 mois	à convenir
Argentine	12 mois	12 mois
Bosnie-Herzégovine	12 mois	12 mois
Brésil	36 mois	/
Canada	24 mois	à convenir
Cap-Vert	12 mois	12 mois
Chili	12 mois	12 mois
Etats-Unis	60 mois	/
Inde	60 mois	24 mois/
Macédoine	12 mois	12 mois
Maroc	12 mois	12 mois
Moldavie	12 mois	12 mois
Monténégro	12 mois	12 mois
Québec	24 mois	à convenir
Serbie	24 mois	12 mois
Tunisie	24 mois	à convenir
Turquie	12 mois	12 mois
Uruguay	12 mois	12 mois

A noter que dans les relations avec le Chili, les personnes soumises à la législation luxembourgeoise et envoyées en tant qu'agent de la coopération ou en tant que coopérant sur le territoire du Chili, demeurent soumises à la sécurité sociale luxembourgeoise.

Pour les gens de mer, toutes les conventions prévoient que le pavillon du bateau détermine le système de sécurité sociale, à l'exception des conventions avec l'Inde, l'Uruguay et l'Argentine qui retiennent le critère de la résidence.

1.4 Champ d'application

1.4.1 Personnel

Les conventions bilatérales sont applicables à toutes les personnes qui sont ou ont été assurées dans une des parties concernées, sans distinction de nationalité, à l'exception des conventions avec le Brésil et le Cap-Vert qui s'appliquent uniquement aux ressortissants des Parties contractantes.

Le champ d'application personnel des conventions avec le Maroc et la Tunisie vise uniquement les ressortissants des deux pays, mais le Luxembourg a fait la déclaration unilatérale suivante : " Le Gouvernement luxembourgeois est conscient de ses obligations communautaires issues de la jurisprudence de la Cour de justice européenne dans l'affaire Gottardo (référence C-55/00) et appliquera la présente convention sans distinction de nationalité pour les ressortissants de l'Union européenne, pour autant que ceci n'impose pas de charge à la Partie marocaine/tunisienne ".

Toutes les conventions sont applicables aux salariés et aux travailleurs indépendants à l'exception de la convention avec l'Inde qui s'applique uniquement aux salariés en ce qui concerne la partie indienne.

1.4.2 Matériel

Les règles de coordination prévues dans les conventions sont identiques à celles retenues dans le règlement (CE) 883/2004 de l'Union européenne, sauf les exceptions relevées ci-après :

Toutes les conventions couvrent les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survie, sans exception, et certaines conventions couvrent également l'assurance maladie et l'assurance accident, sauf celles avec l'Albanie, l'Argentine, le Brésil, le Canada, le Chili, les Etats-Unis, l'Inde, la Moldavie et l'Uruguay qui règlent ni le service des soins de santé, ni les prestations dues en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Par ailleurs, à part les conventions avec le Canada et le Cap-Vert, toutes les conventions prévoient la possibilité de contracter une assurance maladie volontaire continuée, notamment en faveur des bénéficiaires de pension qui ne sont pas couverts par le pays débiteur de la pension pour les soins de santé.

A l'exception des conventions avec le Brésil, le Chili et les Etats-Unis, les textes prévoient, en matière de pensions, la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant le Luxembourg que le pays partenaire est lié par un instrument bi- ou multilatéral de coordination de sécurité sociale prévoyant des règles de totalisation.[1)]

Pour ce qui est des indemnités de chômage, les instruments ne visent que la totalisation des périodes pour l'ouverture des droits (pas d'exportation des prestations) ; certains prennent en compte les membres de famille résidant à l'étranger pour la majoration du taux de chômage pour enfant à charge.

L'exportation des allocations familiales est seulement prévue dans la convention avec le Cap-Vert. Les conventions avec l'Argentine, la Bosnie-Herzégovine, la Macédoine, le Maroc, la Moldavie, le Monténégro, la Serbie, la Tunisie, la Turquie et l'Uruguay prévoient que les prestations familiales sont accordées d'après la législation du pays de résidence de l'enfant (pas d'exportation).

Aucune convention bilatérale ne contient des dispositions relatives aux prestations de dépendance	Assurance maladie-maternité	Assurance maladie volontaire	Assurance accidents et maladies profession-nelles	Assurance dépendance	Assurance pension	Totalisation périodes Etats tiers	Prestations familiales	Prestations chômage
Albanie		x			x	x		
Argentine		x			x	x	x	
Bosnie-Herzégovine	x	x	x		x	x	x	x
Canada					x	x		
Cap-Vert	x		x		x	x	x	
Chili		x			x			
Etats-Unis		x			x			
Inde		x			x	x		
Macédonie	x	x	x		x	x	x	x
Maroc	x	x	x	x	x	x	x	x
Moldavie		x			x	x	x	
Québec	x	x	x		x	x		
Serbie	x	x	x		x	x	x	x
Tunisie	x	x	x	x	x	x	x	x
Turquie	x	x	x		x	x	x	x
Uruguay		x			x	x	x	

1) *Avec certains pays de l'Union européenne ou l'Espace économique européen, le Luxembourg est lié également par une clause de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers ; il s'agit des pays suivants : la Bulgarie, la Croatie, la Finlande, la France, l'Islande, la Roumanie, la Slovaquie, la Slovénie, la Suède et la Tchéquie.*

1.5 Particularités

Dans la convention avec le Chili des dispositions particulières sont prévues en ce qui concerne les réfugiés politiques. Ces derniers ont une option et peuvent choisir en matière de pension la solution la plus favorable : soit l'application de la convention (règles de totalisation et proratisation) soit l'application de la seule législation nationale luxembourgeoise qui permet de mettre en compte comme période assimilée les périodes pendant lesquelles l'intéressé avait le statut de réfugié politique.

La convention avec le Brésil présente des aspects différents de ceux que revêtent les conventions entre pays européens. Il reste cependant entendu que les principes essentiels, à savoir l'égalité de traitement et le transfert des prestations, ont été consacrés formellement. La totalisation des périodes en matière d'assurance pension et la proratisation consécutive des prestations ont été limitées à la législation luxembourgeoise. En outre la convention contient des dispositions particulières visant la législation luxembourgeoise, déterminées par la situation propre des ressortissants luxembourgeois émigrés au Brésil.

1.6 Imposition

En ce qui concerne le traitement fiscal des pensions qui sont exportées, il y a lieu de signaler que les caisses de pension procèdent en principe à une retenue à la source des pensions accordées, sauf si l'administration des contributions demande à ne pas le faire en application des conventions bilatérales de double imposition. De telles conventions sont en vigueur avec tous les pays de l'Union européenne, sauf la Chypre et la Croatie, et les pays suivants avec lesquels le Luxembourg a conclu une convention de sécurité sociale : Brésil, Canada, Etats-Unis, Inde, Macédoine, Maroc, Moldavie, Tunisie et Turquie. La question revêt cependant une importance limitée étant donné que les pensions payées (part luxembourgeoise en cas d'assurance migratoire) tombent souvent en dessous du seuil d'imposition.

2 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA BELGIQUE SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS

2.1 Champ d'application matériel

Les principales dispositions de la convention concernent les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. A titre subsidiaire sont prévues des dispositions particulières concernant l'invalidité et les prestations de naissance.

2.2 Champ d'application personnel

La convention s'applique aux travailleurs frontaliers qui sont des ressortissants d'un pays de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou qui sont des apatrides ou des réfugiés politiques.

2.3 Conception générale en ce qui concerne les soins médicaux

La philosophie à la base de la convention se résume comme suit :

Le service des prestations en nature se fait d'après les règles du droit communautaire. Les prestations en nature sont servies, pour le compte de l'institution du pays d'emploi, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions qu'elle applique. Le travailleur frontalier et les membres de sa famille qui se font traiter en Belgique sont donc remboursés suivant la législation belge, par l'institution d'assurance maladie belge.

Cependant, le texte conventionnel leur garantit un remboursement complémentaire par l'assurance maladie luxembourgeoise. Ce remboursement complémentaire est déterminé forfaitairement sur base du taux de remboursement moyen luxembourgeois.

2.4 Bénéficiaires du complément luxembourgeois

Ont droit au complément luxembourgeois les catégories de personnes suivantes résidant en Belgique

- les travailleurs frontaliers et les membres de leur famille ;
- les anciens travailleurs frontaliers titulaires d'une pension luxembourgeoise, et les membres de leur famille ;
- les anciens travailleurs frontaliers bénéficiaires d'une pension au titre des législations des deux pays et les membres de leur famille ;
- les survivants des titulaires de pension visés ci-dessus ou de travailleurs frontaliers, bénéficiaires d'une pension de survie, et les membres de leur famille ;
- les membres de la famille d'un travailleur frontalier ou d'un titulaire de pension, ancien travailleur frontalier, qui ont un droit prioritaire aux prestations en Belgique à titre de personnes à charge ;
- les personnes qui exercent en Belgique une activité professionnelle indépendante et qui y auraient droit aux prestations du régime général des travailleurs salariés en qualité d'ayant droit du fait que leur revenu est inférieur au seuil prévu par la législation belge[1)].

---

1) Cette disposition est devenue superfétatoire du fait de l'abrogation en Belgique du régime particulier des indépendants qui n'étaient assurés à l'époque que contre les gros risques.

Sous réserve du dernier point sont toutefois exclus :

- les titulaires de pension lorsqu'ils ont droit aux prestations du fait de l'exercice d'une activité professionnelle sur le territoire belge où ils résident ainsi que les membres de leur famille ;
- les membres de famille des assurés qui ont un droit personnel en Belgique.

2.5 Détermination du complément

Pour la détermination du complément, il faut tout d'abord calculer le taux moyen de couverture au Luxembourg. Ce taux moyen équivaut au pourcentage que représente le montant global des prestations en nature remboursées par les caisses luxembourgeoises aux assurés résidant au Luxembourg par rapport au total des tarifs officiels correspondants. A cet effet des corrections doivent être apportées aux statistiques du centre informatique de la sécurité sociale pour éliminer p. ex. les frais de première classe, les convenances personnelles et les autres dépassements des tarifs conventionnels. Le pourcentage ainsi obtenu est appliqué aux relevés individuels établis par les mutualités belges et qui renseignent le tarif belge et le montant du remboursement.

Depuis le 1er janvier 2016 le taux moyen applicable est fixé à 93,8%. Admettons à titre d'exemple que le décompte de la mutualité belge renseigne sous tarif officiel un montant de 248€ et sous remboursement total (prestations d'assurance obligatoire, d'assurance libre et d'assurance complémentaire) un montant de 173€. Le complément s'élèverait dans ce cas à 59,62€ (93,8% de 248 = 232,62 - 173 = 59,62€).

2.6 Extension du droit de bénéficier des prestations sur le territoire compétent

Suivant le droit communautaire (règlement (CE) 883/2004) les frontaliers et leurs membres de famille peuvent bénéficier des prestations tant sur le territoire du pays de résidence que sur le territoire du pays d'emploi et à charge de ce dernier. Ce droit n'est accordé aux anciens travailleurs frontaliers que dans le cas d'un traitement médical en cours ou si l'intéressé a travaillé en tant que frontalier pendant aux moins deux années au cours des cinq années précédant sa retraite.

Par contre la convention belgo-luxembourgeoise accorde ce droit sans condition particulière aux anciens travailleurs frontaliers et aux membres de leur famille.

2.7 Dispositions administratives

Les travailleurs frontaliers et les membres de leur famille doivent s'inscrire à l'institution d'assurance maladie du lieu de leur résidence au moyen du formulaire bilatéral BL1.

Les titulaires de pension, anciens travailleurs frontaliers, qui sont titulaires d'une pension au titre de la législation d'une seule partie et qui résident sur le territoire de l'autre Partie doivent présenter à l'institution du lieu de résidence un formulaire BL2.

Les titulaires de pension, anciens travailleurs frontaliers, qui sont titulaires d'une pension au titre de la législation des deux parties et qui résident en Belgique doivent présenter à leur mutualité belge un certificat BL3, établi par la caisse de pension luxembourgeoise compétente, attestant leur qualité d'ancien travailleur frontalier. Cette attestation leur donne droit ainsi qu'aux membres de leur famille au complément luxembourgeois alors que les prestations restent à charge de la mutualité conformément au règlement (CE) 883/2004.

Enfin les membres de famille d'un travailleur frontalier ou d'un titulaire de pension, ancien travailleur frontalier, auxquels est ouvert un droit prioritaire aux prestations au titre de personnes à charge en vertu de la législation belge ainsi que les personnes qui exercent en Belgique une activité professionnelle indépendante et qui y auraient droit aux prestations du régime général des travailleurs salariés en qualité d'ayant droit du fait que leur revenu est inférieur au seuil prévu par la législation belge doivent présenter à la Caisse nationale de santé un formulaire BL4, établi par la mutualité belge en vue de pouvoir bénéficier du complément luxembourgeois. Les prestations servies par les mutualités belges restent à leur charge conformément aux dispositions du règlement (CE) 883/2004.

En pratique, le bénéficiaire de pension, ancien travailleur frontalier et résidant en Belgique a le choix de se faire traiter en Belgique ou bien au Luxembourg. Deux cas de figure peuvent alors se présenter :

a) Titulaire d'une pension de la part des deux parties contractantes et inscrit auprès d'une mutualité belge moyennant formulaire BL 3 :

- Les frais exposés en Belgique sont remboursés selon la législation belge et le Luxembourg accorde un complément.
- Les frais exposés au Luxembourg sont remboursés selon la législation luxembourgeoise et la caisse de maladie luxembourgeoise se fera restituer l'intégralité de ces frais par la mutualité belge.
- D'un point de vue juridique ce titulaire de pension est un assuré belge et aucun prélèvement de cotisations pour le risque maladie ne sera opéré sur la pension à charge du Luxembourg.

b) *Titulaire d'une pension du Luxembourg exclusivement* et inscrit auprès d'une mutualité belge moyennant formulaire BL 2 :

- Les frais exposés en Belgique sont remboursés selon la législation belge et le Luxembourg accorde un complément.
- Les frais exposés au Luxembourg sont remboursés selon la législation luxembourgeoise sans mécanisme de compensation ultérieure par la mutualité belge.
- D'un point de vue juridique, ce titulaire de pension est assuré contre le risque maladie du chef de sa pension luxembourgeoise et la caisse de pension luxembourgeoise fera des retenues pour l'assurance maladie sur la pension servie par ses soins.

Pour permettre à la Caisse nationale de santé de calculer le complément à verser aux intéressés, les mutualités belges doivent transmettre un relevé BL5 renseignant pour chaque prestation le tarif officiel et le montant total remboursé qui s'y rapporte.

Ce relevé établi séparément pour chaque bénéficiaire doit comprendre tant les prestations remboursées aux intéressés par les mutualités que les prestations payées directement au titre du "tiers payant". Les prestations non prises en charge par l'assurance belge pour des raisons autres que d'ordre médical sont également à renseigner sur le relevé.

La Caisse nationale de santé corrige les relevés

- en remplaçant le montant de l'indemnité funéraire prévue par la législation belge par le montant inscrit dans les statuts de la Caisse nationale de santé ;
- en ajoutant les tarifs luxembourgeois pour les prestations non prévues par la législation belge.

En principe le paiement du complément intervient lors de l'envoi de chaque relevé BL5 par la mutualité belge à la Caisse nationale de santé.

A noter qu'en vertu d'un protocole final à la convention, les dispositions relatives à l'assurance maladie-maternité sont applicables sans distinction de nationalité des personnes concernées.

2.8 Dispositions particulières concernant les prestations de naissance

Le travailleur frontalier a droit aux prestations de naissance prévues par la législation de la Partie contractante sur le territoire de laquelle il réside, et à charge de cette Partie, quel que soit le territoire des deux Parties contractantes sur lequel les enfants sont nés.

Lorsque le lieu de résidence se situe en Belgique, le bénéfice des allocations familiales du régime luxembourgeois est considéré, aux fins de la disposition qui précède, à l'égal du bénéfice des allocations familiales du régime belge.

Les prestations de naissance dues en vertu des dispositions qui précèdent sont payées au Luxembourg par la Caisse nationale des prestations familiales et en Belgique, selon le cas, par l'Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés ou l'institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

3 ACCORD ENTRE LE LUXEMBOURG ET LE PORTUGAL SUR LA RECONNAISSANCE RÉCIPROQUE DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ DES DEMANDEURS DE PENSION

Cet accord apporte une solution aux problèmes de migrants (d'anciens assurés portugais résidant au Luxembourg) qui se plaignaient du fait que leur demande d'octroi d'une pension d'invalidité portugaise était rejetée sur base de la loi nationale portugaise qui les considérait comme capable de travailler, alors qu'en même temps une pension d'invalidité était accordée au Luxembourg en application de la loi nationale luxembourgeoise.

La situation incriminée était le résultat d'une application stricte de la loi interne portugaise et de la réglementation européenne. En effet, la concordance entre les notions d'invalidité dans les deux lois nationales en cause n'est pas prévue dans l'annexe VII du règlement (CE) 883/2004.[1)]

Par voie de conséquence, une décision d'octroi d'une pension d'invalidité prise par une institution luxembourgeoise ne liait pas une institution portugaise saisie d'une pareille demande. Les autorités portugaises étaient tenues, pour déterminer le degré d'invalidité, de prendre en considération les documents et rapports médicaux, ainsi que les renseignements d'ordre administratif recueillis par l'institution luxembourgeoise.

En dehors des difficultés administratives engendrées, la situation était particulièrement préjudiciable pour les assurés qui étaient considérés comme invalides au sens de la loi luxembourgeoise et touchaient une pension de la part de l'institution luxembourgeoise, alors qu'ils étaient considérés comme capables de travailler au sens de la loi portugaise et qu'une pension proportionnelle à leur durée d'affiliation au Portugal leur était refusée.

L'accord bilatéral entre les deux pays a pour objet de régler ces difficultés. En effet, il établit, à défaut d'une concordance, une reconnaissance mutuelle entre les critères d'invalidité luxembourgeois et portugais. Les difficultés et inconvénients décrits ci-avant sont ainsi évités.

---

1) Formellement on vise le règlement (CE) 1408/71 ; mais dans l'esprit il y a lieu de viser aussi le règlement (CE) 883/2004.

3.1 Champ d'application personnel

Pour des raisons administratives, le cercle des personnes concernées est le même que celui prévu par la réglementation européenne. La référence au règlement présente l'avantage que le champ d'application pourra s'adapter aux évolutions futures de la réglementation communautaire.

3.2 Reconnaissance mutuelle de l'invalidité

L'accord retient explicitement le principe de la reconnaissance mutuelle des notions d'invalidité dont l'une repose sur l'idée de l'invalidité professionnelle (Luxembourg), alors que l'autre repose sur l'idée de l'incapacité de gain (Portugal). Ainsi, une décision de reconnaissance de l'invalidité prise par une institution d'un pays s'impose en principe à l'institution de l'autre pays et l'assuré est sûr de pouvoir toucher les deux pensions d'invalidité qui sont chacune proportionnelles à la durée d'assurance dans chacun des deux pays concernés.

Ce mécanisme de reconnaissance s'applique pour les invalidités permanentes. Les invalidités temporaires (maladie de longue durée) ainsi que les incapacités résultant d'un accident du travail (rentes) sont exclues expressément de l'accord.

Une disposition spécifique qui a été introduite dans l'accord à la demande des autorités portugaises, prévoit une certaine limite pour la reconnaissance mutuelle. Cette limite a semblé nécessaire du fait que la législation luxembourgeoise ne se réfère pas à un taux d'invalidité. En effet, le code de la sécurité sociale donne la définition suivante : "Est considéré comme atteint d'invalidité, l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a subi une perte de la capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes".

En abandonnant la référence à un pourcentage de la perte de la capacité de gain, la législation nationale luxembourgeoise permet (en théorie, car la jurisprudence ne va pas dans ce sens) à un assuré d'obtenir une pension avec un taux d'invalidité très faible, mais se trouvant dans l'impossibilité médicale d'exercer sa profession spécifique. En considération de ceci, il a été jugé nécessaire de prévoir dans l'accord qu'il faut au moins un taux d'invalidité de 66,33% pour une reconnaissance mutuelle de l'invalidité. Si le taux est inférieur à cette limite, la procédure de droit commun prévue au règlement (CE) 883/2004 continuera à s'appliquer.

3.3 Procédure administrative

L'institution de la Partie contractante qui fait fonction d'institution d'instruction est seule habilitée à prendre la décision de reconnaissance de l'invalidité. Elle notifie sans délai cette décision à l'institution de l'autre Partie contractante.

A noter qu'une décision négative quant à l'état d'invalidité permanente prise par l'institution d'un État ne porte pas atteinte aux droits éventuels du demandeur de pension au titre de la législation de l'autre Etat.

L'accord règle la reconnaissance mutuelle au moment de l'octroi de la pension d'invalidité. Si les législations nationales prévoient des contrôles médicaux ultérieurs (p. ex. lors d'une procédure de réhabilitation, reprise d'une autre activité), ces mesures pourront être mises en œuvre par l'institution intéressée. L'accord prévoit explicitement qu'une telle mesure n'influence pas la situation de l'assuré au regard du droit interne dans l'autre pays.

Lorsque l'institution d'instruction n'est pas une institution des Parties contractantes et que des institutions des deux Parties contractantes sont en cause, l'institution de la Partie contractante à la législation de laquelle le requérant a été soumis en dernier lieu fait fonction d'institution d'instruction aux seules fins de l'accord.

4 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA FRANCE SUR LA SECURITE SOCIALE ET PROTOCOLE ADDITIONNEL

Cette convention bilatérale entre la France et le Luxembourg est fondée sur les principes et l'esprit du règlement (CE) 883/2004 relatif à la coordination des systèmes de sécurité sociale[1)] et elle complète ses dispositions concernant le service des prestations en nature de l'assurance maladie, la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un Etat tiers, la reconnaissance de l'état de dépendance ainsi que le recouvrement des cotisations et la répétition des prestations indûment versées.

Le champ d'application personnel et matériel est identique à celui du règlement (CE) 883/2004.

La convention accorde aux bénéficiaires de pension résidant en France ou au Luxembourg, le droit de bénéficier de tous les soins de santé sur le territoire de l'autre pays, y compris les soins programmés, sur simple présentation de la carte européenne d'assurance maladie. Cette disposition concerne tant les bénéficiaires d'une seule pension, que les bénéficiaires de pensions au titre des deux législations, ainsi que les membres de la famille des pensionnés. Du côté luxembourgeois, le droit ne sera pas ouvert d'office, mais uniquement sur demande et sur présentation de la carte européenne d'assurance maladie (EHIC) émise par l'institution française du lieu de résidence.

La convention permet aux caisses de pension de prendre en compte, pour autant que de besoin, des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel tant la France que le Luxembourg ont conclu un instrument

---

1) Formellement la convention vise le règlement (CE) 1408/71 ; mais dans l'esprit il y a lieu de viser aussi le règlement (CE) 883/2004.

international en matière de sécurité sociale prévoyant une règle de totalisation. Toutefois, la totalisation de périodes accomplies sous la législation de cet Etat tiers, ne doit pas réduire le montant des droits acquis au titre des seules périodes d'assurance accomplies sous la législation des Etats européens concernés.

La convention crée la base juridique pour une entraide administrative renforcée entre autorités et institutions françaises et luxembourgeoises quant à la reconnaissance de l'état de dépendance. En outre, la convention fixe une règle de priorité en cas de cumul d'une prestation en espèces luxembourgeoise de dépendance avec une prestation en nature française.

La convention prévoit des règles précises pour l'application des procédures d'exécution des décisions judiciaires et définit les conditions et limites dans lesquelles sont reconnus dans l'une des Parties contractantes les décisions et les actes exécutoires rendus par les tribunaux ou les autorités et institutions de l'autre Partie.

Le protocole additionnel à la convention, qui prévoit des règles d'entraide administrative entre les institutions françaises et luxembourgeoises pour le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale. Ces mêmes règles sont applicables en cas de répétition, sur le territoire français ou luxembourgeois, de prestations payées indûment par une institution de l'autre pays.

5 ACCORD ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA FRANCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION ET DE L'ENTRAIDE ADMINISTRATIVE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Cet Accord a été conclu afin d'approfondir la coopération administrative en matière de sécurité sociale entre les autorités et institutions compétentes françaises et luxembourgeoises et de permettre ainsi une meilleure application des règlements de coordination (CE) no 883/2004 et no 987/2009. L'accord, fondé sur les principes et l'esprit desdits règlements, étend et modernise la coopération bilatérale entre le Luxembourg et la France. Il renforce notamment la lutte contre les erreurs et les abus dans le domaine de la sécurité sociale, en particulier dans le domaine de la fraude transnationale aux prestations et aux cotisations de sécurité sociale.

Il contient des dispositions de bonne gouvernance dans les matières du détachement, de la perception des cotisations, de la constatation des revenus pour l'application des dispositions de non-cumul, de la réalité de la résidence pour l'attribution des prestations d'assistance sociale et le contrôle de l'incapacité de travail en cas de résidence en France.

L'accord est complémentaire par rapport au règlement (CE) 883/2004 alors qu'il prévoit des procédures et modalités plus précises pour la collaboration entre institutions, notamment

- l'échange des fichiers informatiques aux fins du rapprochement et de la comparaison des données,
- une collaboration administrative plus poussée avec des délais de réponse pour la transmission d'informations,
- une procédure particulière pour le contrôle de l'incapacité de travail. Ainsi la Caisse nationale de santé peut mandater un médecin de son choix exerçant sur le territoire français aux fins d'effectuer une visite de contrôle au domicile français du salarié. Une telle forme de contrôle n'existe pas dans le droit commun du règlement (CE) 883/2004.

6 CONVENTION ENTRE LE LUXEMBOURG ET LA BELGIQUE SUR LA COOPÉRATION ET L'ENTRAIDE ADMINISTRATIVE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Cette convention a été conclue afin d'approfondir la coopération administrative en matière de sécurité sociale entre les autorités et institutions compétentes belges et luxembourgeoises et de permettre ainsi une meilleure application des règlements de coordination (CE) no 883/2004 et no 987/2009. La convention, fondée sur les principes et l'esprit desdits règlements, étend et modernise la coopération bilatérale entre le Luxembourg et la Belgique. Elle renforce notamment la lutte contre les erreurs et les abus dans le domaine de la sécurité sociale, en particulier dans le domaine de la fraude transnationale aux prestations et aux cotisations de sécurité sociale, du détachement de travailleurs et du contrôle des incapacités de travail.

7 CONVENTIONS BILATÉRALES CONCLUES ENTRE LE LUXEMBOURG ET DES PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE OU DE L'ESPACE ÉCONOMIQUE EUROPÉEN

Le règlement (CE) 1408/71 et le règlement (CE) 883/2004 sont devenus applicables avec un certain nombre de pays avec lesquels le Luxembourg avait conclu une convention bilatérale en matière de sécurité sociale. Les conventions en question ont donc cessé leurs effets :

- depuis le 1er janvier 1994, date d'entrée en vigueur des règles de l'Espace économique européen dans nos relations avec l'Islande et la Norvège,
- depuis le 1er janvier 1995, date de l'adhésion de l'Autriche, de la Finlande et de la Suède à l'Union européenne,
- depuis le 1er mai 2004, date de l'adhésion de la Pologne, de la Slovaquie, de la Slovénie et de la Tchéquie à l'Union européenne,
- depuis le 1er janvier 2007, date de l'adhésion de la Bulgarie et de la Roumanie à l'Union européenne,
- et depuis le 1er juillet 2013, date de l'adhésion de la Croate à l'Union européenne.

Cependant, la nécessité de conclure une nouvelle convention bilatérale avec l'Autriche, la Finlande, l'Islande, la Norvège et la Suède s'était fait ressentir avant l'extension du règlement (CE) 1408/1 aux ressortissants de pays tiers en 2003, alors que le champ d'application personnel dudit règlement était très restrictif à l'époque.

L'objet principal de nos conventions bilatérales avec les pays précités était donc d'étendre le champ d'application et la coordination à des ressortissants de pays tiers. Depuis le 1er juin 2003, les règlements (CE) 1408/71 et (CE) 883/2004 s'appliquent aux ressortissants de pays tiers et les conventions bilatérales sont devenues superfétatoires sur ce point. Cependant elles ont été maintenues en vigueur étant donné qu'elles contenaient d'autres dispositions plus ponctuelles susceptibles de présenter encore un intérêt particulier. Il s'agit notamment des dispositions prévoyant une totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers avec lequel le Luxembourg et l'autre Partie contractante, sont liés par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale. Des dispositions analogues existent dans d'autres conventions bilatérales ce qui fait que le Luxembourg est lié par une disposition de totalisation des périodes d'assurance dans des pays tiers avec les pays suivants : Bulgarie, Croatie, Finlande, France, Islande, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède et Tchéquie.[1)]

En ce qui concerne la Tchéquie et la Slovaquie les anciennes dispositions des conventions bilatérales permettant une option aux réfugiés politiques sont maintenues en vigueur. Ainsi ces réfugiés politiques peuvent choisir la solution la plus favorable : soit l'application de la convention (règles de totalisation et proratisation) soit l'application de la seule législation nationale luxembourgeoise qui permet de mettre en compte comme période assimilée[2)] les périodes pendant lesquelles l'intéressé avait le statut de réfugié politique.

Dans la convention avec la Suède, les procédures exécutoires ont été précisées, ce qui apporte une sécurité juridique supplémentaire aux instances concernées.

8 ECHANGE DE LETTRE EN VUE DE FACILITER L'APPLICATION DES DISPOSITIONS EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE

Avec l'Espagne, le Portugal et l'Italie, il a été convenu d'une procédure pour la constatation des besoins des personnes nécessitant l'aide d'une tierce personne dans les actes courants de la vie pour mieux déterminer les prestations de l'assurance dépendance en cas de résidence sur le territoire des pays en cause.

---

1) Avec certains pays en dehors de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, le Luxembourg est lié également par une clause de totalisation des périodes d'assurance accomplies dans un pays tiers ; il s'agit de l'Albanie, l'Argentine, de la Bosnie-Herzégovine, du Canada, du Cap-Vert, de l'Inde, de la Macédoine, du Maroc, de la Moldavie, du Monténégro, du Québec, de la Serbie, de la Tunisie de la Turquie et de l'Uruguay.

2) Au sens de l'article 172 du Code de la sécurité sociale.

Instruments bilatéraux

Pays	Nature de l'instrument	Lieu et date de signature	Loi d'approbation / Publication	Entrée en vigueur		
ALBANIE	Convention	Luxembourg	27 octobre 2014	5 avril 2016	M. 2016 A 63	1er juillet 2016
ARGENTINE	Convention	Alcala de Henares	13 mai 2010	7 avril 2011	M. 2014 A 75	1er décembre 2014
	Convention	Arlon	24 mars 1994	6 janvier 1995	M. 1995 A 1	1er juin 1995
BELGIQUE	Arrangement administratif	Arlon	24 mars 1994	6 janvier 1995	M. 1995 A 1	1er juin 1995
	Convention de coopération	Bruxelles	5 février 2015	5 avril 2016	M. 2016 A 62	1er octobre 2016
BOSNIE-ET-HERZEGOVINE	Convention	Luxembourg	8 avril 2011	13 avril 2012	M. 2012 A 76	1er décembre 2012
	Arrangement administratif	Luxembourg	8 avril 2011		M. 2016 A 80	1er décembre 2012
BRÉSIL	Convention	Rio de Janeiro	16 septembre 1965	12 juillet 1966	M. 1966 A 36	1er août 1967
BULGARIE*)	Convention	Luxembourg	1er décembre 2004	9 décembre 2005	M. 2005 A 209	1 mars 2006
	Arrangement administratif	Bruxelles	8 décembre 2005			1 mars 2006
CANADA	Convention	Ottawa	22 mai 1986	24 mai 1989	M. 1989 A 37	1er avril 1990
	Avenant	Ottawa	6 février 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 52	1er janvier 1994
	Arrangement administratif	Ottawa	22 mai 1986		M. 1989 A 37	1er avril 1990
CAP VERT	Convention	Luxembourg	24 mai 1989	28 avril 1992	M. 1992 A 28	1er août 1992
	Arrangement administratif	Luxembourg	24 mai 1989		M. 1999 A 28	1er août 1992
CROATIE*)	Convention	Luxembourg	17 mai 2001	29 mai 2003	M. 2002 A 56	1er novembre 2002
	Arrangement administratif	Luxembourg	29 mai 2003			1er novembre 2002
CHILI	Convention	Luxembourg	3 juin 1997	6 avril 1999	M. 1999 A 36	1er juin 1999
	Arrangement administratif	Santiago de Chili	4 décembre 1998		M. 1999 A 36	1er juin 1999
ÉTATS- UNIS D'AMERIQUE	Convention	Luxembourg	12 février 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 52	1er novembre 1993
	Arrangement administratif	Luxembourg	12 février 1992		M. 1993 A 52	1er novembre 1993
FINLANDE*)	Convention	Luxembourg	10 novembre 2000	7 déc. 2001	M. 2001 A 140	1er février 2002
FRANCE*)	Convention	Paris	7 novembre 2005	1er août 2007	M. 2007 A 145	1er septembre 2008
	Protocole additionnel	Paris	7 novembre 2005	1er août 2007	M. 2007 A 145	1er septembre 2008
	Accord de coopération	Echange de lettres	11 avril /17 juin 2011	26 février 2013	M. 2013 A 38	1er novembre 2014
INDE	Convention	Luxembourg	30 septembre 2009	18 avril 2011	M. 2011 A 64	1er juin 2011
	Arrangement administratif	Luxembourg	30 septembre 2009		M. 2016 A 80	1er juin 2011
ISLANDE*)	Convention	Luxembourg	30 novembre 2001	3 décembre 2002	M. 2002 A 136	1er décembre 2004
MACEDOINE	Convention	Luxembourg	28 novembre 2006	19 décembre 2008	M. 2008 A 203	1er mai 2009
	Arrangement administratif	Luxembourg	28 novembre 2006		M. 2016 A 80	1er mai 2009

Pays	Nature de l'instrument	Lieu et date de signature	Loi d'approbation / Publication	Entrée en vigueur		
MAROC	Convention	Luxembourg	2 octobre 2006	1er août 2007	M. 2007 A 146	1er février 2013
MOLDAVIE	Convention	Luxembourg	14 juin 2010	28 avril 2011	M. 2011 A 93	1er janvier 2012
	Arrangement administratif	Luxembourg	25 janvier 2012		M. 2016 A 80	1er janvier 2012
MONTENEGRO	Convention	Luxembourg	19 février 2008	19 décembre 2008	M. 2008 A 201	1er mai 2009
	Arrangement administratif	Luxembourg	19 février 2008		M. 2016 A 80	1er mai 2009
NORVÈGE*)	Convention	Luxembourg	19 mars 1998	14 janvier 2000	M. 2000 A 152	1er mai 2000
	Arrangement administratif	Luxembourg	19 mars 1998	14 janvier 2000	M. 2000 A 152	1er mai 2000
PORTUGAL	Accord	Luxembourg	10 mars 1997	6 avril 1999	M. 1999 A 36	1er juin 1999
QUÉBEC	Entente	Québec	22 septembre 1987	24 mai 1989	M. 1989 A 37	1er avril 1990
	Avenant	Québec	2 avril 1992	8 juillet 1993	M. 1993 A 52	1er novembre 1993
	Arrangement administratif	Québec	22 septembre 1987		M. 1989 A 37	1er avril 1990
ROUMANIE*)	Convention	Bucarest	18 novembre 2004	9 décembre 2005	M. 2005 A 208	1er mars 2006
	Arrangement administratif	Bruxelles	8 décembre 2005			1er mars 2006
SERBIE	Convention	Luxembourg	7 juin 2013	18 juillet 2014	M. 2014 A 48	1er novembre 2014
	Arrangement administratif	Luxembourg	7 juin 2013		M. 2016 A 80	1er novembre 2014
RÉPUBLIQUE SLOVAQUE*)	Convention	Bratislava	23 mai 2002	3 juin 2003	M. 2003 A 85	1er février 2004
	Arrangement administratif	Bruxelles	4 mars 2004			1er février 2004
SLOVÉNIE*)	Convention	Ljubljana	1er octobre 2001	3 décembre 2002	M. 2002 A 137	1er mars 2003
	Arrangement administratif	Luxembourg	2 juin 2003			1er mars 2003
SUÈDE*)	Convention	Bruxelles	1er décembre 2003	8 avril 2005	M. 2005 A 51	1er juin 2005
RÉP. TCHÈQUE*)	Convention	Luxembourg	17 novembre 2000	30 novembre 2001	M. 2001 A 140	1er mars 2002
TUNISIE	Convention	Tunis	30 novembre 2010	16 mars 2012	M. 2012 A 52	18 février 2013
	Arrangement administratif	Luxembourg	6 mai 2011		M. 2016 A 80	18 février 2013
TURQUIE	Convention	Luxembourg	20 novembre 2003	8 avril 2005	M. 2005 A 51	1er juin 2006
	Arrangement administratif	Luxembourg	8 décembre 2004		M. 2016 A 80	1er juin 2006
URUGUAY	Convention	Luxembourg	24 septembre 2012	30 juillet 2013	M. 2014 A 154	1er septembre 2014

Pays avec lesquels une convention bilatérale en matière de sécurité sociale est susceptible d'entrer en vigueur dans un avenir proche, Brésil (révision), Japon, Philippines.
Pays avec lesquels des négociations pour une convention bilatérale en matière de sécurité sociale sont en cours : Chine, Corée, Thaïlande et Ukraine.

*) *Ces conventions contiennent certaines dispositions particulières (totalisation de périodes accomplies dans un Etat tiers - droit pour les réfugiés) qui s'appliquent nonobstant l'application du règlement communautaire (CE) 883/2004.*

La définition de la notion de sécurité sociale dans le droit international [1)]

29

1 INTRODUCTION

La sécurité sociale répond à un besoin universel, comme le montre son inscription au nombre des droits de l'homme. Et dans les temps actuels, marqués par les crises financières et économiques qui affectent le monde entier, l'individu est de moins en moins armé pour faire face seul aux risques économiques et sociaux.

Afin de faire face aux réalités de la mondialisation et des bouleversements qu'elle entraîne, des systèmes de sécurité sociale, fondés sur les principes de justice sociale, d'équité et de solidarité, sont seuls capables de garantir à l'individu une certaine protection contre les conséquences des risques sociaux. La notion de sécurité sociale a évolué au fil du temps et les mécanismes de sécurité sociale sont extrêmement diversifiés de par le monde. Il est parfois difficile de différencier clairement la notion de sécurité sociale des notions de protection sociale, d'assistance sociale, de transferts sociaux. Le Bureau international du Travail (BIT) en donne la définition suivante:

"*L'adoption de mesures publiques pour assurer une garantie de revenu de base pour tous ceux ayant besoin de protection, de manière à soulager le besoin et prévenir l'indigence en rétablissant jusqu'à un certain niveau le revenu qui est perdu ou réduit en raison de l'incapacité à travailler ou d'obtenir un travail rémunérateur en raison de la survenue de différents risques : soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, responsabilités familiales, maternité, invalidité ou décès du soutien de famille.*"

---

1) *Le texte du présent chapitre est repris d'une présentation faite par Madame Elisabeth IMESCH, expert en sécurité sociale, à l'occasion d'un séminaire sur la jurisprudence des Cours constitutionnelles en matière de sécurité sociale, organisé par le Conseil de l'Europe le 29 et 30 novembre 2011 à Strasbourg.*

Au lendemain de la première guerre mondiale, la communauté internationale estimait que la mise en danger de "la paix et de l'harmonie universelles" serait évitée par l'amélioration des conditions de travail. La création, en 1919, de l'Organisation internationale du Travail (OIT) témoignait de la volonté de charger une institution internationale d'établir des normes du travail au niveau international. Les conditions de travail incluaient, notamment, la lutte contre le chômage, la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents du travail, les pensions de vieillesse et d'invalidité, la protection des enfants et même la défense des intérêts des travailleurs occupés à l'étranger. Le besoin de garantir une protection contre certains risques sociaux était donc reconnu dès 1919 dans la Constitution de l'OIT, comme faisant partie intégrante des conditions de travail.

Mais c'est au lendemain de la seconde guerre mondiale, lors de la 26e Conférence internationale du Travail en 1944, que l'on voit apparaître la notion de sécurité sociale universelle et non plus limitée au monde du travail. La Conférence adopta à l'unanimité un texte, connu sous le nom de Déclaration de Philadelphie, qui a redéfini les buts et les objectifs de l'OIT, en étendant sa compétence du travail au social, et qui a posé les bases de la justice sociale au plan international. La déclaration a élargi la notion de sécurité sociale, en lui conférant un caractère universel, et en faisant un droit autonome, indépendant des conditions de travail. La Déclaration de Philadelphie a été formellement incorporée à la Constitution de l'OIT en raison de son importance.

L'objectif d'universalité de la sécurité sociale figure explicitement dans deux recommandations de l'OIT, adoptées également en 1944. Ce sont la recommandation N° 67 sur la garantie des moyens d'existence et la recommandation N° 69 sur les soins médicaux. Les objectifs de ces deux recommandations - le maintien du revenu et l'accès à des soins médicaux - définissent les traits essentiels de la sécurité sociale et vont lui permettre d'accéder au rang de droit de l'homme.

La Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 décembre 1948 par les 58 pays qui constituaient alors l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies, est reconnue généralement comme étant le fondement du droit international relatif aux droits de l'homme. Pour la première fois, le droit à la sécurité sociale apparaît en tant que droit de l'homme, garanti à toute personne en tant que membre de la société.

L'article 22 de la Déclaration proclame :

"*Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.*"

L'article 25, quant à lui, stipule :

"*1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'in validité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.*

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale."

Pour sa part, le Conseil de l'Europe manifesta, dès sa création en 1949, sa volonté de favoriser le progrès social parmi ses Etats membres. Son Statut, adopté le 5 mai 1949, énonce à son article 1 er que "*Le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres afin de sauvegarder et de promouvoir les idéaux et les principes qui sont leur patrimoine commun et de favoriser leur progrès économique et social.*"

Le droit à la sécurité sociale, dûment reconnu en tant que droit humain fondamental, il demeurait à l'ancrer dans des instruments juridiques internationaux contraignants, qui iraient au-delà de la déclaration d'intention et qui lieraient les Etats qui les ratifieraient. C'est à cette tâche que se sont attelé des organisations internationales comme l'ONU, l'OIT ou le Conseil de l'Europe.

A l'heure actuelle, il existe un nombre conséquent d'instruments juridiques internationaux qui portent sur la sécurité sociale. Certains, les recommandations, ont une valeur de déclaration d'intention, mais d'autres sont de véritables traités, impliquant des obligations pour les Etats qui les ratifient.

Ces instruments normatifs contraignants, qu'ils s'intitulent pacte, charte, convention, code, sont tous des traités, régis par le droit international. Ce sont des traités-lois en ce sens qu'ils fixent les normes, les règles à respecter par les Etats qui les ratifient. Ce sont donc des textes contraignants, qui génèrent des obligations pour les Etats qui les ont acceptés et qui soumettent ces pays à une procédure de contrôle. Ainsi que la Cour internationale de Justice l'avait précisé dans un avis consultatif "*Dans une telle Convention, les Etats contractants n'ont pas d'intérêt propre ; ils ont seulement un intérêt commun. (...) Il en résulte qu'on ne saurait, pour une Convention de ce type, parler d'avantages ou de désavantages individuels des Etats.*"

Deux genres d'instruments traitent de la sécurité sociale :

- les instruments qui portent sur les droits de l'homme, parmi lesquels figure le droit à la sécurité sociale, et
- les instruments qui portent exclusivement sur la sécurité sociale.

Alors que les instruments relatifs aux droits de l'homme énoncent essentiellement des droits individuels que l'Etat doit garantir pour les rendre effectifs, les instruments de sécurité sociale sont directement axés sur l'obligation faite à l'Etat de garantir les prestations de sécurité sociale à ceux qui y ont droit. En quelque sorte, les premiers reconnaissent le droit, alors que les seconds traitent de l'exercice effectif du droit.

2 LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES INSTRUMENTS PROTÉGEANT LES DROITS DE L'HOMME

Après l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme en 1948, l'ONU s'est employé à convertir les principes contenus dans la Déclaration en traités internationaux protégeant des droits précis. L'Assemblée générale a décidé de rédiger deux Pactes, correspondant aux deux types de droits énoncés dans la Déclaration universelle : les droits civils et politiques, d'une part, et les droits économiques, sociaux et culturels, d'autre part.

Parmi les objectifs du Conseil de l'Europe, la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales occupe une place prépondérante. La sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales est assurée par plusieurs traités du Conseil de l'Europe. La Convention européenne des Droits de l'Homme (CEDH) et ses protocoles additionnels d'une part, et la Charte sociale européenne d'autre part, constituent les pièces maîtresses de cet ensemble de traités.

Ce sont donc ces deux organisations, l'ON U, au niveau mondial, et le Conseil de l'Europe, au niveau régional, qui ont produit les traités de référence en matière de droits sociaux. Ce sont pour l'ONU, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dit Pacte I, et pour le Conseil de l'Europe, la Charte sociale européenne et la Charte sociale européenne révisée.

2.1 Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dit Pacte I, a été adopté le 16 décembre 1966 par l'Assemblée générale de l'ONU. Il est entré en vigueur le 3 janvier 1976. Le Pacte relatif aux droits civils et politiques (dit Pacte II) a été adopté à la même date. Sur le plan universel, les Pactes ont été les premiers instruments internationaux à élever les droits de l'homme au niveau des règles juridiques.

Le Pacte I de l'ONU contient un catalogue de droits économiques, sociaux et culturels (art.6 à 15), que chaque Etat partie s'engage à instituer progressivement, dans toute la mesure des ressources disponibles et par tous les moyens appropriés, en particulier des mesures législatives ou d'assistance et de coopération internationales. Il reconnaît un ensemble de droits individuels dont, notamment, le droit à la sécurité sociale.

L'article 9 du Pacte I stipule: "*Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales* ".

A l'instar d'autres droits économiques, sociaux et culturels, la réalisation du droit à la sécurité sociale est progressive, fonction du développement économique et social de l'Etat et de ses ressources financières. Mais la mise en œuvre progressive des droits implique également d'éviter, de façon générale, toute rétrogradation de la couverture ou du niveau des prestations. Actuellement, 160 pays sont Parties au Pacte I.

Au fil des années, d'autres instruments internationaux de l'ONU ont ancré le droit à la sécurité sociale en tant que droit de la personne. Ce sont, notamment, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, la Convention des droits de l'enfant, 1989, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1965, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006.

2.2 La Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe

Comme pour les Pactes I et II de l'ONU, des instruments distincts consacrent les droits de l'homme au sein du Conseil de l'Europe : la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) consacre les droits civils et politiques. La Charte sociale européenne et ses protocoles et la Charte sociale européenne (révisée) garantissent les droits économiques et sociaux.

La Charte sociale européenne traite de la sécurité sociale à deux reprises. La partie I énonce au point 12 le droit de tous les travailleurs et de leurs ayants droit à la sécurité sociale, tandis que la partie II impose à l'Etat d'assurer l'exercice effectif du droit en établissant et en maintenant un régime de sécurité sociale d'un certain niveau. A l'approche droits de l'homme, elle intègre donc l'approche responsabilité de l'Etat qui est celle des instruments de sécurité sociale.

L'article 12 de la Charte sociale européenne et de la Charte révisée stipule :

"*En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties contractantes s'engagent :*

1. *à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale ;*
2. *à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la convention internationale du travail (n°102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale ; (référence est faite au Code européen de sécurité sociale dans la Charte révisée)*
3. *à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut ;*

4. à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer :

a) l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties contractantes et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties contractantes ;

b) l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties contractantes."

Alors que l'énoncé du droit à la sécurité sociale dans le Pacte I de l'ONU est très général et s'apparente à une déclaration de principe, la Charte sociale pose des exigences élevées et détaillées dans ce domaine. Elle demande à l'Etat contractant de mettre en œuvre le droit à la sécurité sociale sur son territoire, de garantir un certain niveau de protection et de l'améliorer progressivement. De surcroît, elle lui impose de veiller à la protection des ressortissants des autres Parties contractantes en concluant, si nécessaire, des conventions de coordination des systèmes de sécurité sociale.

Pour expliciter la notion de "niveau satisfaisant" du système national de sécurité sociale, la Charte sociale et la Charte révisée ont fait référence à deux instruments normatifs de sécurité sociale, soit respectivement, la Convention N°1 02 de l'OIT et le Code européen de sécurité sociale.

3 LES INSTRUMENTS DE SÉCURITÉ SOCIALE

3.1 Les conventions de l'OIT

En 1952, l'OIT adopta la Convention N° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Cette convention fondamentale a transformé les normes des recommandations de 1944 en obligations légales et elle est ainsi devenue, au plan mondial, l'instrument international de référence qui fait du droit de la sécurité sociale une branche du droit international. Elle a établi une définition du champ d'application matériel de la sécurité sociale, en regroupant dans un seul instrument, ayant force contraignante, les 9 catégories de prestations considérées comme formant l'ossature de la sécurité sociale (soins médicaux, indemnités de maladie, de maternité, de chômage, pensions de vieillesse, d'invalidité et de survie, prestations d'accidents du travail, prestations familiales). Elle les a assujetties aux principes de gouvernance applicables aux systèmes de sécurité sociale en les plaçant sous la responsabilité générale de l'Etat. Elle a défini des normes quantitatives pour une protection de base et des impératifs statistiques précis concernant la couverture minimale de la population et les taux de remplacement des prestations par rapport à des salaires de référence. La

Convention permet des méthodes différentes pour organiser le degré minimum de protection qu'elle impose, tout en déterminant des principes de portée générale relatifs à l'administration, au financement et au fonctionnement des régimes de sécurité sociale.

La Convention N°102 assigne à l'Etat, de façon générale, le devoir d'assurer le service des prestations concernées au moyen de législations et de réglementations nationales.

Elle établit, pour chaque genre de prestations,

- la définition du risque (maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, charge de famille, maternité, invalidité, décès du soutien de famille),
- le champ d'application personnel (salariés, population active, toute la population),
- le type et le montant des prestations (soins, indemnités, pensions, allocations),
- la durée de la période minimum d'affiliation (stage)
- ainsi que celle de l'indemnisation et de la période d'attente.

Une génération ultérieure de conventions adoptées après la Convention N° 102 élargit la portée de la protection offerte. Ce sont :

- la Convention N° 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964,
- la Convention N° 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967,
- la Convention N° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969,
- la Convention N° 168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988,
- la Convention N° 183 sur la protection de la maternité, 2000.

Même si seuls 47 Etats ont ratifié à ce jour la Convention N° 102, elle a eu un grand impact au niveau européen, comme en témoigne le Code européen de sécurité sociale et elle demeure une référence pour les pays qui créent ou modifient leur système de sécurité sociale.

3.2 Le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe

Dès sa fondation, en 1949, le Conseil de l'Europe s'est intéressé aux questions sociales et au développement de la sécurité sociale. Dès sa première session, en août 1949, l'Assemblée Consultative du Conseil de l'Europe considéra que le développement de la sécurité sociale avait un rôle capital à jouer pour améliorer le niveau de vie des Européens.

Parmi les moyens susceptibles de stimuler le développement de la sécurité sociale en Europe, l'Assemblée proposait dès 1950 l'établissement d'un Code européen de sécurité sociale "*qui aurait pour effet non pas d'uniformiser la législation de sécurité sociale dans les divers pays, mais de porter partout, par différentes méthodes, la sécurité sociale à un niveau également élevé*". Alors que les experts du Conseil de l'Europe abordaient les travaux en vue de l'élaboration du Code, la Conférence internationale du Travail adoptait, en 1952, la Convention N° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Le Conseil de l'Europe aurait pu se borner à recommander à ses membres de ratifier cette convention de l'OIT ; il atoutefois estimé que les pays d'Europe occidentale devaient appliquer des normes plus élevées, reflétant une protection sociale en rapport avec leur développement économique. Alors que les normes de l'OIT sont d'application mondiale et prévoient quelques allègements temporaires en faveur des pays moins développés, le Conseil de l'Europe a voulu proposer aux Etats membres des normes minima de sécurité sociale, en les complétant par des normes d'un niveau supérieur, de façon à les inciter à parvenir à un niveau plus élevé de protection sociale. Ces deux objectifs ont été atteints le 11 mars 1964 par l'adoption du Code européen de sécurité sociale, contenant les normes minima, assorti d'un Protocole "*impliquant un niveau plus élevé de sécurité sociale auquel pourraient adhérer ceux des membres qui sont en mesure de le faire et qui constituerait le niveau européen de sécurité sociale que tous les membres s'efforceront d'atteindre*" (Résolution no 54). C'est ainsi que l'activité normative du Conseil de l'Europe en matière de sécurité sociale se superpose à l'échelon européen à celle déployée par l'OIT à l'échelon mondial. Elle la complète et la perfectionne.

Pour l'essentiel, le Code reprend les dispositions de la Convention N°102 de l'OIT, le Protocole établissant quant à lui des normes supérieures.

Le Code et le Protocole ont été ouverts à la signature le 16 avril 1964 et, actuellement, 21 Etats ont ratifié le Code, dont 7 au niveau du Protocole.

Il faut également mentionner un autre instrument de sécurité sociale du Conseil de l'Europe. Il s'agit du Code européen de sécurité sociale (révisé) qui n'est pas encore en vigueur car, à ce jour, seuls les Pays-Bas l'ont ratifié. La question de la révision du Code européen de sécurité sociale et de son Protocole fut soulevée dès 1973, du fait de l'évolution des systèmes nationaux de sécurité sociale. Les travaux de révision du Code ont poursuivi un double objectif : l'amélioration des normes et l'introduction d'une flexibilité accrue. Les travaux, commencés en 1979, s'achevèrent par l'adoption du Code européen de sécurité sociale (révisé) le 6 novembre 1990. Seuls les Pays-Bas ont ratifié cet instrument ambitieux, flexible et moderne qui réunit en un seul ensemble la plupart des normes de sécurité sociale énoncées dans les conventions de l'OIT postérieures à la Convention N°102.

4 CONCLUSION

Un corpus normatif internationalement reconnu permet aux citoyens de prendre appui sur une base plus solide pour revendiquer des droits dans leur pays. En vertu du droit international, c'est en effet l'Etat qui est le principal responsable du respect des droits des personnes relevant de sa juridiction. Le droit international de la sécurité sociale a développé un ensemble consolidé de normes et c'est aux Etats qu'il incombe de les transposer dans leurs législations nationales, qui deviennent ainsi la principale source de droits en matière de sécurité sociale. Mais il s'agit de ne pas oublier l'impact des constitutions nationales qui accordent elles aussi fréquemment une place importante aux droits sociaux. Nous verrons que les garanties constitutionnelles ont ainsi un rôle déterminant dans l'introduction des droits sociaux et la promotion de leur mise en œuvre.

Instruments normatifs internationaux

30

Le Code européen de sécurité sociale, son protocole et le Code européen de sécurité sociale (révisé) sont les textes de base du Conseil de l'Europe dans le domaine de la sécurité sociale. Bien qu'ils remontent à 1964, le Code et le protocole se sont révélés précieux pour définir des normes de sécurité sociale qui soient communes à l'Europe et puissent guider les réformes engagées dans maints pays, surtout en Europe centrale et orientale. Ces instruments visent à promouvoir un modèle de sécurité sociale fondé sur la justice sociale. L'Etat est réputé responsable de la mise en place du maintien d'un système de sécurité sociale stable et financièrement sain. La société doit garantir un niveau de vie décent à ceux qui sont incapables de gagner leur vie en raison de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accident du travail ou de maladie professionnelle, de maternité, d'invalidité ou de décès du soutien de famille et elle doit aider ceux qui ont en charge des enfants. Le Code de sécurité sociale (révisé), instrument le plus récent, datant de 1990, reflète en partie l'évolution de la philosophie de la sécurité sociale à la fin du XXe siècle sans renoncer pour autant aux concepts fondamentaux qui ont été énoncés dans le Code de sécurité sociale et son protocole.

Ces instruments de sécurité sociale spécialisés sont une composante essentielle de la politique de protection des droits de l'homme du Conseil de l'Europe. Le "droit à la sécurité sociale" est consacré dans la Charte sociale européenne, qui est l'un des instruments fondamentaux du Conseil de l'Europe en matière de droits de l'homme.

Les Etats qui ont ratifié la Charte sociale européenne et accepté l'article 12,[1] alinéa 2, sont tenus de maintenir le système de sécurité sociale à un niveau satisfaisant qui soit au moins égal à celui qui était nécessaire pour la ratification du Code européen de sécurité sociale. C'est pourquoi la promotion du Code européen de sécurité sociale est considérée comme l'une des tâches essentielles du Conseil de l'Europe pour garantir des valeurs communes dans le domaine de la cohésion sociale de ses Etats membres.

Il convient de noter que les normes du Conseil de l'Europe dans le domaine de la sécurité sociale sont étroitement liées aux conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT). La convention no 102 (normes minima de sécurité sociale) datant de 1952 a servi de modèle au Code européen de sécurité sociale. D'ailleurs, les normes plus strictes qui sont énoncées dans le protocole au Code européen de sécurité sociale et dans les conventions ultérieures de l'OIT sur la sécurité sociale, coïncident dans une large mesure. Le contrôle de l'application des normes du Conseil de l'Europe sur la sécurité sociale repose sur la coopération institutionnelle entre le Conseil de l'Europe et l'OIT. Ces deux organismes collaborent étroitement en vue de promouvoir leurs normes. Leur objectif global est d'associer leurs efforts afin de promouvoir la justice sociale et d'éviter les divergences dans la définition de normes sociales internationales.

1 LE CODE EUROPÉEN DE SÉCURITÉ SOCIALE ET SON PROTOCOLE

Le Code européen est un instrument international qui a un caractère normatif et qui fixe des normes minima. D'une façon générale, cet instrument n 'est pas d'application directe au niveau national, mais se limite à déterminer des critères quantitatifs que les pays qui le ratifient s'engagent à respecter en ce qui concerne les catégories de personnes à protéger, le niveau des prestations et la durée du service des prestations.

---

1) *L'article 12 se lit comme suit:*

En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité sociale, les Parties contractantes s'engagent:

- *à établir ou à maintenir un régime de sécurité sociale;*
- *à maintenir le régime de sécurité sociale à un niveau satisfaisant, au moins égal à celui nécessaire pour la ratification de la Convention internationale du travail (no 102) concernant la norme minimum de la sécurité sociale;*
- *à s'efforcer de porter progressivement le régime de sécurité sociale à un niveau plus haut;*
- *à prendre des mesures, par la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux appropriés ou par d'autres moyens, et sous réserve des conditions arrêtées dans ces accords, pour assurer:*
- *l'égalité de traitement entre les nationaux de chacune des Parties contractantes et les ressortissants des autres Parties en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale, y compris la conservation des avantages accordés par les législations de sécurité sociale, quels que puissent être les déplacements que les personnes protégées pourraient effectuer entre les territoires des Parties contra ctantes;*
- *l'octroi, le maintien et le rétablissement des droits à la sécurité sociale par des moyens tels que la totalisation des périodes d'assurance ou d'emploi accomplies conformément à la législation de chacune des Parties contractantes.*

Ce même texte a été repris à l'article 12 de la Charte sociale révisée.

Le Code européen tend à favoriser le progrès social, à encourager les Etats membres à développer davantage leur système de sécurité sociale; il reconnaît également l'opportunité d'harmoniser les charges sociales de ces Etats. Le protocole annexé au Code tend à établir un niveau de sécurité sociale plus élevé que celui consacré par le Code.

Le Code européen de sécurité sociale prévoit un niveau de protection minimum que toutes les parties contractantes doivent respecter en matière de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accidents de travail et de maladies professionnelles, de charges familiales, de maternité, d'invalidité et de survivants.

Les pays suivants ont ratifié le Code: Belgique, Chypre, Danemark, Estonie, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Roumanie, Espagne, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie et Royaume-Uni.

1.1 Mise en œuvre des principes du Code

Au sein du Conseil de l'Europe, la Charte sociale européenne constitue la convention fondamentale en matière de droits de l'homme dans les domaines économiques et sociaux. Parmi les droits qu'énonce la Charte figure le droit à la sécurité sociale (article 12).

Une fois reconnu le droit à la sécurité sociale, il s'agit de le concrétiser, de déterminer comment le mettre en œuvre. Chaque Etat qui ratifie la Charte est responsable d'établir un système de sécurité sociale qui soit en adéquation avec son niveau de développement. Et c'est dans la façon de concrétiser ce droit à la sécurité sociale qu'intervient une autre convention du Conseil de l'Europe, à savoir le Code européen de sécurité sociale.

Le Code est une convention internationale élaborée dans le cadre du Conseil de l'Europe. Il n'engage que les Etats qui l'ont ratifié. Il s'agit d'une convention normative car contenant des normes que les Etats s'engagent à respecter. Ces normes indiquent notamment les éventualités, c'est-à-dire les événements que la sécurité sociale indemnise (maladie, vieillesse, etc.), le genre de prestations fournies, la nature et le nombre des personnes protégées par le système, le niveau des prestations en espèces par rapport à des montants de référence. En ratifiant le Code, l'Etat s'engage à soumettre son système de sécurité sociale à un mécanisme de contrôle international, destiné à évaluer si ledit système est conforme en droit et en fait aux normes définies au plan international.

1.2 Historique

L'idée d'un Code européen de sécurité sociale remonte à la première session de l'Assemblée consultative du Conseil de l'Europe, en 1949. Elle procéda à un large échange de vues sur les possibilités d'améliorer le niveau de vie des Européens d'où il ressortit que, parallèlement à des mesures politiques, économiques et technologiques, le développement de la sécurité sociale

avait un rôle capital à jouer. L'assemblée proposait dès 1950, dans sa Recommandation no 28, l'établissement d'un Code européen de sécurité sociale " qui aurait pour effet non pas d'uniformiser la législation de sécurité sociale dans les divers pays, mais de porter partout, par différentes méthodes, la sécurité sociale à un niveau également élevé. " Alors que les experts du Conseil de l'Europe abordaient les travaux en vue de l'élaboration du Code, la Conférence internationale du Travail adoptait, en 1952, la convention no 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Le Conseil de l'Europe aurait pu se borner à recommander à ses membres de ratifier cette convention de l'OIT, mais il a estimé que les pays d'Europe occidentale devaient accepter des normes plus élevées, reflétant une protection sociale en rapport avec leur développement économique. Alors que les normes de l'OIT sont d'application mondiale et prévoient quelques allégements temporaires en faveur des pays moins développés, le Conseil de l'Europe a voulu proposer aux Etats membre des normes minima de sécurité sociale, en les complétant par des normes d'un niveau supérieur, de façon à les inciter à parvenir à un niveau plus élevé de protection sociale. Ces deux objectifs ont été atteints le 11 mars 1964 par l'adoption, par le comité des ministres, du Code européen de sécurité sociale, contenant les normes minima, assorti d'un protocole "impliquant un niveau plus élevé de sécurité sociale auquel pourraient adhérer ceux des membres qui sont en mesure de le faire et qui constituerait le niveau européen de sécurité sociale que tous les membres s'efforceront d'atteindre" (Résolution no 54).

Le Code et le protocole ont été ouverts à la signature le 16 avril 1964 et, au 1 er janvier 2001, 18 Etats avaient ratifié le code dont 7 au niveau du protocole.

C'est dans deux recommandations de l'OIT adoptées en 1944, que l'on trouve pour la première fois une classification et une définition des éventualités constitutives de la sécurité sociale: maladie, invalidité, vieillesse, décès du soutien de famille, chômage, accident du travail, maladie professionnelle. Lors des travaux ayant conduit à l'élaboration de la convention no 102 de l'OIT, les experts se sont attachés à donner une expression concrète à ce nouveau concept de sécurité sociale et à en définir le contenu spécifique. Ils n'ont pas recouru à une nomenclature des éventualités, mais à la classification et à la définition des différentes sortes de prestations servies par la sécurité sociale. Cette classification constitue l'ossature de la convention no 102 de l'OIT.

Le Code présente une structure analogue à celle de la convention 102.

1.3 Structure et ratification du Code

Le Code européen de sécurité sociale comporte des dispositions générales et obligatoires pour tous les Etats contractants qui précisent les conditions de ratification, établissent les modalités de calcul des paiements périodiques par rapport à des montants de référence, fixent les normes ayant trait à la suspension du droit aux prestations, aux voies de recours, au financement et

à la gestion des assurances sociales, règlent les modalités de contrôle de l'application des normes internationales par les Parties.

Pour ratifier le Code, il n'est pas nécessaire d'appliquer l'ensemble des parties couvrant les diverses éventualités. Il suffit d'en appliquer six, étant entendu que la partie II (soins médicaux) compte pour deux parties et la partie V (prestations de vieillesse) pour trois. L'instrument présente ainsi une grande souplesse et tout Etat qui développe son système de sécurité sociale a ainsi ultérieurement la possibilité d'accepter de nouvelles parties du Code.

Le protocole ne reprend pas l'ensemble des réglementations du Code: ses dispositions remplacent les articles, les paragraphes et les alinéas correspondants du Code dans la mesure où il les modifie. Le protocole apporte certains amendements aux dispositions du code en prescrivant quelques normes supérieures. C'est ainsi qu'il impose notamment un pourcentage plus élevé de personnes protégées dans les catégories choisies, un catalogue plus étendu de prestations et un pourcentage supérieur du montant des paiements périodiques dus aux bénéficiaires types.

Le Code européen de sécurité sociale est composé de 14 parties, alors que la convention no 102 en compte 15. La partie XII de la convention intitulée " égalité de traitement des résidents non nationaux " a été supprimée dans le Code et remplacée par l'article 73 qui prévoit l'élaboration d'un instrument spécial concernant la sécurité sociale des étrangers et des migrants. Cet instrument verra le jour en 1972 sous la forme de la Convention européenne de sécurité sociale.

La partie I "Dispositions générales" contient une série de définitions ainsi que des clauses concernant les conditions de ratification de l'instrument.

Les parties II à X visent les prestations allouées par les neuf branches traditionnelles de la sécurité sociale et contiennent les normes à respecter.

Ces prestations sont les suivantes:

- Partie II:soins médicaux
- Partie III: indemnités de maladie
- Partie IV: prestations de chômage
- Partie V: prestations de vieillesse
- Partie VI: prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles
- Partie VII: prestations aux familles
- Partie VIII: prestations de maternité
- Partie IX: prestations d'invalidité
- Partie X: prestations de survivants.

Ces neuf parties s'articulent selon le même plan; y sont définis:

- l'éventualité couverte (risque)
- le champ d'application personnel (cercle des personnes protégées)
- le champ d'application matériel (genre de prestations à garantir)
- les conditions d'ouverture du droit aux prestations (stage)
- le niveau que les prestations doivent atteindre (taux de remplacement)
- la durée du service des prestations et, le cas échéant, les délais d'attente

La partie XI "Calcul des paiements périodiques" détermine le niveau que les prestations en espèces versées périodiquement doivent au moins atteindre en relation avec un montant de référence (salaire d'un ouvrier qualifié type ou d'un manoeuvre ordinaire type).

La partie XII "Dispositions communes" définit les motifs de suspension d'une prestation. Par ailleurs elle détermine les modalités d'exercice du droit de recours. Elle fixe certaines normes relatives au financement des régimes de sécurité sociale. Enfin, elle établit quelques règles en matière de gestion des systèmes.

La partie XIII "Dispositions diverses" appelle notamment l'attention des Etats contractants sur la situation des étrangers et des migrants au regard de la sécurité sociale et arrête la procédure de contrôle relative à l'application du Code par les Parties.

La partie XIV "Dispositions finales" décrit le mécanisme par lequel les Etats acceptent les obligations du Code et peuvent le dénoncer.

1.4 Mécanisme de contrôle

En tant que traité international, le Code européen de sécurité sociale lie juridiquement tous les États qui le ratifient. Toutefois, l'impact de tout instrument juridique dépend dans une grande mesure de l'efficacité du contrôle de son application.

Le contrôle de l'application du Code est une partie essentielle et qui distingue les instruments normatifs de ceux de coordination.

Il n'existe pas d'instance judiciaire telle que la Cour européenne des Droits de l'Homme, mais un contrôle de l'application des obligations découlant du Code est effectué par les Parties contractantes.

Ce contrôle repose sur la coopération institutionnelle avec l'OIT et l'analyse des rapports nationaux. Le Conseil de l'Europe et l'OIT associent ainsi leurs efforts pour promouvoir leurs normes et éviter des divergences de définition et d'application de ces normes.

a) Préparation des rapports nationaux

Le Code impose aux Parties contractantes de préparer des rapports nationaux annuels sur leur application des normes du Code et du Protocole. Il énumère les informations qui doivent figurer dans les rapports, en particulier les données statistiques sur le nombre des personnes protégées ; le montant des prestations payées ; la durée des prestations de chômage et la répartition des cotisations entre salariés et employés.

Afin de faciliter l'élaboration des rapports, une commission d'experts pour l'application du code a préparé un modèle qui énonce les dispositions du Code et les questions pertinentes.

Comme la préparation des rapports requiert d'importants efforts, le Comité des Ministres a décidé en 1995 qu'un rapport détaillé rédigé selon le modèle ne serait exigé qu'une fois tous les quatre ans. Dans l'intervalle, les États doivent cependant communiquer toute évolution ou modification notable du système.

Les rapports exigés par le Code étant très proches des comptes rendus exigés par la Convention n° 102 de l'OIT, les Parties contractantes peuvent en général s'acquitter des obligations qui leur incombent en présentant pour le Code le même rapport qu'elles remettent à l'OIT.

b) Contrôle des rapports nationaux

Les rapports nationaux sont soumis au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe qui, s'il l'estime nécessaire, demande des renseignements complémentaires.

Le Secrétaire Général transmet les rapports, au directeur général du Bureau international du travail (BIT) qui l'adresse à son tour à l'organe compétent de l'OIT. Les conclusions de cet organe sont ensuite transmises au Conseil de l'Europe. L'organe compétent de l'OIT chargé d'examiner les rapports annuels sur le Code est la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations.

Cette commission se compose d'une vingtaine d'experts provenant de différentes régions du monde et qui sont désignés par le Conseil d'administration de l'OIT sur proposition du directeur général parmi des personnes d'une capacité reconnue dans le domaine de la législation du travail et de la sécurité sociale. Il s'agit le plus souvent de juges, de professeurs ou d'anciens responsables de gouvernement très expérimentés et qui connaissent à fond les systèmes légaux, économiques et sociaux.

La commission prend ses décisions en toute indépendance en s'appuyant sur les principes d'impartialité, d'objectivité et de compétence.

Il est très important que les organes de contrôle normatifs du Conseil de l'Europe et de l'OIT continuent à partager les mêmes principes et les mêmes approches et restent en étroite collaboration grâce à leurs secrétariats

respectifs. Cette collaboration est facilitée par la présence d'un fonctionnaire du Conseil de l'Europe à la session plénière de la commission d'experts de l'OIT et celle de représentants du BIT aux réunions du comité intergouvernemental du Conseil de l'Europe sur la sécurité sociale.

Pour rendre ses conclusions, la commission prend en considération non seulement les rapports des gouvernements sur l'application du Code mais aussi les informations fournies par les gouvernements dans leurs rapports sur l'application des conventions pertinentes de l'OIT et celles communiquées par les associations syndicales ou d'employeurs, ou par les départements techniques du BIT.

La double responsabilité de la commission d'examiner non seulement les rapports sur le Code mais aussi la Convention n° 102 et les autres conventions de l'OIT, permet d'assurer une compatibilité et une cohérence dans l'interprétation et l'application de ces instruments. Le caractère international de la Commission permet d'inscrire l'évolution du Code dans le contexte mondial et de faire bénéficier d'autres pays des expériences européennes.

Les conclusions de la commission d'experts de l'OIT sont retournées au Secrétaire Général du Conseil de l'Europe et débattues par l'un de ses comités techniques, le Comité d'experts en matière de sécurité sociale, ou CS-SS [1)].

Le CS-SS se compose de hauts fonctionnaires des ministères chargés de la sécurité sociale dans les différents États membres ainsi que d'observateurs d'autres organisations internationales et de représentants des partenaires sociaux. Il examine les conclusions de la commission d'experts de l'OIT et les renseignements complémentaires fournies par les membres du comité et prépare un rapport. Ce rapport est transmis au comité des Ministres du Conseil de l'Europe qui, adopte, des résolutions annuelles par pays. Le Comité des Ministres est formé par les ministres des Affaires étrangères des États membres ou leurs représentants permanents à Strasbourg.

Bien qu'il n'ait encore jamais fait usage de cette possibilité, le Comité des Ministres peut solliciter l'avis de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

Le Comité des Ministres décide à la majorité des deux tiers si la Partie contractante a rempli les obligations du Code et du Protocole. Les Résolutions du Comité des Ministres n'entraînent pas de sanctions directes mais ne sont pas pour autant dépourvues d'efficacité, un certain nombre d'États ayant déjà modifié leurs législations à l'invitation du comité des Ministres. Elles peuvent aussi susciter un débat politique dans le pays

---

1) A partir du 1.1.2012, le CS-SS a été aboli et ses fonctions sont reprises par le Comité intergouvernemental de la Charte sociale.

concerné et constituent aussi des arguments pour les partenaires sociaux ou parties politiques au Parlement.

Outre le contrôle sur les parties acceptées du Code exposé ci-dessus, il existe aussi un contrôle biannuel sur les parties non acceptées.

Le code oblige les Parties contractantes à faire rapport tous les deux ans sur la législation et la pratique concernant ces parties. Ces rapports sont évalués par des experts nommés par le Conseil de l'Europe formant le Groupe de consultants composé à l'heure actuelle de quatre experts et assisté par le Secrétariat. Cette procédure vise à encourager la ratification de parties supplémentaires. Elle offre aux États la possibilité de réexaminer leur position à l'égard des dispositions non acceptées.

Les procédures de contrôle pour les parties acceptées du Code et pour les parties non acceptées sont complémentaires et coordonnées dans la mesure du possible.

2 CODE RÉVISÉ DE SÉCURITÉ SOCIALE

Un Code révisé de sécurité sociale, prévoyant des normes minima plus adaptées au contexte actuel, a été élaboré sous l'égide du Conseil de l'Europe qui a demandé aux Etats de réfléchir à une ratification de ce nouvel instrument normatif. Les Pays-Bas ont été le premier Etat membre à avoir ratifié, le 22 décembre 2009, le Code révisé. L'instrument entrera en vigueur dès qu'il aura été ratifié par deux Etats membres.

3 CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE

Les Etats membres du Conseil de l'Europe considèrent que les droits civils politiques et les droits sociaux et économiques sont interdépendants et forment un ensemble indivisible de principes sur lesquels se fondent les démocraties européennes.

La Convention européenne des droits de l'homme qui assure la sauvegarde des droits civils et politiques, a été complétée par la Charte sociale européenne, traité européen signé en 1961 à Turin, qui protège les droits sociaux et économiques fondamentaux. La Charte garantit ces droits aux citoyens de ses parties contractantes.

Les pays suivants ont ratifié la Charte sociale européenne ou la Charte sociale européenne révisée: Albanie, Autriche, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg[1)], Malte, Moldavie, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, République slovaque, Slovénie, Espagne, Suède, Turquie, Royaume-Uni.

---

1) Le Luxembourg a ratifié la Charte sociale ; mais pas la Charte sociale révisée.

Lors du 2e Sommet du Conseil de l'Europe (Strasbourg, 10-11 octobre 1997), les chefs d'État et de gouvernement des États membres se sont engagés à promouvoir les normes sociales, telles qu'elles résultent et de la Charte sociale et d'autres instruments du Conseil de l'Europe" et ont appelé "à l'adhésion la plus large possible à ces instruments".

3.1 Droits garantis par la charte

La charte, ainsi que la charte européenne révisée garantissent une série de droits fondamentaux qui peuvent se classer en deux catégories:

a) Conditions d'emploi

- non-discrimination dans l'emploi, interdiction du travail forcé;
- droit syndical, droit de négociation collective;
- droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, y compris le droit des femmes et des hommes à une rémunération égale pour un travail de valeur égale; insertion des handicapés dans le monde du travail, droit à l'orientation et à la formation professionnelles;
- interdiction du travail des enfants avant 15 ans et protection entre 15 et 18 ans;
- protection de la maternité:
- égalité de traitement pour les travailleurs migrants.

b) Cohésion sociale

- droit à la protection de la santé, droit à la sécurité sociale, droit à l'assistance sociale et médicale et droit au bénéfice des services sociaux;
- droit des enfants et des adolescents à la protection contre les dangers physiques et moraux;
- droit des familles et des individus qui les composent à une protection juridique, sociale et économique;
- droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l 'assistance;
- droit des personnes âgées à la protection.

Chaque partie contractante peut décider de n'accepter qu'un certain nombre de ces droits mais un nombre minimal d'acceptations est imposé.

Lors de la ratification de la Charte ou de l'adoption de nouvelles lois dans les domaines couverts par la Charte, les Etats s'inspirent souvent de ce traité et de la jurisprudence des organes de contrôle: la Charte est ainsi à l'origine d'améliorations dans les législations et la pratique nationales dans de nombreux domaines, comme le droit de la famille, la protection des jeunes travailleurs, les droits syndicaux et la protection sociale.

3.2 Mécanisme de contrôle

Les parties contractantes sont tenues de présenter des rapports sur l'application de la Charte. Cette procédure de contrôle international a été modifiée par un protocole adopté en 1991, qui a déjà partiellement été mis en œuvre à la suite d'une décision du comité des ministres demandant aux organes de contrôle de l'appliquer dans la mesure du possible avant son entrée en vigueur.

Les organes suivants participent à la procédure:

- le **comité d'experts indépendants**, composé de neuf experts élus par le comité des ministres et assistés par un observateur de l'Organisation international du travail. Il examine les rapports présentés par les parties contractantes et formule une appréciation juridique sur la manière dont ces Etats ont respecté leurs engagements;
- le **comité gouvernemental**, composé de représentants des parties contractantes à la Charte et assisté par des observateurs représentant les organisations européennes de travailleurs et d'employeurs. Il prépare les décisions du comité des ministres et notamment sélectionne, sur la base de considérations de politique sociale et économique, les situations qui devraient faire l'objet de recommandations à l'adresse de chaque partie contractante;
- le **comité des ministres**, qui adresse des recommandations aux Etats ne se conformant pas complètement aux exigences de la charte.

L'assemblée parlementaire est également associée à ce mécanisme. En pratique, elle organise, sur la base des conclusions du comité d'experts indépendants, des débats périodiques sur la politique sociale.

4 LES INSTRUMENTS NORMATIFS DE L'ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

4.1 Introduction

Instituée en 1919 par le traité de Versailles qui a suivi la première guerre mondiale, l'Organisation internationale du travail (OIT) a pour objectif essentiel de promouvoir la justice sociale et, par là même, de contribuer à la paix mondiale. Fondée sur le principe du tripartisme, elle réunit des représentants des gouvernements, des travailleurs et des employeurs. Son action s'inscrit dans la poursuite d'un idéal humaniste fondé sur le respect des droits de l'homme et sur la dignité des conditions de vie et de travail. Dans cette perspective, elle élabore des normes internationales qui portent sur tous les aspects du travail et qui ont vocation à guider les politiques sociales des Etats membres. Contenues dans des conventions et recommandations, ces normes constituent un ensemble qui est souvent désigné par le terme de code international du travail. Jusqu'à l'éclatement de la seconde guerre mondiale, l'OIT était la seule organisation internationale active dans le domaine social. Après la disparition de la Ligue des nations, et pendant la guerre, ses activités ont pratiquement cessé en matière d'élaboration et de contrôle des normes, ainsi que d'action sur le terrain. Mais un intense travail de réflexion, qui a été poursuivi, a abouti notamment à l'adoption de la déclaration de Philadelphie, en 1944, et a préparé la voie à l'adoption, dans les années qui suivirent la fin des hostilités, de certaines conventions-phares telles que celles relatives à la liberté syndicale et à la négociation collective, à l'égalité de traitement, ou à la sécurité sociale.

4.2 Conventions élaborées sous l'égide de l'OIT en matière de sécurité sociale et ratifiées par le Luxembourg

convention no 3	concernant la protection de la maternité;
convention no 12	concernant la réparation des accidents du travail (agriculture), 1921;
convention no 17	concernant la réparation des accidents du travail, 1925;
convention no 18	concernant les maladies professionnelles, 1925;
convention no 19	concernant l'égalité de traitement (accidents du travail), 1925;
convention no 24	concernant l'assurance maladie (industrie), 1927;
convention no 25	concernant l'assurance maladie (agriculture), 1927;
convention no 55	sur les obligations de l'armateur en cas de maladie ou d'accident des gens de mer, 1936;
convention no 56	sur l'assurance maladie des gens de mer, 1936;

convention no 102	concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952;
convention no 103	concernant la protection de la maternité, révisée, 1952;
convention no 121	concernant les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964;
convention no 130	concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969;
convention no 183	sur la protection de la maternité, 2000;
convention no 184	sur la sécurité et la santé dans l'agriculture, 2001.

4.3 Résolution de l'OIT concernant la sécurité sociale

La conférence générale de l'Organisation internationale du travail, réunie en sa 89e session en juillet 2001 à Genève, après une discussion générale en se fondant sur le rapport VI intitulé - *Sécurité sociale - questions, défis et perspectives*, a adopté une résolution concernant la sécurité dont les termes sont reproduits ci-après.

1. En 1944, la Conférence a reconnu "l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du travail de seconder la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser (...) l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets". Le moment est venu pour l'OIT de lancer une nouvelle campagne visant à améliorer et étendre la couverture de la sécurité sociale à tous ceux qui ont besoin de cette protection. Le Directeur général est invité à considérer les conclusions ci-après avec le sérieux et l'urgence qu'elles méritent, en vue de mettre fin à une injustice sociale fondamentale dont pâtissent des centaines de millions de personnes dans les Etats membres.
2. La sécurité sociale est très importante pour le bien-être des travailleurs, de leurs familles et de la collectivité toute entière. C'est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale, qui par là même concourt à la paix et à l'insertion sociale. Composante indispensable de la politique sociale, elle joue un rôle capital dans le prévention et la lutte contre la pauvreté. En favorisant la solidarité nationale et le partage équitable des charges, la sécurité sociale peut contribuer à la dignité humaine, à l'équité et la justice sociale. Elle est importante également pour l'intégration, la participation des citoyens et le développement de la démocratie.
3. Si elle est bien gérée, la sécurité sociale favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité des revenus et des services sociaux. Associée à une économie en expansion et à des politiques actives du marché du travail, elle est un instrument de développement économique et social durable. Elle facilite les changements structurels et technologiques qui exigent une main-d'œuvre adaptable et mobile. Il est à noter que si elle représente un coût pour les entreprises, la sécurité sociale est également un investissement dans l'être humain ou un soutien de celui-ci. Dans le contexte de la mondialisation et des politiques d'ajustement structurel, la sécurité sociale devient plus que jamais nécessaire.

4. Il n'y a pas, en matière de sécurité sociale, de modèle unique exemplaire. Celle-ci croît et évolue avec le temps. Divers régimes existent: assistance sociale, régimes universels, assurance sociale et dispositifs publics ou privés. Il incombe à chaque société de déterminer la meilleure manière d'assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé. Ce choix est le reflet de ses valeurs culturelles et sociales, de son histoire, de ses institutions et de son niveau de développement économique. C'est à l'État que revient en priorité le rôle de favoriser, d'améliorer et d'étendre la couverture de la sécurité sociale. Tous les systèmes devraient se conformer à certains principes de base. En particulier, les prestations devraient être sûres et non discriminatoires; les régimes devraient être gérés avec rigueur et transparence, engendrer des coûts administratifs les plus faibles possible et accorder un rôle important aux partenaires sociaux. La confiance qu'ils inspirent à la population est un facteur déterminant de leur réussite. Pour établir cette confiance, une bonne gouvernance est indispensable.
5. Priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur. Dans nombre de pays, il s'agit des salariés des petits établissements, des travailleurs indépendants, des travailleurs migrants et des personnes occupées dans l'économie informelle, dont beaucoup sont des femmes. Quand la couverture ne peut être accordée immédiatement à ces groupes, on pourrait introduire des mécanismes d'assurance - le cas échéant sur une base volontaire - ou d'autres mesures telles que l'assistance sociale, puis les étendre et les intégrer au système de sécurité sociale à un stade ultérieur, une fois que l'intérêt des prestations a été démontré et que cela est économiquement viable. Certains groupes ont des besoins différents, d'autre ont une capacité contributive très réduite. Pour que l'extension de la sécurité sociale soit une réussite, ces différences doivent être prises en compte. Il faudrait également explorer de manière rigoureuse le potentiel de la microassurance: quand bien même elle ne peut être la base d'un système complet de sécurité sociale, elle peut constituer une première étape utile, notamment pour répondre à l'urgente nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les politiques et initiatives relatives à l'extension de la couverture doivent s'inscrire dans le contexte d'une stratégie nationale intégrée de sécurité sociale.
6. Le principal défi que pose l'économie informelle est celui de son intégration dans l'économie formelle. C'est une question d'équité et de solidarité sociale. Les politiques mises en oeuvre doivent encourager les mouvements vers l'économie formelle. C'est à la société dans son ensemble qu'il incombe de financer le soutien apporté aux groupes vulnérables de l'économie informelle.
7. Pour les personnes en âge de travailler, le meilleur moyen de se procurer un revenu sûr est d'accéder à un travail décent. Il y a donc lieu de coordonner étroitement le service de prestations en espèces aux chômeurs avec la formation, le recyclage et les autres formes d'assistance qui peuvent leur être nécessaires pour trouver un emploi. L'importance de l'éducation et des qualifications de la main-d'œuvre est appelée à croître avec l'expansion future de l'économie. Tous les enfants devraient avoir accès à l'éducation afin d'acquérir l'aptitude à lire, à écrire et à compter et les connaissances nécessaires pour affronter la vie, favoriser leur épanouissement personnel et entrer dans la vie active. Dans l'économie d'aujourd'hui, la formation tout au long de la vie est la clé du maintien de l'employabilité. Les prestations de chômage devraient être conçues de telle sorte qu'elles ne créent pas de dépendance ni d'obstacle à l'emploi. Les mesures visant à rendre le travail financièrement plus attractif que la perception de prestations sociales ont fait la preuve de leur efficacité. Toutefois, les prestations doivent être d'un niveau suffisant. Lorsque la mise en place d'un système de prestations de chômage n'apparaît pas réalisable, il faudra s'efforcer de créer des emplois dans le cadre de travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre et d'autres projets, comme le font avec succès plusieurs pays en développement.

8. La sécurité sociale devrait se fonder sur le principe de l'égalité entre hommes et femmes et le promouvoir. Cela suppose non seulement l'égalité de traitement des hommes et des femmes se trouvant dans des situations identiques ou similaires, mais aussi des mesures qui garantissent des résultats équitables pour les femmes. La société tire grand bénéfice des soins non rémunérés que les femmes en particulier dispensent aux membres de leur famille - enfants, parents, personnes handicapées. Les femmes ne doivent pas être ultérieurement pénalisées pour cette contribution faite à l'âge actif.
9. Compte tenu de l'augmentation considérable du taux d'activité des femmes et de l'évolution du rôle des hommes et des femmes, les systèmes de sécurité sociale initialement fondés sur le modèle de l'homme soutien de famille sont de moins en moins adaptés aux besoins de nombreuses sociétés. La sécurité sociale et les services sociaux devraient être conçus sur le principe de l'égalité entre hommes et femmes. Les mesures qui facilitent l'accès des femmes à l'emploi renforceront la tendance à garantir aux femmes une protection sociale à titre personnel, et non en tant que personnes à charge, La nature des prestations de survivants doit être régulièrement étudiée et, dans l'éventualité d'une réforme, des mesures transitoires appropriées doivent être prévues pour assurer la protection des femmes dont la vie et les attentes ont été fondées sur les modèles du passé.
10. Dans la plupart des sociétés, la persistance des inégalités de rémunération entre hommes et femmes a des répercussions sur les droits des femmes en matière de sécurité sociale. Ce constat souligne la nécessité de poursuivre la lutte contre la discrimination salariale et d'examiner l'opportunité d'introduire un salaire minimum, lorsque celui-ci n'existe pas encore. Celui des deux parents qui s'occupe des enfants devrait bénéficier des prestations de la sécurité sociale correspondantes. En outre, chaque société devrait envisager d'instituer une discrimination positive en faveur des femmes lorsqu'elles font l'objet d'une discrimination systématique.
11. Dans de nombreuses sociétés, le vieillissement de la population est un phénomène qui a des effets significatifs sur les régimes de retraite, qu'ils soient financés par capitalisation ou par répartition, et sur le coût des soins de santé. Cela est bien visible dans les systèmes par répartition qui opèrent un transfert direct entre cotisants et retraités. Il en va de même pour les systèmes par capitalisation, où les actifs financiers sont vendus pour payer les pensions et achetés par les générations actives. La solution du problème passe avant tout par des mesures visant à accroître le taux d'emploi, notamment des femmes, des travailleurs âgés, des jeunes et des personnes handicapées. Il faut aussi trouver les moyens de promouvoir une croissance économique durable afin d'inclure une plus large fraction de la population dans l'emploi productif.
12. Dans maints pays en développement, notamment en Afrique sub- saharienne, la pandémie du VIH/SIDA a, sur tous les plans, des conséquences catastrophiques pour la société. Ses conséquences sont particulièrement graves pour l'assiette financière des systèmes de sécurité sociale, car les victimes se concentrent dans les tranches d'âge actives. Cette crise appelle une réaction beaucoup plus rapide par le biais d'une intensification des recherches et de l'assistance technique du BIT.

13. Dans les systèmes de retraite par répartition et à prestations définies, le risque est supporté collectivement alors que dans les systèmes fondés sur des comptes épargne individuels, le risque est supporté par l'individu. Bien que ce soit là une option qui existe, elle ne devrait pas affaiblir les systèmes de solidarité qui répartissent les risques sur l'ensemble des assurés. Les régimes de retraite légaux doivent garantir des niveaux de prestations suffisants et assurer la solidarité nationale. Les régimes complémentaires de pension et autres dispositifs négociés conçus pour répondre à la situation et à la capacité contributive de différents groupes de la population active peuvent représenter un apport valable mais ne sauraient, dans la plupart des cas, se substituer aux régimes légaux. Les partenaires sociaux ont un rôle important à jouer en ce qui concerne les régimes complémentaires et les autres dispositifs négociés, tandis qu'il appartient à l'État d'établir un cadre réglementaire efficace et des mécanismes d'application et de contrôle. Les gouvernements devraient envisager que toute forme de soutien ou d'incitation fiscale associée à ces régimes soit axée sur les travailleurs à revenu faible ou moyen. Il appartient à chaque société de déterminer la combinaison de régimes qui lui convient, en tenant compte des conclusions de cette discussion générale et de normes pertinentes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.
14. Pour être durable, la viabilité financière des systèmes de retraite doit être garantie à long terme. C'est pourquoi il est nécessaire d'établir régulièrement des projections actuarielles et de procéder aussi tôt que possible aux ajustements nécessaires. Tout projet de réforme doit absolument faire l'objet d'une évaluation actuarielle complète avant l'adoption d'une nouvelle législation. Il doit y avoir un dialogue social sur les hypothèses à utiliser pour l'évaluation et sur l'élaboration des options à envisager en cas de déséquilibre financier.
15. La sécurité sociale couvre les soins de santé et les prestations familiales et garantit la sécurité du revenu en cas d'éventualités telles que maladie, chômage, vieillesse, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité et perte du soutien de famille. Il n'est pas toujours nécessaire, ni même dans certains cas possible, de prévoir la même gamme de prestations pour toutes les catégories de personnes. Toutefois, les systèmes de sécurité sociale évoluent avec le temps et peuvent devenir plus complets quant aux catégories protégées et à l'éventail de prestations servies, à mesure que la situation nationale le permet. Lorsque la capacité de financer la sécurité sociale est limitée, que ce soit par le biais des recettes fiscales générales ou de cotisations - notamment lorsqu'il n'y a pas d'employeur pour payer une partie de la cotisation -, priorité devrait d'abord être donnée aux besoins jugés les plus pressants par les groupes concernés.
16. Dans le cadre des principes de base exposés précédemment, chaque pays devrait définir une stratégie nationale pour atteindre l'objectif de la sécurité sociale pour tous. Celle-ci devrait être étroitement liée à la stratégie qu'il a adoptée en matière d'emploi et à ses autres politiques sociales. Des programmes ciblés d'assistance sociale pourraient constituer un moyen d'amorcer l'introduction de la sécurité sociale pour les groupes exclus. Les recettes publiques des pays en développement étant limitées, il peut se révéler nécessaire de diversifier les sources de financement de la sécurité sociale, en prévoyant par exemple un financement tripartite. Dans la mesure du possible, l'État pourrait prendre à sa charge les coûts de démarrage, fournir des apports en nature - installations et équipements - ou un appui aux groupes à faible revenu. Le dialogue social est nécessaire pour assurer l'efficacité des initiatives visant à instituer ou à étendre la sécurité sociale. En cas de modification des systèmes établis de sécurité sociale, il faudrait prévoir une protection suffisante des bénéficiaires existants. Il faut encourager la mise en place de régimes pilotes novateurs. Des recherches bien conçues et d'un bon rapport coût-efficacité sont nécessaires pour pouvoir procéder à des évaluations objectives de ces régimes. Il convient de prévoir des recherches et une assistance technique en vue d'améliorer la gouvernance des systèmes.

17. Les activités de l'OIT dans le domaine de la sécurité sociale devraient s'ancrer dans la déclaration de Philadelphie, le concept de travail décent et les normes pertinentes de l'OIT en matière de sécurité sociale. La plus grande partie de la population mondiale ne bénéficie pas de la sécurité sociale. Ce défi majeur doit être relevé au cours des années à venir. Dans cette perspective, la Conférence propose:

- qu'une vaste campagne soit lancée pour promouvoir l'extension de la couverture de la sécurité sociale;
- que l'OIT exhorte les gouvernements à accorder un rang de priorité plus élevé à la sécurité sociale et dispense une assistance technique dans les cas appropriés;
- que le BIT dispense des conseils aux gouvernements et aux partenaires sociaux quant à la formulation d'une stratégie nationale de sécurité sociale et aux moyens de la mettre en œuvre;
- que le Bit recense et diffuse des exemples de meilleures pratiques.

4.4 Discussion récurrente sur l'objectif stratégique de la protection sociale (sécurité sociale) en vertu du suivi de la déclaration de l'OIT de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable

La conférence générale de l'Organisation international du travail, réunie en sa 101e session en juin 2012 à Genève, dans le cadre de sa discussion récurrente sur l'objectif stratégique de la protection sociale (sécurité sociale) en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, a adopté une recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale dont le texte est reproduit ci-après:

Il s'agit d'une nouvelle norme juridique que les Etats membres sont tenus de traduire sur le plan national par les mécanismes appropriés. LE vote à la conférence a eu lieu 24 ans après la dernière discussion en 1988 sur un instrument juridique contraignant en matière de protection sociale.

TEXTE DE LA RECOMMANDATION CONCERNANT LES SOCLES NATIONAUX DE PROTECTION SOCIALE

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail, Convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 30 mai 2012, en sa cent unième session; Réaffirmant que le droit à la sécurité sociale est un droit de la personne;

Reconnaissant que le droit à la sécurité sociale est, avec la promotion de l'emploi, une nécessité économique et sociale pour le développement et le progrès;

Reconnaissant que la sécurité sociale est un outil important pour prévenir et réduire la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale et l'insécurité sociale, pour promouvoir l'égalité des chances, l'égalité entre hommes et femmes et l'égalité raciale et pour soutenir la transition de l'emploi informel à l'emploi formel;

Considérant que la sécurité sociale est un investissement dans les hommes et les femmes leur donnant la capacité de s'adapter aux changements de l'économie et du marché du travail et que les systèmes de sécurité sociale agissent en tant qu'amortisseurs sociaux et économiques automatiques et qu'ils contribuent à stimuler la demande globale en période de crise et au-delà ainsi qu'à favoriser la transition vers une économie plus durable.

Considérant qu'une priorité donnée à des politiques visant à promouvoir la croissance durable à long terme, associées à l'inclusion sociale, contribue à surmonter l'extrême pauvreté et à réduire les inégalités et les différences sociales dans les régions et entre elles;

Reconnaissant que la transition vers l'emploi formel et l'établissement de systèmes de sécurité sociale durables se renforcent mutuellement;

Rappelant que la Déclaration de Philadelphie reconnaît l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de contribuer "à réaliser (…) l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets";

Considérant la Déclaration universelle des droits de l'homme, en particulier les articles 22 et 25, et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, en particulier les articles 9, 11 et 12;

Considérant en outre les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale, en particulier la convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la recommandation (no 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (no 69) sur les soins médicaux, 1944, et notant que ces normes conservent toute leur pertinence et continuent d'être des références importantes pour les systèmes de sécurité sociale;

Rappelant que la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable reconnaît que "les engagements et les efforts des Membres et de l'Organisation visant à mettre en œuvre le mandat constitutionnel de l'OIT, notamment par l'intermédiaire des normes internationales du travail, et à placer le plein emploi productif et le travail décent au cœur des politiques économiques et sociales devraient se fonder sur [l'objectif pouvant] se décliner comme suit: (…) ii) prendre et renforcer des mesures de protection sociale (…) durables et adaptées aux circonstances nationales, en particulier (…) l'extension de la sécurité sociale à tous";

Considérant la résolution et les conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), adoptées par la Conférence internationale du Travail à sa centième session;

(2011), qui reconnaissent le besoin d'une recommandation qui viendrait compléter les normes existantes de l'OIT relatives à la sécurité sociale et fournir des orientations aux Membres aux fins de l'établissement de socles de protection sociale adaptés à la situation et au niveau de développement de chaque pays, dans le cadre de systèmes complets de sécurité sociale;

Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives aux socles de protection sociale, question qui fait l'objet du quatrième point à l'ordre du jour de la session;

Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une recommandation, adopte, ce jour de juin deux mille douze la recommandation ci-après, qui sera dénommée Recommandation sur les socles de protection sociale, 2012.

I. Objectifs, champ d'application et principes

1. La présente recommandation fournit aux Membres des orientations pour:

a) établir ou maintenir, selon le cas, des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale;

b) mettre en oeuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale qui assurent progressivement des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus grand nombre de personnes possible, selon les orientations données par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale.

2. Aux fins de la présente recommandation, les socles de protection sociale sont des ensembles de garanties élémentaires de sécurité sociale définis à l'échelle nationale qui assurent une protection visant à prévenir ou à réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale.

3. Reconnaissant la responsabilité générale et principale qui incombe à l'Etat de donner effet à la présente recommandation, les Membres devraient appliquer les principes suivants:

a) universalité de la protection, fondée sur la solidarité sociale;droit aux prestations prescrit par la législation nationale;

b) caractère adéquat et prévisible des prestations;

c) non-discrimination, égalité entre hommes et femmes et prise en compte des besoins spécifiques;

d) inclusion sociale, y compris des personnes travaillant dans l'économie informelle;

e) respect des droits et de la dignité des personnes couvertes par les garanties de sécurité sociale;

f) réalisation progressive, y compris moyennant la fixation d'objectifs et de délais;

g) solidarité en matière de financement, allant de pair avec la recherche du meilleur équilibre possible entre les responsabilités et les intérêts parmi ceux qui financent et bénéficient des régimes de sécurité sociale;

h) prise en considération de la diversité des méthodes et approches, y compris des mécanismes de financement et des systèmes de fourniture des prestations;

i) gestion financière et administration saines, responsables et transparentes;

j) pérennité financière, budgétaire et économique, compte dûment tenu de la justice sociale et de l'équité;

k) cohérence avec les politiques sociales, économiques et de l'emploi;

l) cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale;

m) services publics de qualité améliorant l'efficacité des systèmes de sécurité sociale;

n) efficacité et accessibilité des procédures de réclamation et de recours;

o) suivi régulier de la mise en oeuvre et évaluation périodique;

p) plein respect de la négociation collective et de la liberté syndicale pour tous les travailleurs;

q) participation tripartite avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives de personnes concernées.

II. Socles nationaux de protection sociale

4. Les Membres devraient, en fonction de leur situation nationale, établir aussi vite que possible et maintenir leurs socles de protection sociale qui devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale. Ces garanties devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale.

5. Les socles de protection sociale visés au paragraphe 4 devraient comporter au moins les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes:

a) accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité;

b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires;

c) sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;

d) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

6. Sous réserve des obligations internationales auxquelles ils sont assujettis, les Membres devraient fournir les garanties élémentaires de sécurité sociale mentionnées dans la présente recommandation au moins à tous les résidents et enfants, tels que définis par la législation nationale.

7. Les garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être instaurées par la loi. La législation nationale devrait définir la gamme, les conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à ces garanties. Des procédures de réclamation et de recours impartiales, transparentes, efficaces, simples, rapides, accessibles et peu coûteuses devraient aussi être définies. L'accès aux procédures de réclamation et de recours devrait être sans frais pour le demandeur. Des systèmes permettant d'améliorer le respect des cadres juridiques nationaux devraient être en place.

8. Lorsqu'ils définissent les garanties élémentaires de sécurité sociale, les Membres devraient dûment tenir compte de ce qui suit:

a) les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables;

b) la sécurité élémentaire de revenu devrait permettre de vivre dignement.

Les niveaux minimaux de revenu définis à l'échelle nationale peuvent correspondre à la valeur monétaire d'un ensemble de biens et services nécessaires, aux seuils nationaux de pauvreté, à des seuils de revenu définis pour l'octroi de l'assistance sociale ou à d'autres seuils comparables établis par la législation ou la pratique nationales, et peuvent tenir compte des différences régionales;

c) les niveaux des garanties élémentaires de sécurité sociale devraient être régulièrement réexaminés dans le cadre d'une procédure transparente établie par la législation ou la pratique nationales, selon qu'il convient;

d) s'agissant de la fixation et du réexamen des niveaux de ces garanties, la participation tripartite avec les organisations représentatives devraient être garanties.

9. (1) Lorsqu'ils fournissent les garanties élémentaires de sécurité sociale, les Membres devraient envisager différentes approches en vue de mettre en oeuvre la combinaison la plus efficace et efficiente de prestations et de régimes, compte tenu du contexte national.

(2) Ces prestations peuvent comprendre les prestations à l'enfance et aux familles, les prestations de maladie et les soins de santé, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité, les prestations de vieillesse, les prestations de survivants, les prestations de chômage et les garanties d'emploi, les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, ainsi que toute autre prestation sociale en espèces ou en nature.

(3) Ces prestations peuvent être dispensées par des régimes tels que des régimes de prestations universels, d'assurance sociale, d'assistance sociale, d'impôt négatif sur le revenu, des régimes publics d'emploi et des régimes d'aide à l'emploi.

10. Lors de la conception et de la mise en oeuvre des socles nationaux de protection sociale, les Membres devraient:

a) combiner mesures préventives, promotionnelles et actives, prestations et services sociaux;

b) promouvoir l'activité économique productive et l'emploi formel en envisageant des politiques qui incluent la passation de marchés publics, l'affectation de crédits budgétaires publics, l'inspection du travail, des politiques du marché du travail et des incitations fiscales et qui favorisent l'éducation, la formation professionnelle, les aptitudes productives et l'employabilité;

c) assurer la coordination avec d'autres politiques favorisant l'emploi formel, la création de revenu, l'éducation, l'alphabétisation, la formation professionnelle, les qualifications et l'employabilité, réduisant la précarité et promouvant l'emploi stable, l'esprit d'entreprise et les entreprises durables dans le cadre du travail décent.

11. (1) Les Membres devraient envisager de recourir à un ensemble varié de méthodes pour mobiliser les ressources nécessaires afin d'assurer la viabilité financière, budgétaire et économique des socles nationaux de protection sociale, en tenant compte des capacités contributives des différents groupes de la population. Ces méthodes, appliquées séparément ou conjointement, pourront consister à veiller au respect effectif des obligations en matière fiscale et de cotisations sociales, à redéfinir les priorités de dépenses ou à mettre en place une assiette de prélèvements plus large et suffisamment progressive.

(2) Aux fins de l'application de ces méthodes, les Membres devraient examiner la nécessité d'adopter des mesures pour prévenir la fraude ainsi que l'évasion fiscale et le non-paiement des cotisations sociales.

12. Les socles nationaux de protection sociale devraient être financés par des ressources nationales. Les Membres dont les capacités économiques et budgétaires sont insuffisantes pour mettre en oeuvre les garanties pourront rechercher une coopération et un appui au niveau international en complément de leurs propres efforts.

III. Stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale

13. (1) Les Membres devraient formuler et mettre en oeuvre des stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale basées sur des consultations nationales, et ce par le biais d'un dialogue social effectif et d'une participation sociale. Les stratégies nationales devraient:

a) accorder la priorité à la mise en oeuvre des socles de protection sociale en tant que point de départ pour les pays qui n'ont pas un niveau minimal de garanties de sécurité sociale et qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale;

b) chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible, reflétant les capacités économiques et budgétaires des Membres.

(2) A cette fin, les Membres devraient progressivement édifier et maintenir des systèmes de sécurité sociale complets et adéquats, cohérents avec les objectifs des politiques nationales et chercher à articuler les politiques de sécurité sociale avec les autres politiques publiques.

14. Lorsqu'ils formulent et mettent en oeuvre les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale, les Membres devraient:

a) fixer des objectifs reflétant les priorités nationales;

b) identifier les lacunes et les obstacles en matière de protection;

c) chercher à combler ces lacunes par le biais de régimes appropriés et coordonnés de manière efficace, à caractère contributif, non contributif ou les deux, y compris en étendant les régimes contributifs existants à toutes les personnes concernées ayant une capacité contributive;

d) compléter la sécurité sociale par des politiques actives du marché du travail, y compris par la formation professionnelle ou d'autres mesures, selon qu'il convient;

e) préciser les besoins financiers et les ressources, ainsi que les délais et les étapes pour la réalisation progressive des objectifs;

f) mieux faire connaître leurs socles de protection sociale et leurs stratégies d'extension et lancer des programmes d'information, y compris dans le cadre du dialogue social.

15. Les stratégies d'extension de la sécurité sociale devraient s'appliquer aux personnes relevant tant de l'économie formelle que de l'économie informelle, soutenir la croissance de l'emploi formel et la réduction de l'informalité, s'inscrire dans les plans de développement économique, social et environnemental des Membres et favoriser leur mise en oeuvre.

16. Les stratégies d'extension de la sécurité sociale devraient assurer un appui aux groupes défavorisés et aux personnes ayant des besoins spécifiques.

17. Lorsqu'ils établissent des systèmes complets de sécurité sociale qui reflètent les objectifs, les priorités et les capacités économiques et budgétaires au plan national, les Membres devraient viser à assurer la gamme et le niveau des prestations prévus dans la convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ou dans d'autres conventions et recommandations de l'OIT relatives à la sécurité sociale comportant des normes plus avancées.

18. Les Membres devraient envisager de ratifier la convention (no 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, dès que la situation nationale le permet. Les Membres devraient en outre envisager, selon le cas, de ratifier ou de donner effet à d'autres conventions et recommandations de l'OIT relatives à la sécurité sociale comportant des normes plus avancées.

IV. Suivi

19. Les Membres devraient effectuer un suivi des progrès réalisés dans la mise en oeuvre des socles de protection sociale et dans la réalisation des autres objectifs des stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale, par le biais de mécanismes appropriés définis à l'échelle nationale, y compris la participation tripartite avec les organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs ainsi que la consultation d'autres organisations pertinentes et représentatives de personnes concernées.

20. Les Membres devraient organiser régulièrement des consultations nationales afin d'évaluer les progrès accomplis et d'examiner des politiques en vue de la poursuite de l'extension horizontale et verticale de la sécurité sociale.

21. Pour les besoins du paragraphe 19, les Membres devraient régulièrement collecter, compiler, analyser et publier un ensemble adéquat de données, de statistiques et d'indicateurs de sécurité sociale ventilés, en particulier par sexe.

22. Lorsqu'ils formulent ou révisent les concepts, les définitions et la méthodologie utilisés pour produire des données, des statistiques et des indicateurs de sécurité sociale, les Membres devraient prendre en considération les orientations pertinentes fournies par l'Organisation internationale du Travail, en particulier la résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale adoptée par la neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail, selon qu'il convient.

23. Les Membres devraient mettre en place un cadre juridique visant à sécuriser et à protéger les informations personnelles privées enregistrées dans les systèmes de données de la sécurité sociale.

24. (1) Les Membres sont encouragés à échanger des informations, des expériences et de l'expertise concernant les stratégies, les politiques et les pratiques en matière de sécurité sociale, entre eux et avec le Bureau international du Travail.

(2) Dans le cadre de la mise en oeuvre de la présente recommandation, les Membres pourront solliciter l'assistance technique de l'Organisation internationale du Travail et d'autres organisations internationales pertinentes, compte tenu de leurs mandats respectifs.

Les documents produits durant la Conférence sont tirés à un nombre restreint d'exemplaires afin de réduire autant que possible l'impact sur l'environnement des activités de l'OIT et de contribuer à la neutralité climatique. Nous serions reconnaissants aux délégués et aux observateurs de bien vouloir se rendre aux réunions munis de leurs propres exemplaires afin de ne pas avoir à en demander d'autres. Nous rappelons que tous les documents de la Conférence sont accessibles sur Internet à l'adresse http://www.ilo.org.

Collaboration internationale en matière de protection sociale

31

1 L'UNION EUROPÉENNE

Les systèmes de protection sociale édifiés par les Etats membres constituent l'un des grand piliers du modèle social européen, qui vise à combiner compétitivité et justice sociale. Toutefois, la rapidité des changements économiques, technologiques et démographiques actuels renforcent le besoin de moderniser ces systèmes, afin de maintenir un niveau de pension correct, de garantir l'accès des citoyens à des systèmes de soins de santé de qualité et de renforcer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les pays de l'Union européenne travaillent ensemble pour s'assurer qu'il n'y ait pas de laissés pour compte.

La stratégie "Europe 2020" présente trois priorités qui doivent se renforcer mutuellement

- une croissance intelligente : développer une économie fondée sur la connaissance et l'innovation
- une croissance durable : promouvoir une économie plus efficace
- dans l'utilisation des ressources, plus verte et plus compétitive
- une croissance inclusive : encourager une économie à fort taux d'emploi favorisant la cohésion social et territoriale.

La stratégie de modernisation de la protection sociale repose sur quatre grands objectifs:

- garantir des pensions sûres et viables;
- promouvoir l 'intégration sociale;
- garantir un niveau de vie élevé et durable des soins de santé;
- réformer les régimes fiscaux et les systèmes de prestations sociales afin de rendre le travail plus avantageux financièrement.

Le Comité de la protection sociale et la méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociale

Le Comité de la protection, prévu par le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, a été officiellement créé à la suite de décisions du Conseil prises en 2000 et en 2004.Ce comité constitue un lieu d'échanges et de coopération entre les États membres et la Commission européenne dans le cadre de la méthode ouverte de coordination en matière de d'inclusion sociale, de soins de santé, de soins de longue durée et de retraites (surnommée la "MOC sociale").

La méthode ouverte de coordination en matière de protection et d'inclusion sociale permet à l'Union européenne de fournir un cadre pour l'élaboration de stratégies nationales et pour la coordination des politiques entre les pays de l'UE dans les domaines de la pauvreté et de l'exclusion sociale, des soins de santé, des soins de longue durée et des retraites.

La méthode ouverte de coordination est un processus volontaire de coopération politique fondé sur l'établissement d'objectifs et d'indicateurs communs destinés à mesurer la progression vers ces objectifs.

La méthode ouverte de coordination vise également à mettre en place un apprentissage mutuel en ce qui concerne l'examen approfondi des politiques, programmes et dispositifs institutionnels présentés comme constituant de "bonnes pratiques" dans les rapports nationaux. L'un des outils les plus importants à cet égard est l'examen par les pairs, qui favorise la diffusion des bonnes pratiques entre les États membres par l'évaluation de l'efficacité des principales politiques ou institutions.

Le Comité de la protection sociale joue notamment un rôle central dans la préparation de l'examen annuel, par le Conseil, du rapport conjoint sur la protection et l'inclusion sociale.

En outre, le comité élabore des rapports, rédige des avis et entreprend des actions relevant de son champ de compétences, à son initiative ou à la demande du Conseil ou de la Commission.

Le Comité de la protection sociale est composé de deux représentants issus de chaque État membre et de deux représentants de la Commission européenne. Il élit son président pour un mandat non renouvelable de deux ans.

Le président du comité est assisté d'un Bureau réunissant la Commission, deux vice-présidents élus et deux autres vice-présidents: l'un représentant le pays chargé de la présidence tournante du Conseil, l'autre représentant le pays qui assurera la présidence suivante.

Le secrétariat du comité est assuré par la Commission.Pour l'assister dans ses fonctions, le comité a mis en place le sous-groupe "Indicateurs" (ISG).

Dans l'exercice de ses fonctions, le Comité de la protection sociale travaille en étroite collaboration avec les autres comités chargés d'examiner la politique sociale et économique au niveau communautaire, notamment le comité de l'emploi (EMCO) et le comité de politique économique (CPE).

2 LE CONSEIL DE L'EUROPE

Créé le 5 mai 1949, le Conseil de l'Europe regroupe actuellement les 47 Etats suivants: Albanie, Allemagne, Andorre, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Macédoine, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Russie, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Tchéquie, Turquie, Ukraine.

Le but du Conseil de l'Europe est de réaliser une union plus étroite entre ses membres afin de sauvegarder et de promouvoir les idéaux et les principes qui sont leur patrimoine commun et de favoriser leur progrès économique et social. Il doit atteindre cet objectif par l'examen des questions d'intérêt commun, la conclusion d'accords et par l'adoption d'une action commune dans les domaines économique, social, culturel, scientifique, juridique et administratif, ainsi que par la sauvegarde et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Seuls les aspects militaires et de la défense sont exclus de la compétence du Conseil de l'Europe.

Le comité des ministres est l'instance de décision du Conseil de l'Europe. Composé des ministres des affaires étrangères des Etats membres ou de leurs représentants permanents, il organise la coopération intergouvernementale.

L'assemblée parlementaire est l'instance délibérante du Conseil de l'Europe, formée de délégués issus des différents parlements nationaux. Elle aborde des sujets d'actualité et des thèmes de caractère prospectif qui ont trait, notamment, aux problèmes de société et aux questions de politique internationale.

Pour renforcer le dialogue intergouvernemental sur les questions qui concernent les sociétés européennes et pour promouvoir la recherche de solutions communes, des conférences de ministres spécialisés ont lieu régulièrement dans le cadre du Conseil de l'Europe. Ainsi, les ministres européens responsables de la justice, des droits de l'homme, des médias, de l'éducation, de la culture, du sport, de la jeunesse de l'aménagement du territoire, de l'environnement, de la santé, des affaires familiales, de la sécurité sociale et autres, se réunissent régulièrement dans le cadre de cette organisation.

Les activités du Conseil de l'Europe dans le domaine social et économique s'inscrivent dans ce contexte de la coopération intergouvernementale. Elles comprennent notamment l'évolution démographique, la migration et les minorités, la cohésion sociale et la santé. Dans ces domaines, le Conseil de l'Europe soutient l'action des gouvernements et complète celle d'autres organisations internationales. Pour toutes ces questions techniques, le comité des ministres fait appel à des experts nationaux qui se réunissent soit en comités permanents, soit en comités ad hoc.

L'organe intergouvernemental le plus important en matière de collaboration sociale est le comité de cohésion sociale.

La Plateforme européenne de la cohésion sociale

L'ancien comité de cohésion sociale (CDDECS) a cessé ses activités en fin d'année 2015 et a été remplacé par une nouvelle instance dénommée Plateforme de la cohésion sociale (PECS).

I. La participation

La cohésion sociale est, selon le Conseil de l'Europe[1)], la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres ; elle repose sur 4 idées maîtresses: 1/ Réinvestir dans les droits sociaux ; 2/ Bâtir une Europe des responsabilités sociales partagées ; 3/ Renforcer la représentation et le processus décisionnel démocratique, et développer le dialogue social et l'engagement civique ; 4/ Bâtir un avenir sûr pour tous.

Un des buts de la Plateforme est d'assurer l'intégration de la question de la cohésion sociale dans toutes les activités du Conseil de l'Europe et pratiquement toutes les institutions et comités pertinents listés dans le mandat ont répondu présent et témoigné d'une réelle volonté de collaboration.

La présence de l'Union Européenne - y compris Eurofound et la FRA - et de l'UNHCR, qui ont exprimé leur volonté de collaborer avec la Plateforme, notamment sur des questions d'intérêt commun.

Du point de vue de la participation, la mise en œuvre du mandat de la Plateforme a commencé de manière très positive. Tous les pays membres du Conseil de l'Europe, à une exception près, ont répondu à l'invitation de participer à la Plateforme et 44 Etats membres, ainsi que deux Etats observateurs, étaient présents.

II. Programme de travail pour 2016-2017

La Plateforme a eu un échange de vues sur les développements récents dans les Etats membres et a discuté de manière détaillée la meilleure mise en œuvre possible de son mandat, dans les limites des ressources allouées, en mettant l'accent sur une approche intégrée au sein du Conseil de l'Europe.

---

1) Nouvelle stratégie et plan d'action pour la cohésion sociale, 2010.

Promouvoir la cohésion sociale reste un des défis pour tous les pays membres qui ont ainsi fait preuve d'un effort commun de capter l'air du temps pour mieux répondre aux besoins. C'est l'expression de notre responsabilité et notre bonne volonté d'œuvrer pour l'application de la Charte sociale européenne (révisée) ; de recenser les principaux obstacles à l'accès et à la jouissance des droits économiques et sociaux, avec une attention particulière aux jeunes et aux personnes vulnérables ou défavorisées, et communiquer avec les comités concernés autour des résultats de ce travail.

Le choix s'est donc porté vers une nécessaire approche ciblée et concrète.

La Plateforme a donc opté pour l'organisation de ses travaux autour des trois domaines en lien direct avec son mandat, chacun soutenu par un groupe de travail. Ceux-ci concernent :

> *L'approche intégrée de la cohésion sociale au sein du Conseil de l'Europe (Groupe 1)*, visant en particulier une évaluation de l'impact des activités des organes et comités du Conseil de l'Europe afin de réaliser la cohésion sociale et la jouissance des droits sociaux ;
>
> *La promotion d'échanges des bonnes pratiques et des approches novatrices (Groupe 2)*, qui (par le biais d'un questionnaire) devrait identifier les bonnes pratiques et les approches innovantes non seulement dans les États membres mais aussi au sein des institutions internationales compétentes et d'autres parties prenantes ;
>
> L'examen de nouvelles tendances et défis dans des domaines spécifiques tels que ceux indiqués par le mandat (Groupe 3), qui se penchera en particulier sur les perspectives d'avenir et le rôle du Conseil de l'Europe en ce domaine.

III. Méthodes de travail

La prochaine réunion de la Plateforme se tiendra en septembre 2017. Pendant ce temps les groupes de travail avanceront dans leur travail par le biais d'espaces collaboratifs IT.

La participation de représentants de la PECS en tant qu'observateurs aux comités compétents du Conseil de l'Europe pourra faciliter la mise en œuvre de son mandat relatif à l'approche intégrée de la cohésion sociale. Demain et après-demain par exemple je participerai à la première réunion du Comité ad hoc pour les droits de l'enfant (CAHENF).

La première édition de la Newsletter a été soumise à la Plateforme lors de sa première réunion et a vu le jour officiellement le 1er juillet. Elle sera men-suelle et disponible tous les 1er du mois (exception faite pour le mois d'août du fait de la période estivale). Le deuxième numéro est paru donc le 1er septembre et le 3e sera disponible le 1er octobre.

Une page Internet sur le site de la Charte sociale européenne est consacrée à la Plateforme; les informations et documents pertinents y seront disponibles ainsi qu'un espace collaboratif pour les groupes de travail.

Par ce biais enfin, la Plateforme contribuera également au rapport intermédiaire du Secrétaire général sur les progrès et résultats enregistrés dans ce domaine - après la fin de la première année - et au rapport final à la fin de 2017, aussi avec la déclaration au Comité des Ministres sur les perspectives d'avenir et le rôle du Conseil de l'Europe dans ce domaine (par le groupe 3).

Les résultats du travail de la Plateforme sont censés rapporter une valeur ajoutée sans estime pour la politique du Conseil de l'Europe au profit des citoyens de la Grande Europe. Les trois groupes de travail sont les intermédiaires qui vont analyser les résultats et finaliser les travaux dans les trois domaines définis.

3 L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

3.1 Mission

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est une organisation internationale à but non lucratif, qui regroupe des institutions, des services gouvernementaux, des agences et d'autres organismes gestionnaires d'un ou plusieurs aspects de la sécurité sociale.

Aux fins de l'application des statuts de l'AISS, le terme "sécurité sociale" désigne tout régime ou programme établi par voie législative ou tout autre accord d'application obligatoire en vue d'assurer une protection, en espèces ou en nature, en cas d'accidents du travail, de maladies professionnelles, chômage, maternité, maladie, invalidité, vieillesse, retraite, décès ou situation de survivant, et englobe, notamment, les allocations pour enfants et autres membres de famille, les soins de santé, la prévention, la réadaptation et les soins de longue durée. Ce terme peut inclure l'assurance sociale, l'aide sociale, la mutualité, les fonds de prévoyance et autres dispositifs qui, conformément à la législation ou à la pratique nationale, font partie du système de sécurité sociale d'un pays.

Le but de l'AISS est de coopérer, sur le plan international, à la promotion et au développement de la sécurité sociale dans le monde entier, essentiellement par son perfectionnement technique et administratif, afin d'améliorer la situation sociale et économique de la population sur la base de la justice sociale.

Pour atteindre ce but, l'AISS:

- favorise la confrontation d'expériences et l'échange d'informations et d'expertise entre ses membres, notamment par:
  - l'organisation de réunions internationales;
  - le recueil et la diffusion d'informations sur les questions de sécurité sociale;

- la promotion de la formation et de l'assistance technique mutuelle;

- procède à des recherches et à des enquêtes en matière de sécurité sociale et en encourage l'organisation;
- coopère avec l'Organisation internationale du travail et d'autres organisations internationales exerçant une activité dans le domaine de la sécurité sociale;
- entreprend toute autre activité décidée par les instances dirigeantes.

Les organes statutaires de l'AISS sont l'assemblée générale, le conseil, le bureau et la commission de contrôle.

Les dirigeants de l'AISS sont le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire général.

L'Association luxembourgeoise des organismes de sécurité sociale (aloss) est membre de l'AISS.

3.2 Activités

- *Développement et mise en place d'un Centre pour l'excellence en matière d'administration de la sécurité sociale*

Le développement et la mise en place du Centre pour l'excellence de l'AISS en matière d'administration de la sécurité sociale renforce substantiellement le travail et les services de l'AISS en matière d'efficience et d'efficacité administrative et opérationnelle. En se fondant sur les lignes directrices de l'AISS relatives aux principaux thèmes de l'administration de la sécurité sociale, le Centre pour l'excellence fournira un ensemble complet et cohérent de services conçus pour soutenir utilement les institutions membres de l'AISS dans leurs efforts pour réaliser des améliorations administratives.

- *Lignes directrices de l'AISS et outils d'autoévaluation*

Cette activité assure la coordination de l'élaboration de nouvelles lignes directrices et d'outils d'autoévaluation dans le cadre des projets de l'AISS, ainsi que, si nécessaire et en accord avec les Commissions techniques, la révision ou l'élargissement des lignes directrices existant. Elle est mise en œuvre par le Secrétariat en étroite collaboration avec les Commissions techniques de l'AISS et apporte son concours au Comité du Bureau sur les lignes directrices dans le cadre de la réalisation de son programme de travail.

- *Etudes comparatives de l'AISS*

Le Baromètre international des administrations de la sécurité sociale offre à un nombre important d'institutions membres de l'AISS un outil de comparaison unique de leur performance administrative dans les branches de l'assurance vieillesse et invalidité.

- *Académie de l'AISS*

L'Académie de l'AISS a pour mission de proposer aux institutions membres différentes plateformes de formation et d'échanges sur les défis, expériences et solutions adoptées lors d'activités visant l'amélioration administrative, fondées sur les lignes directrices de l'AISS. Elle leur apporte les connaissances nécessaires à ces améliorations tout en leur permettant de replacer les questions abordées dans leur contexte, en fonction des régions ou des branches de la sécurité sociale concernées. Outre un programme de séminaires couvrant les domaines techniques des lignes directrices, l'Académie, consciente de l'importance de la direction dans l'évolution organisationnelle, proposera des séminaires destinés aux directeurs généraux des institutions de la sécurité sociale. Basées sur les lignes directrices, des formations sanctionnées par un diplôme officiel et conduites par des instituts de formation agréés constitueront un outil majeur de la stratégie de développement des ressources humaines des institutions membres. Enfin, des possibilités de formation en ligne associées à chaque ligne directrice complèteront l'offre de l'Académie.

- *Service de conseil technique et de soutien de l'AISS*

Le service de soutien et de conseil technique de l'AISS a pour but de fournir un appui et un soutien aux institutions membres travaillant sur des initiatives destinées à parvenir à l'excellence dans l'administration de la sécurité sociale en rapport avec les thèmes des lignes directrices de l'AISS. L'Association va substantiellement étoffer son service d'informations techniques existant afin de donner la possibilité à ses institutions membres d'adresser au Secrétariat des demandes techniques sur les lignes directrices, mais les ressources limitées de ce dernier ne lui permettront pas d'assurer un soutien technique de long terme aux institutions membres. Par conséquent, si des membres ont besoin d'un soutien prolongé, le service de soutien et de conseil technique de l'AISS les aidera en facilitant les contacts avec d'autres membres susceptibles de partager leur expérience ou d'apporter une assistance avec des experts externes.

- *Reconnaissance de l'AISS*

Le programme de reconnaissance de l'AISS offre aux institutions membres la possibilité d'obtenir une reconnaissance formelle de la part de l'AISS pour leur mise en oeuvre d'une ou de plusieurs lignes directrices. Le programme de reconnaissance de l'AISS sera volontaire pour ses institutions membres et vise à inciter ces institutions à mettre en oeuvre les lignes directrices et à leur fournir un outil de nature à les aider efficacement à accroître leur légitimité auprès de leurs interlocuteurs. Compte tenu de la complexité de la mise en oeuvre du programme de reconnaissance, ce service fera initialement l'objet d'un projet pilote portant sur une ou deux lignes directrices et sera réservé à un nombre limité d'institutions membres, avant d'être étendu à davantage de lignes directrices et à l'ensemble des membres de l'AISS.

3.3 Déclaration de la 28e assemblée générale de l'Association internationale de la sécurité sociale (Beijing 2004)

Lors de l'assemblée générale de l'AISS qui s'est tenue à Beijing en 2004 une déclaration dénommée "Pas de paix durable sans justice sociale" a été adoptée dont le texte est libellé comme suit :

Des directeurs et administrateurs des régimes de sécurité sociale ainsi que des responsables politiques, représentant les 377 institutions membres de l'Association internationale de la sécurité sociale dans 151 pays, se sont réunis à Beijing (Chine) du 12 au 18 septembre 2004 pour la 28e assemblée générale de l'AISS.

Au cours de l'assemblée générale, l'accent a été mis sur le rôle joué par la sécurité sociale dans le développement social et économique et sur la nécessité d'assurer une bonne gouvernance et de garantir les droits à la sécurité sociale. Les efforts de réforme déployés par tous les pays dans le monde entier pour améliorer leur système de sécurité sociale ont été soulignés par l'assemblée.L'assemblée générale a noté avec grande inquiétude que:

- La majorité de la population mondiale ne bénéficie pas d'un régime formel de protection sociale contre les risques liés à la vieillesse, à l'invalidité, au décès, à la maladie, aux accidents du travail et au chômage, et que, dans certaines régions du monde, les taux de couverture ont même diminué ces dernières années.
- Les débats publics sont dominés par le coût de la sécurité sociale, tandis que les effets bénéfiques du développement de la sécurité sociale sur le développement économique et social dans l'ère de la mondialisation ont été largement passés sous silence.
- Le vieillissement de la population est souvent perçu comme un défi pour la protection sociale.
- Les efforts déployés pour garantir la viabilité financière des régimes de sécurité sociale pourraient faire abstraction de l'adéquation des niveaux de prestations et, par conséquent, du niveau de protection dont bénéficie la population.
- L'effet conjugué de cette évolution a contribué à ébranler la confiance du public dans la viabilité future des programmes de sécurité sociale, laissant de nombreux citoyens déconcertés et inquiets quant à la protection sociale dont ils bénéficieront, ainsi que leur famille, en cas de besoin.

Le Président et les Vice-présidents de l'assemblée générale déclarent que les délibérations de l'assemblée générale ont mis clairement en évidence l'existence d'un consensus à l'échelon international sur les principaux points suivants:

a) Le lien fondamental entre développement social et développement économique

La sécurité sociale joue un rôle clé dans la stimulation du développement économique et social en favorisant la croissance économique et la cohésion sociale. Le développement économique doit aller de pair avec le développement social et la sécurité sociale est un élément essentiel aussi bien pour l'un que pour l'autre.

b) Extension de la couverture

Afin de lutter contre la pauvreté et de parvenir à l'intégration sociale, la couverture de protection sociale doit être étendue aux catégories de la population qui ne bénéficient d'aucune protection formelle de sécurité sociale. La sécurité sociale est au centre de toute stratégie visant à lutter contre la pauvreté et il convient de trouver de nouvelles méthodes permettant d'étendre la couverture.

c) Bonne gouvernance et information du public

Une bonne gouvernance est le fondement d'un programme efficace de sécurité sociale. Des communications claires et appropriées et des débats équilibrés sur la sécurité sociale créent la confiance et permettent au public de faire des choix en toute connaissance de cause. Le programme doit être administré avec intégrité et dans le respect des lois sur lesquelles il repose.

d) Droits à la sécurité sociale

Il incombe aux gouvernements d'offrir des garanties appropriées en ce qui concerne les droits à la sécurité sociale. Les gouvernements sont notamment chargés de mettre en place des mécanismes de surveillance et de réglementation efficaces destinés à protéger les droits aux prestations des affiliés à des régimes privés de protection sociale.

e) Vieillissement de la population

Le vieillissement de la population constitue un nouveau défi et offre de nouvelles possibilités en matière de réforme du marché de l'emploi permettant de s'adapter à l'évolution constante de l'économie mondiale et d'assurer la viabilité à long terme des régimes de sécurité sociale. Les gouvernements ont un rôle fondamental à jouer dans la prolongation de la vie active en modifiant les modalités de la retraite et dans l'amélioration de leur marché de l'emploi en favorisant l'acquisition de compétences et l'apprentissage.

f) Conclusion

La sécurité sociale joue un rôle essentiel dans le développement économique et social. Tous les pays doivent donc renouveler leurs efforts pour faire face aux problèmes auxquels la sécurité sociale est confrontée et prendre des mesures immédiates visant à étendre la protection sociale à ceux qui vivent en marge de la société et à rendre la sécurité sociale accessible à plus de personnes.

Chaque pays doit décider du type de système de sécurité sociale qu'il veut et peut avoir et mettre en place un système qui tienne pleinement compte des valeurs de la population. Cette décision n'appartient pas seulement aux pouvoirs publics ni uniquement aux administrateurs de la sécurité sociale ni aux seuls partenaires sociaux. Un engagement clair des gouvernements en faveur de la sécurité sociale est essentiel pour la garantie à long terme de sa viabilité sociale et financière.

L'AISS est dans une position privilégiée pour accompagner les institutions de sécurité sociale dans le monde entier dans les efforts qu'elles déploient pour étendre la couverture de sécurité sociale, renforcer leurs capacités administratives, améliorer les services et le niveau de protection fournis à la population et favoriser un débat en toute connaissance de cause sur l'avenir de la sécurité sociale dans leur pays.

L'AISS doit par conséquent améliorer et intensifier ses efforts pour atteindre l'objectif énoncé dans ses statuts: "...de coopérer, sur le plan international, à la promotion et au développement de la sécurité sociale dans le monde entier... afin d "améliorer la situation économique et sociale de la population sur la base de la justice sociale"

Adresses utiles

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	Internet
Ministère de la Sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2936 Luxembourg	2478-2478	247-86328	mss@mss.etat.lu www.mss.public.lu
Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	L-2919 Luxembourg	2478-2478	247-86570	info@mfi.public.lu www.mfi.public.lu
Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Economie sociale et solidaire	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	L-2939 Luxembourg	2478-2478	247-86325 247-86108	info@mte.public.lu www.mte.public.lu
Inspection générale de la sécurité sociale	26, rue Zithe L-2763 Luxembourg	boîte postale 1308 L-1013 Luxembourg	2478-2478	247-86225	igss@igss.etat.lu www.mss.public.lu
Cellule d'évaluation et d'orientation (CEO)	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2974 Luxembourg	247-86060 (Réception & Helpline)	247-86061 247-86055	secretariat@igss.etat.lu www.mss.public.lu
Centre commun de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2975 Luxembourg	40 141-1	40 44 81	cca.mail@secu.lu www.ccss.lu
Caisse nationale de santé	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2980 Luxembourg	27 57-1	27 57 27-58	cns@secu.lu www.cns.lu
Agences CNS					
Bettembourg	4, route de Mondorf L-3260 Bettembourg	boîte postale 27 L-3201 Bettembourg	51 13 10	51 13 10-55	
Clervaux	84, Grand-rue L-9711 Clervaux	boîte postale 36 L-9701 Clervaux	92 11 01	92 11 01-55	
Diekirch	16, rue Jean l'Aveugle L-9208 Diekirch	boîte postale 150 L-9202 Diekirch	80 93 13	80 93 13-55	
Differdange	9, rue Michel Rodange L-4660 Differdange	boîte postale 11 L-4501 Differdange	58 80 04	58 80 04-55	
Dudelange	57, Place de l'Hôtel de Ville L-3590 Dudelange	boîte postale 87 L-3401 Dudelange	51 18 43	51 18 43-55	
Echternach	Porte St-Willibrord L-6486 Echternach	boîte postale 18 L-6401 Echternach	72 02 50	72 02 50-55	
Esch/Alzette	Coin Grand-rue et rue de l'Eglise L-4132 Esch/Alzette	boîte postale 332 L-4004 Esch/Alzette	53 05 37	53 05 37-55	

Adresses utiles (suite)

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	Internet
Ettelbruck	30, rue Prince Henri L-9047 Ettelbruck	boîte postale 115 L-9002 Ettelbruck	81 01 62	81 01 62-55	
Grevenmacher	9, rue de Centenaire L-6719 Grevenmacher	boîte postale 37 L-6701 Grevenmacher	75 02 97	75 02 97-55	
Luxembourg-Hollerich	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2973 Luxembourg	27 57-1	27 57 27-58	
Luxembourg-Ville	8, boulevard Royal L-2449 Luxembourg		47 17 84	47 17 84-55	
Mersch	Topaze shopping center route de Colmar-Berg L-7525 Mersch	boîte postale 92 L-7501 Mersch	32 00 65	32 00 65-55	
Rédange-Attert	33, Grand-rue L-8510 Rédange-Attert	boîte postale 32 L-8501 Rédange-Attert	23 62 10 62	23 62 10 62-55	
Remich	6, avenue Lamort-Velter L-5574 Remich	boîte postale 8 L-5501 Remich	23 66 90 09	23 66 90 09-55	
Rumelange	Place G.-D. Charlotte L-3710 Rumelange	boîte postale 22 L-3701 Rumelange	56 50 40	56 50 40-55	
Wiltz	6, Grand-rue L-9530 Wiltz	boîte postale 107 L-9502 Wiltz	95 80 37	95 80 37-55	
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics	32, avenue Marie-Thérèse L-2132 Luxembourg	L-2091 Luxembourg	45 16 81	45 67 50	www.secu.lu
Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux	20, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg	boîte postale 328 L-2013 Luxembourg	45 05 15	45 02 01-222	www.secu.lu
Entraide médicale des chemins de fer luxembourgeois	15, Place de la gare L-1616 Luxembourg	boîte postale 1803 L-1018 Luxembourg	49 90-3416	49 90-4501	www.secu.lu

Adresses utiles (suite)

Organisme	Adresse	Adresse postale	Téléphone	Télécopieur	Internet
Caisse nationale d'assurance pension	1a, boulevard Prince Henri L-1724 Luxembourg	L-2096 Luxembourg	22 41 41-1	22 41 41-6443	cnap@secu.lu www.cnap.lu
Association d'assurance accident	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2976 Luxembourg	26 19 15-1	49 53 35	www.aaa.lu
Mutualité des employeurs	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	L-2976 Luxembourg	40 141-1	40 44 81	cca.mail@secu.lu www.mde.lu
Administration du personnel de l'État	63, avenue de la liberté L-1931 Luxembourg	boîte postale 1204 L-1012 Luxembourg	247-83200	26 48 36 12	info@ape.public.lu www.ape.public.lu
Contrôle médical de la sécurité sociale	125, route d'Esch L-1471 Luxembourg	boîte postale 1342 L-1013 Luxembourg	26 19 13-1	40 78 62	www.secu.lu
Conseil arbitral de la sécurité sociale	16, boulevard de la Foire L-1528 Luxembourg		45 32 86-1	44 32 66	
Conseil supérieur de la sécurité sociale	14, avenue de la Gare L-1222 Luxembourg		26 26 05-1	26 26 05-38	
Caisse pour l'avenir des enfants (Zukunftskeess)	1a, bld Prince Henri L-1724 Luxembourg (bureaux) 34, avenue de la Porte-Neuve L-2227 Luxembourg) (guichets)	boîte postale 394 L-2013 Luxembourg	47 71 53-1	47 71 53-328 47 71 53-348 (congé parental)	www.cae.lu www.zukunftskeess.lu
Agence pour le développement de l'emploi	10, rue Bender L-1229 Luxembourg	boîte postale 2208 L-1022 Luxembourg	247-85300	40 61 40 8002 4646 (no gratuit)	info@adem.public.lu www.adem.public.lu
Fonds national de solidarité	8-10, rue de la Fonderie L-1531 Luxembourg	boîte postale 2411 L-1024 Luxembourg	49 10 81-1	26 12 34 64	fns@secu.lu www.fns.lu
Service national d'action sociale	12-14, avenue Emile Reuter L-2420 Luxembourg		247-83636	40 47 06	www.snas.etat.lu
Institut national de la statistique et des études économiques - STATEC	Centre administratif Pierre Werner 13, rue Erasme L-1468 Luxembourg-Kirchberg	boîte postale 304 L-2013 Luxembourg	247-84333 (Réception)	46 42 89	info@statec.etat.lu www.statec.public.lu