



TEXTE DU PROJET

N° de projet : 10/2026-1

5 février 2026

Modifications du Code de la Sécurité sociale

Projet de loi modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité ; 4° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et 5° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

Informations techniques :

N° du projet : 10/2026

Remise de l'avis : meilleurs délais

Ministère compétent : Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale

Commission : « Affaires sociales, sécurité et santé au travail et environnement »



Exposé des motifs

Le présent projet de loi a pour objet d'apporter des modifications au Code de la sécurité sociale qui sont de nature diverse : certains articles du projet de loi visent à mettre à jour les renvois à d'autres lois ou à redresser des erreurs matérielles, d'autres apportent au Code les adaptations nécessaires par suite de l'entrée en vigueur d'autres lois ayant un impact sur la législation de sécurité sociale. Encore d'autres modifications doivent apporter des précisions, afin d'éviter toute insécurité juridique ou bien opèrent des adaptations à l'évolution constante des pratiques et procédures auprès des institutions de sécurité sociale.

Il est renvoyé aux commentaires d'articles pour le détail des modifications proposées.

Néanmoins, certaines modifications prévues par le présent projet de loi ont une envergure plus vaste : il s'agit d'une part de la suppression de la fonction d'assesseurs non-magistrats auprès du Conseil supérieur de la sécurité sociale dans les suites de l'avis de la Cour supérieure de justice dans son avis du 5 janvier 2024 relatif au projet de loi n°8259, dont a résulté la loi du 4 juin 2024 déterminant la procédure devant les juridictions en matière de sécurité sociale.

Cette suppression demande des modifications dans le Code de la sécurité sociale, mais aussi au niveau du Code du travail, de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité, de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant comme objet la coordination des régimes légaux de pension.

D'autre part, le présent projet de loi prévoit le transfert des compétences du Centre commun de la sécurité sociale pour le recouvrement forcé des créances vers certaines institutions de sécurité sociale (Caisse nationale de santé et Association d'assurance accident), afin qu'elles disposent pour des raisons d'efficience et de simplification administrative d'un pouvoir de recouvrement propre pour leurs créances relatives aux prestations et ce à l'instar de la Caisse pour l'avenir des enfants, qui dispose d'un tel droit propre depuis la réforme opérée par la loi du 23 juillet 2016 portant modification du Code de la sécurité sociale; 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. La perception et le recouvrement des cotisations de sécurité sociale demeureront de la compétence du Centre commun de la sécurité sociale. Pour plus de détails, il est renvoyé aux commentaires des articles respectifs.



Projet de loi modifiant 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité ; 4° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et 5° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

Nous Guillaume, Grand-Duc de Luxembourg, Duc de Nassau,

Le Conseil d'État entendu ;

Vu l'adoption par la Chambre des Députés ;

Vu la décision de la Chambre des Députés du ... et celle du Conseil d'État du ... portant qu'il n'y a pas lieu à second vote;

Avons ordonné et ordonnons :

Chapitre 1^{er} – Modification du Code de la sécurité sociale

Art. 1^{er}. À l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, point 12, du Code de la sécurité sociale, les termes « à l'assemblée des communautés européennes » sont remplacés par les termes « au Parlement européen ».

Art. 2. L'article 5, alinéa 2, première phrase, du même code, prend la teneur suivante :

« Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, point 4), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros. ».

Art. 3. À l'article 16, alinéa 4, troisième phrase, du même code, les termes « le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429 » sont remplacés par les termes « la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis ».



Art. 4. L'article 17, alinéa 1^{er}, du même code, est modifié comme suit :

1° Au point 5), les termes « les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires » sont remplacés par les termes « les dispositifs médicaux et leurs accessoires et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et leurs accessoires ».

2° Au point 7), les termes « les dispositifs médicaux et » sont supprimés.

Art. 5. L'article 22, paragraphe 2, alinéa 1^{er}, du même code, prend la teneur suivante :

« Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives :

1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive ;

2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis. ».

Art. 6. À l'article 23, alinéa 2, troisième phrase, du même code, les termes « le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429 » sont remplacés par les termes « la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis ».

Art. 7. L'article 46 du même code est modifié comme suit :

1° Le deuxième alinéa est complété par la phrase suivante :

« Les membres effectifs et les membres suppléants ne peuvent pas être représentants d'un groupement professionnel possédant la qualité de conclure une convention avec la Caisse nationale de santé. ».

2° L'alinéa 6 prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les



décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

3° À l'alinéa 7, première phrase, le terme « deux » est supprimé.

Art. 8. À l'article 48 du même code, la dernière phrase est supprimée.

Art. 9. L'article 50 du même code est modifié comme suit :

1° À la suite de l'alinéa 5 est inséré un nouvel alinéa 6 libellé comme suit :

« Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix. ».

2° L'ancien alinéa 6 devient le nouvel alinéa 7 qui prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.

Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 10. L'article 58, alinéa 4, du même code, prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le



règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 11. À l'article 59, alinéa 1^{er}, du même code, les termes « président du » et « et les assesseurs-magistrats » sont supprimés.

Art. 12. À l'article 60^{ter}, paragraphe 3, du même code, les termes « à l'alinéa 1 » sont remplacés par les termes « au paragraphe 1^{er} ».

Art. 13. Le paragraphe 5^{bis} de l'article 60^{quater} du même code est complété par un nouvel alinéa qui prend la teneur suivante :

« Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les informations figurant dans l'espace d'expression personnelle du titulaire du dossier de soins partagé sont conservées jusqu'à ce que ce dernier les modifie ou les supprime. ».

Art. 14. À l'article 65, alinéa 11, du même code, les termes « des ses missions » sont remplacés par les termes « de ses missions ».

Art. 15. À l'article 70, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même code, les termes « le médiateur dresse un procès-verbal » sont remplacés par les termes « dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, il dresse un procès-verbal ».

Art. 16. À l'article 73^{bis}, alinéa 3, du même code, les termes « le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429 » sont remplacés par les termes « la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82^{bis} ».

Art. 17. À l'article 80, alinéa 2, du même code, les termes « des experts » sont remplacés par les termes « l'Inspection générale de la sécurité sociale ».

Art. 18. À la suite de l'article 82 du même code est inséré sous un nouvel intitulé « Recouvrement forcé », un nouvel article 82^{bis}, libellé comme suit :

« **Art. 82^{bis}.** La Caisse nationale de santé peut procéder au recouvrement forcé de ses créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier de justice conformément aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.

Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse nationale de santé peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des



articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. ».

Art. 19. L'article 88, alinéa 2, première phrase, du même code, prend la teneur suivante :

« Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 85, alinéa 1^{er}, point 7), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros. ».

Art. 20. À l'article 97, alinéa 2, point 2, du même code, les termes « cinquante-deux » sont remplacés par les termes « soixante-dix-huit ».

Art. 21. L'article 98, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même code, prend la teneur suivante :

« Les prestations de soins de santé, au sens de l'article 17, et les prestations en matière d'assurance dépendance au sens des articles 347 et suivants, imputables à un accident ou une maladie professionnelle, sont prises en charge d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie et en matière d'assurance dépendance, sans que l'assuré ne doive les avancer et sans tenir compte des participations de l'assuré. ».

Art. 22. L'article 99, paragraphe 2, du même code, prend la teneur suivante :

« (2) Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels est remboursé sur présentation de la facture d'achat, déduction faite du taux d'amortissement de 20 pour cent par année entière. ».

Art. 23. À l'article 107, alinéa 3, du même code, la dernière phrase est supprimée.

Art. 24. À l'article 109 du même code, l'alinéa 2 est supprimé.

Art. 25. L'article 111, alinéa 2, deuxième phrase, du même code, est complétée par les termes « dans la limite des prestations versées par l'Association d'assurance accident ».



Art. 26. L'article 120 du même code est complété par un nouvel alinéa, qui est libellé comme suit :

« L'indemnité est adaptée au coût de la vie en multipliant la valeur des forfaits de l'alinéa 1^{er} avec le nombre-indice applicable au moment du paiement. ».

Art. 27. L'article 124 du même code prend la teneur suivante :

« Le montant de la rente partielle est révisé, soit à l'initiative de l'Association d'assurance accident, soit à la demande du bénéficiaire si, au cours de la période triennale suivant la fixation de la rente, la perte de revenu subit une modification supérieure ou égale à dix pour cent. ».

Art. 28. L'article 127 du même code est modifié et complété comme suit :

1° À la suite de l'alinéa 5 est ajouté un nouvel alinéa 6 libellé comme suit :

« L'Association d'assurance accident peut recourir au recouvrement forcé de ses créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président de son conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre peut être poursuivie par voie d'huissier conformément au Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur. ».

2° À la suite de l'alinéa 6 est ajouté un nouvel alinéa 7 libellé comme suit :

« Pour le recouvrement forcé de ses créances, l'Association d'assurance accident peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé. ».

3° À la suite de l'alinéa 7 est ajouté un nouvel alinéa 8 libellé comme suit :

« Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. ».

Art. 29. À l'article 144, première phrase, du même code, le terme « deux » est supprimé.



Art. 30. L'article 145, alinéa 4, du même code, prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 31. À l'article 163, alinéa 1^{er}, du même code, les termes « , le Service national de la sécurité dans la fonction publique » sont supprimés.

Art. 32. À l'article 174, alinéa 1^{er} du même code, le terme « prévoyant » est remplacé par les termes « qui prévoient ».

Art. 33. L'article 180, alinéa 2, première phrase, du même code, prend la teneur suivante :

« Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 171, alinéa 1^{er}, point 2), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros. ».

Art. 34. À l'article 189 du même code les termes « la caisse de pension compétente » sont à remplacer par les termes « la Caisse nationale d'assurance pension ».

Art. 35. À l'article 191 du même code les termes « l'un des organismes de pension visés par la présente loi » sont à remplacer par les termes « la Caisse nationale d'assurance pension ».

Art. 36. À l'article 203, alinéa 2, du même code, les termes « l'article 125-1 » sont remplacés par les termes « l'article L.125-1, paragraphe 2 ».

Art. 37. À l'article 211, alinéa 5, du même code, la dernière phrase est supprimée.

Art. 38. À l'article 235, alinéa 1^{er}, du même code, les termes « des arrérages » sont remplacés



par les termes « sur les arrérages ».

Art. 39. À l'article 237, alinéa 1^{er}, du même code, les termes « la caisse de pension chargée du paiement de la pension » sont remplacés les termes « la Caisse nationale d'assurance pension ».

Art. 40. L'article 252, alinéa 5, du même code, prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 41. À l'article 253, alinéa 1^{er}, première phrase, du même code, le terme « deux » est supprimé.

Art. 42. L'article 262, alinéa 6, du même code, prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 43. L'article 271 du même code est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 1^{er}, la lettre b) est complétée par la phrase suivante° :

« La prépondérance de l'affiliation est appréciée pour chaque mois individuellement. ».

2° Au paragraphe 2, la lettre c) est complétée par les termes suivants° :



« , réalisé exclusivement dans le cadre d'études ou de formations visées aux lettres a) et b) du présent paragraphe ».

Art. 44. L'article 306, paragraphe 2, lettre a), du même code, est complété par les termes suivants:

« et totalise au moins dix heures de travail par semaine ; ».

Art. 45. L'article 307, paragraphe 9, du même code, est modifié comme suit :

1° À l'alinéa 1^{er}, le terme « et » entre les termes « fonctionnaires de l'État » et « 30bis, paragraphe 1^{er} » est remplacé par le signe « , » et les termes « et en raison » sont remplacés par les termes « ou en raison ».

2° À l'alinéa 3, les termes « sans interruption de l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale luxembourgeoise de plus de sept jours au total » sont insérés entre les termes « en cas de changement d'employeur » et les termes « pendant le congé parental, ».

Art. 46. L'article 308 du même code est modifié comme suit :

1° Le paragraphe 2 est modifié comme suit :

- i) À alinéa 1^{er}, première phrase, les termes « La demande » sont remplacés par les termes « Sous peine d'irrecevabilité, la demande ».
- ii) À alinéa 2, les termes « , ce sous peine d'irrecevabilité de la demande » sont insérés à la suite des termes « avant le début du deuxième congé parental ».

2° Au paragraphe 3, l'alinéa 2 est supprimé et l'alinéa 3 devient le nouvel alinéa 2.

Art. 47. L'article 309, paragraphe 2, du même code prend la teneur suivante :

« (2) Les déclarants sont tenus de fournir endéans un mois tous les renseignements, documents et données jugés nécessaires par la Caisse pour l'avenir des enfants pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi des prestations prévues au présent livre.

En cas de changement de leur situation, les déclarants sont tenus de notifier à la Caisse pour l'avenir des enfants dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits.

À défaut de communication des renseignements, documents et données demandés le



dossier est clôturé. ».

Art. 48. À l'article 311, alinéa 1^{er}, du même code, le terme « par » est remplacé par le terme « pour » et les termes « et dont elle est titulaire ou cotitulaire, documenté par un relevé d'identité bancaire, » sont insérés entre les termes « définie à l'article 273 » et les termes « et est réputé fait avec effet libératoire. ».

Art. 49. L'article 313 du même code est modifié comme suit :

1° Le paragraphe 3 prend la teneur suivante :

« La prescription n'est interrompue valablement que par la réception d'une demande admissible au sens de l'article 309, paragraphe 1^{er} ou par la réception des renseignements, données et documents demandés en vertu de l'article 309, paragraphe 2. ».

2° Au paragraphe 4, les termes « à l'alinéa qui précède » sont remplacés par les termes « aux paragraphes 1 et 2 ».

Art. 50. L'article 315 du même code, est modifié comme suit :

1° Le paragraphe 3 est modifié comme suit :

- i) À l'alinéa 1^{er}, deuxième phrase, les termes « , sinon par celui qui a ouvert le droit aux prestations, » sont insérés entre les termes « indûment touchées » et les termes « quelle que soit la raison ».
- ii) À l'alinéa 2, les termes « la somme indue a été versée » sont remplacés par les termes « la Caisse a eu connaissance du caractère indu du paiement ».

2° L'actuel alinéa 3 du paragraphe 3 devient le paragraphe 4 nouveau et prend la teneur suivante :

« (4) La Caisse peut procéder au recouvrement forcé de ses créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier de justice conformément aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.

Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas



3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. ».

3° L'actuel paragraphe 4 devient le paragraphe 5 nouveau et prend la teneur suivante :

« (5) Les prestations prévues au présent livre ne sont pas payées ou sont suspendues tant que le déclarant ne fournit pas tous renseignements, documents et données demandés par la Caisse pour l'avenir des enfants en vertu de l'article 309, paragraphe 2.

Si l'attributaire ou 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, des poursuites judiciaires peuvent être engagées. ».

Art. 51. L'article 333 du même code est modifié comme suit

1° L'alinéa 3 prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

2° À l'alinéa 5, première phrase, le terme « deux » est supprimé.

Art. 52. L'article 351 du même code est modifié comme suit :

1° À l'alinéa 2 les termes « de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance » sont insérés entre les termes « la notification de la décision définitive » et les termes « , à moins qu'il ne résulte ».

2° À l'alinéa 3 les termes « , sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale » sont supprimés.



Art. 53. L'article 366, paragraphe 1^{er}, du même code, est modifié comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est modifié comme suit :

- i) Le point 1) est complété par les termes « de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ».
- ii) Le point 2) est complété par les termes « de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance ».

2° À l'alinéa 2, les termes « de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance » sont insérés entre les termes « la notification de la décision définitive de prise en charge » et les termes « , à moins qu'il ne résulte ».

Art. 54. À l'article 377, alinéa 1^{er}, deuxième phrase, du même code, les termes « au numéro 5), au numéro 6) et aux numéros 13) et 15) » sont remplacés par les termes « aux numéros 5), 6), 13), 15) et 22) ».

Art. 55. L'article 381 du même code est modifié comme suit :

1° L'alinéa 1^{er} est complété par la phrase suivante :

« L'article 46, alinéa 2 est applicable. ».

2° L'alinéa 8 prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 56. L'article 382 du même code est complété comme suit :

1° À la suite de l'alinéa 7 est inséré un nouvel alinéa 8 qui prend la teneur suivante :

« La Caisse nationale de santé peut procéder au recouvrement forcé de ses créances en



matière d'assurance dépendance au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur. ».

2° À la suite du nouvel alinéa 8 est inséré un nouvel alinéa 9 qui prend la teneur suivante:

« Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse nationale de santé peut également recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé. ».

3° À la suite du nouvel alinéa 9 est inséré un nouvel alinéa 10 qui prend la teneur suivante :

« Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. ».

Art. 57. À l'article 393*ter*, alinéa 3, du même code, les termes « le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429 » sont remplacés par les termes « la Caisse nationale de Santé conformément aux dispositions de l'article 82*bis* ».

Art. 58. L'article 398 du même code est complété par un nouvel alinéa 4 qui a la teneur suivante:

« En cas de plainte avec constitution de partie civile, les institutions de sécurité sociale sont dispensées de la consignation prévue à l'article 59, alinéa 1^{er} du Code de procédure pénale. ».

Art. 59. L'article 414, alinéa 5, du même code, prend la teneur suivante :

« Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil. Les



modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur. ».

Art. 60. À l'article 416, alinéa 1^{er}, quatrième phrase, du même code, les termes « et des employeurs » sont insérés entre les termes « des assurés » et « à des décisions présidentielles à portée individuelle ».

Art. 61. À l'article 426, alinéa 6, du même code, les termes « aux alinéas 1 et 5 », sont remplacés par les termes « aux alinéas 1 et 4 ».

Art. 62. L'article 429 du même code est modifié comme suit :

1° L'alinéa 2 est modifié comme suit :

i) La première phrase est complétée par les termes suivants :

« ou moyennant une sommation à tiers détenteur au sens de l'article 8 de 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 ».

ii) L'alinéa 2 est complété par la phrase suivante :

« Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur. ».

2° À la suite de l'alinéa 2 est inséré un nouvel alinéa 3 avec la teneur suivante :

« L'imputation des montants recouverts par les différentes institutions de sécurité sociale se fait prioritairement sur les cotisations sociales avant le recouvrement des prestations. ».

3° À la suite du nouvel alinéa 3 est inséré un nouvel alinéa 4 avec la teneur suivante :

« L'imputation des montants de prestations recouverts par les différentes institutions de sécurité sociale conformément aux articles 82*bis*, 127, alinéa 7, 315, paragraphe 4 et 382, alinéa 9, se fait en ordre de priorité par référence à la date de naissance de la créance de l'institution de sécurité sociale. ».

Art. 63. À l'article 453, alinéa 2, du même code, les termes « officiers du ministère public » sont remplacés par les termes « magistrats du parquet ».



Art. 64. L'article 454 du même code est modifié comme suit :

1° Au paragraphe 3, alinéas 3 et 4, parties liminaires, les termes « et au Conseil supérieur » sont supprimés.

2° Au paragraphe 7, l'alinéa 2 est supprimé.

3° Au paragraphe 8, alinéa 2, les termes « des juridictions » sont remplacés par « du Conseil arbitral ».

4° Au paragraphe 8, alinéa 3, les termes « aux juridictions » sont remplacés par « au Conseil arbitral ».

Art. 65. À l'article 455, paragraphe 4, alinéa 2, du même code, est insérée entre la deuxième et troisième phrase la phrase suivante : « La décision est prise à la majorité des voix. ».

Art. 66. À l'article 456, paragraphe 3, alinéa 2, du même code, les termes « sans qu'il y ait majorité absolue, les membres du Conseil supérieur de la sécurité sociale 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. » sont remplacés par les termes «, celle du président prévaut. ».

Art. 67. À l'article 457, alinéa 1^{er}, du même code, la partie de phrase «, composé de son président et de deux assesseurs magistrats » est supprimée.

Chapitre 2 – Modification du Code du travail

Art. 68. À l'article L. 234-71, alinéa 1^{er}, première phrase, du Code du travail, les termes « des assurances et du Conseil supérieur des assurances sociales » sont remplacés par les termes « de la sécurité sociale ».

Chapitre 3 – Modification de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité

Art. 69. À l'article 23, paragraphe 2, première phrase, de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité, les termes « composé du président et des assesseurs-magistrats » sont supprimés.



Chapitre 4 – Modification de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

Art. 70. L'article 10, paragraphe 2, de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° À l'alinéa premier, la partie de phrase « d'assesseurs-assurés et d'assesseurs-employeurs du Conseil supérieur de la sécurité sociale » est remplacée par les termes « d'assesseurs-magistrats ».

2° À l'alinéa deux, la partie de phrase « , les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs » est remplacée par les termes « et les assesseurs-magistrats ».

Chapitre 5 – Modification de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

Art. 71. À l'article 24, alinéa 1^{er}, de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, la partie de phrase « des assurances sociales, composé de son président et de deux assesseurs magistrats » est remplacée par les termes « de la sécurité sociale ».

Chapitre 6 – Disposition finale

Art. 72. La présente loi entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg.



Commentaire des articles

Chapitre 1^{er} – Modification du Code de la sécurité sociale

Article 1

La modification au point 12 de l'alinéa 1^{er} de l'article 1^{er}, consiste en une adaptation terminologique : en effet, constatant à l'époque que sa dénomination n'était pas identique dans les quatre langues officielles, l'assemblée des communautés européennes, par sa Résolution du 30 mars 1962, décide de prendre le nom de « Parlement européen ».

Article 2

La modification de la première phrase de l'alinéa 2 de l'article 5 consiste dans une précision de renvois : d'une part, le renvoi à l'article 1^{er}, point 4) du Code de la sécurité sociale s'entend comme le renvoi à l'alinéa 1^{er} de cet article et d'autre part, suite à l'entrée en vigueur de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, qui abroge la loi du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, il convient d'adapter le renvoi prévu aux articles 5, alinéa 2, 88, alinéa 2 et 180, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, les renvois actuels à l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8, de la loi modifiée du 27 juin 2016 sont supprimés et remplacés par un renvoi à l'article 5, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 2 août 2023 précitée.

La reprise des anciens paragraphes 3 et 5 de la loi du 27 juin 2016 n'est pas nécessaire, la loi du 2 août 2023 ayant supprimé la distinction entre exploitants agricoles à titre principal et à titre accessoire et en ayant instauré une notion unique de l'agriculteur actif. Cette notion ne pourra dès lors pas être utilisée afin de déterminer si une personne peut être dispensée ou non. Les termes « exercée à titre principal ou accessoire » utilisés dans les actuels articles du Code de la sécurité sociale ne font pas référence à la loi agricole, mais à l'activité indépendante (agricole ou non) par rapport à d'autres activités exercées par la personne concernée. Ces termes sont dès lors à maintenir dans les articles du Code de la sécurité sociale.

Concernant la reprise de l'ancien paragraphe 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 précitée, relatif à la dimension économique d'une exploitation agricole, celui-ci est désormais remplacé par l'article 5, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 2 août 2023 et par l'introduction d'un seuil de



25.000 euros.

L'article 5, paragraphe 1^{er}, précise la notion de dimension économique d'une exploitation agricole qui est calculée sur la base de la production standard totale de l'exploitation selon la méthodologie européenne et qui est déterminante pour l'accès des agriculteurs à certaines aides agricoles. Le seuil de 25.000 euros est repris de l'annexe I du règlement d'exécution (UE) 2024/2746 de la Commission du 25 octobre 2024 établissant les modalités d'application du règlement (CE) no 1217/2009 du Conseil portant création du réseau d'information sur la durabilité des exploitations agricoles et abrogeant le règlement d'exécution (UE) 2015/220 de la Commission. Ce seuil prévu par le règlement européen précité vise à identifier les exploitations agricoles de moindre envergure et ne tombant dès lors pas dans le champ d'application dudit règlement européen. À noter que ce seuil de 25.000 euros pour la production standard totale correspond plus ou moins au seuil des 9.600 euros pour la marge brute standard totale utilisée auparavant (prévus par un ancien règlement européen, qui a été aboli).

A noter par ailleurs que les règles européennes pour le calcul de la dimension économique sont actuellement contenues dans trois règlements : le règlement (CE) n° 1217/2009 du Conseil du 30 novembre 2009 portant création d'un réseau d'information comptable agricole sur les revenus et l'économie des exploitations agricoles dans la Communauté européenne, le règlement délégué (UE) 2024/1417 de la Commission du 13 mars 2024 complétant le règlement (CE) no 1217/2009 du Conseil portant création du réseau d'information sur la durabilité des exploitations agricoles en établissant des règles relatives à la constatation annuelle des revenus, à l'analyse de la durabilité des exploitations et à l'accès aux données à des fins de recherche, et abrogeant le règlement délégué (UE) no 1198/2014 de la Commission et le règlement d'exécution (UE) 2024/2746 de la Commission du 25 octobre 2024 précité.

Ainsi, pour bénéficier de la dispense d'assurance obligatoire, la dimension économique de l'exploitation agricole doit être inférieure à une production standard totale de 25.000 euros calculée selon l'article 5, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 2 août 2023.

Article 3

La modification de l'article 16, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale a pour objet de doter la Caisse nationale de santé des moyens de recouvrement forcé de ses créances.

Actuellement, c'est l'article 429 du Code de la sécurité sociale qui régit en matière de sécurité sociale le recouvrement forcé des cotisations et créances, une compétence centralisée auprès du Centre commun de la sécurité sociale. Pour le volet des cotisations, cette compétence va rester auprès du Centre commun de la sécurité sociale, mais pour les autres créances des institutions de sécurité sociale, à savoir de la Caisse nationale de santé, de la Caisse nationale d'assurance pension et de l'Association d'assurance accident, ces institutions vont être dotées de leur propre



compétence de recouvrement forcé et ceci aux moyens de la contrainte administrative, rendue exécutoire par le président du conseil d'administration, d'une hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur. À relever que depuis la réforme opérée par la loi du 23 juillet 2016 portant modification du Code de la sécurité sociale ; 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, la Caisse pour l'avenir des enfants dispose déjà d'une telle compétence en vertu de l'article 315, paragraphe 3, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale au moyen d'une contrainte administrative. Les moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur sont ajoutés à l'article 315 et pour le Centre commun est également ajouté le moyen de la sommation à tiers détenteur à l'article 429. Ceci permet de disposer d'un libellé uniforme pour toutes les institutions de sécurité sociale concernées.

Concernant les créances de la Caisse nationale de santé, les articles 16, 23, 73*bis* et 393*ter* actuels du Code de la sécurité sociale disposent que les montants à payer ou à restituer par un bénéficiaire peuvent être recouvrés par le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429. La présente modification a pour objet d'inscrire dans le texte respectif de chaque institution concernée, une compétence de recouvrement autonome de ses créances et d'énumérer précisément les moyens de recouvrement applicables. Pour la contrainte qui est un titre exécutoire dont l'exécution est poursuivie par voie d'huissier, il est aussi précisé que la charge de frais incombe au débiteur récalcitrant.

Pour le moyen de l'hypothèque il est renvoyé à l'article 3 de la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes, des droits d'accises sur l'eau-de-vie et des cotisations d'assurance sociale. L'hypothèque est principalement règlementée par le Code civil au Livre III « Des différentes manières dont on acquiert la propriété », Titre XVIII « Des privilèges et hypothèques », au sein du chapitre III intitulé « Des hypothèques ». Selon l'article 2117, « L'hypothèque légale est celle qui résulte de la loi ». Elle peut être « classique » (inscrite et soumise à publicité pour être opposable aux tiers) ou « occulte » (sans inscription mais opposable pendant trois ans et renouvelable pour cinq ans). En application des dispositions de la loi précitée du 27 novembre 1933 il s'agit en l'espèce d'une hypothèque légale dispensée d'inscription, dès lors occulte.

Initialement, seul le Centre commun de la sécurité sociale était compétent pour recouvrer de manière forcée les cotisations sociales conformément à l'article 3, alinéa 2. Toutefois, si l'on regarde l'évolution de la loi du 27 janvier 1933 précitée, on constate que cet article a fait l'objet de plusieurs modifications à travers le temps pour finalement s'étendre à toutes les institutions de sécurité sociale pour le recouvrement des prestations dues à la sécurité sociale. En effet, depuis la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance, ayant remplacé l'alinéa 2 de l'article 3, le recours à l'hypothèque légale est désormais formulé de façon générale pour le recouvrement des prestations sociales :

« Art. 3. Le recouvrement des impositions communales, des taxes sur les véhicules automoteurs,



du droit d'usage pour l'utilisation du réseau routier par des véhicules utilitaires lourds, s'opérera et se poursuivra dans les mêmes formes et avec les mêmes privilège et hypothèque légale que celui des contributions directes. Il en est de même pour toute autre créance dont le recouvrement est confié aux receveurs des contributions directes.

Il en est de même du recouvrement des cotisations et contributions, avances sur cotisations et contributions, amendes d'ordre et autres prestations dues à la sécurité sociale ou aux chambres professionnelles. ».

Le recouvrement des cotisations et des prestations sociales s'opérant dans les mêmes formes et avec les mêmes privilège et hypothèque légale que celui des contributions directes, l'article 3, alinéa 2, autorise ainsi les institutions de sécurité sociale à recourir à l'hypothèque légale pour recouvrer les prestations redues à la sécurité sociale, ceci sous réserve de l'inscrire dans le texte de loi du Code de la sécurité sociale régissant les compétences de chaque institution de sécurité sociale.

Pour le moyen de la sommation à tiers détenteur il est renvoyé à l'article 8 de la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes, des droits d'accises sur l'eau-de-vie et des cotisations d'assurance sociale qui dispose actuellement que « *Tous fermiers, locataires, receveurs, économes, notaires et autres dépositaires et débiteurs de sommes et effets appartenant ou dus aux redevables, seront tenus, sur la demande qui leur en sera faite, de payer en l'acquit des redevables et sur les sommes et effets qu'ils doivent ou qui sont en leurs mains, jusqu'à concurrence de tout ou partie des sommes dues par ces derniers, garanties ou non par un privilège, d'après l'ordre et le rang leur assignés par la loi. Les quittances des receveurs pour les sommes légitimement dues leur seront allouées en compte.* ».

Tout comme en matière d'hypothèque légale, la procédure de sommation à tiers détenteur, initialement réservée au Trésor public et au Centre commun de la sécurité sociale s'étend désormais à tous les créanciers, garantie ou non par un privilège. La sommation à tiers détenteur étant considérée comme une saisie-arrêt sous forme simplifiée, le législateur l'a alignée avec l'article 693 du Nouveau Code de procédure civile. Avec la modification opérée par la loi du 25 novembre 2014 portant modification de la loi modifiée du 16 octobre 1934 sur l'évaluation des biens et valeurs ; de la loi modifiée du 16 octobre 1934 concernant l'impôt sur la fortune ; de 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 ; de la loi modifiée du 22 décembre 1951 portant prorogation du délai de prescription de certains impôts directs et précision des conditions dans lesquelles les prescriptions fiscales peuvent être interrompues, l'article 8 a été rendu plus général, en retirant le privilège exclusif accordé aux créances du Trésor. Ainsi les institutions de sécurité sociale peuvent recourir à la sommation à tiers détenteur pour le recouvrement de leurs créances, ceci sous réserve de l'inscrire dans le texte de loi du Code de la sécurité sociale régissant les compétences de chaque institution de sécurité sociale.



En ajoutant la possibilité pour les institutions de sécurité sociale de recourir au recouvrement des créances de prestations par les moyens de l'hypothèque légale occulte et de la sommation à tiers détenteur, il convient par conséquent de régler l'ordre de priorité pour le recouvrement des créances des institutions de sécurité sociale et du Centre commun de la sécurité sociale, le droit de priorité de l'Administration des contributions directes étant réservé.

Cette possibilité de prévoir le rang des créances entre elles est ancrée dans l'article 8 de la loi modifiée du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes, des droits d'accises sur l'eau-de-vie et des cotisations d'assurance sociale, en prévoyant que les créances sont à liquider « *d'après l'ordre et le rang leur assignés par la loi* ».

Et en effet, concernant les créances de cotisations, l'article 429, alinéa 1^{er} règle d'ores et déjà l'ordre de priorité des créances respectives de l'Administration des contributions directes et du Centre commun de la sécurité sociale en attribuant un « *droit de priorité* [des impôts directs étant réservé], *sauf que la part de l'assuré aura une priorité absolue.* ».

C'est ainsi que l'article 429 se voit élargi par deux nouveaux alinéas 3 et 4, qui fixent pour le premier la priorité des créances des cotisations sur les autres créances des institutions de sécurité sociale et pour le second, la priorité entre les différentes créances des institutions de sécurité sociale.

Article 4

Les modifications de l'article 17, alinéa 1^{er}, points 5) et 7) constituent une mise en conformité terminologique aux définitions des dispositifs médicaux et de leurs accessoires contenues dans le règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) no 178/2002 et le règlement (CE) no 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE et le règlement (UE) 2017/746 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et abrogeant la directive 98/79/CE et la décision 2010/227/UE de la Commission. Les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires étant couverts par les termes de « dispositifs médicaux », le point 5) est adapté en ce sens. Les dispositifs médicaux étant dorénavant visés au point 5), le point 7) est adapté pour ne faire référence qu'aux produits d'alimentation médicale.

Article 5

La modification à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 2 de l'article 22 du CSS tient à remplacer des tirets pour l'énumération des décisions à prendre par le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué, par les chiffres 1) et 2).

Cette modification tient au fait que l'alinéa 2 du paragraphe 2 de l'article 22 du CSS fait un



renvoi à une décision « sous 1) ».

La teneur actuelle de l'article 22 a été introduite avec la réforme opérée par la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et dans le document de dépôt du projet de loi n°6196, à la base de cette loi, l'énumération des décisions à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 2 de l'article 22 se fait par numéros 1) et 2).

Article 6

Concernant la modification de l'article 23, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, relative au recouvrement des prestations de soins de santé payées indument par la Caisse nationale de santé, il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

Article 7

1° La modification de l'article 46, alinéa 2 se justifie en vue d'éviter le conflit d'intérêts provoqué par un cumul entre les fonctions de membre (effectif ou suppléant) du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé avec la fonction de représentant d'un groupement professionnel possédant la qualité de conclure une convention avec la Caisse nationale de santé.

2° La présente modification de l'article 46, alinéa 6 a pour objet de conférer au conseil d'administration des institutions de sécurité sociale (ISS) concernées la possibilité de prendre, en cas d'urgence justifiée, une décision à distance par voie électronique en différé, donc sans tenir physiquement une séance de conseil d'administration.

Il ne faut pas confondre cette prise de décision électronique en différé avec la prise de décision par visioconférence, cette dernière étant réalisée en direct lors d'une séance de conseil d'administration et étant déjà actuellement prévue par le CSS pour les CA des ISS.

Il a été décidé de limiter le nouveau mode de prise de décision à l'urgence, afin que les échanges et les discussions entre les délégués, essentielles à la bonne qualité des décisions d'un CA, restent la règle et ne deviennent pas l'exception.

Cette voie est soumise à plusieurs conditions : l'identification des membres doit être garantie, la décision doit être prise à la majorité des voix et le quorum doit être respecté.

Le respect du quorum, même en situation d'urgence, est indispensable afin de garantir la légitimité et la représentativité des décisions prises. Le quorum représente le nombre minimal de membres nécessaire pour qu'une réunion soit valide et que les décisions prises aient une valeur juridique reflétant une composition paritaire. Ce seuil, qui garantit une participation représentative et qui favorise des discussions riches et variées, vise à assurer que les décisions ne



soient pas prises par une minorité et que tous les membres aient la possibilité de participer à la prise de décision.

À relever que pendant l'état de crise du Covid-19, le règlement grand-ducal du 20 mars 2020 portant introduction de mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales a permis de recourir à un « vote à distance par écrit ou sous forme électronique sous réserve que le texte intégral des résolutions ou décisions à prendre aura été publié ou leur aura été communiqué ». Les effets de ce règlement ont été prorogés à une date postérieure à la fin de la crise par la loi du 20 juin 2020 portant prorogation des mesures concernant la tenue de réunions dans les sociétés et dans les autres personnes morales. La loi n'a été prorogée que jusqu'en 2022 et n'est dès lors plus en vigueur aujourd'hui.

Dans ce contexte, les ISS ont récemment exprimé le besoin de réintroduire une telle pratique pour des situations d'urgence. À noter que certaines entités du Luxembourg utilisent aujourd'hui le vote à distance électronique en différé.

C'est le cas, par exemple, des sociétés anonymes qui ont déjà utilisé cette pratique avant la pandémie, ceci en vertu de l'article 444-3 de la loi modifiée du 10 août 1915 concernant les sociétés commerciales. C'est d'ailleurs de cette dernière disposition que la mesure d'urgence, prise dans le cadre de la pandémie, s'est inspirée.

En vertu de l'article 14, point 1, de la loi modifiée du 16 mai 1975 portant statut de la copropriété des immeubles bâtis, les syndicats de copropriété peuvent prendre des décisions relatives à l'entretien et la réfection des parties communes, en dehors d'une assemblée générale, par écrit en différé avec manifestation de volonté.

Les associations et fondations sans but lucratif ont également, à la suite de la pandémie, introduit une telle pratique, ceci par la loi du 7 août 2023 sur les associations sans but lucratif et les fondations (pour les associations sans but lucratif : article 6, paragraphe 5 et pour les fondations : article 46, paragraphe 5).

Le Conseil d'État a aussi, depuis la loi du 21 juillet 2023 portant modification de la loi modifiée du 17 juillet 2020 sur les mesures de lutte contre la pandémie Covid-19, la possibilité de prendre des résolutions « par voie de correspondance électronique ou par tout autre moyen de télécommunication ». Cette pratique est insérée dans la loi modifiée du 16 juin 2017 sur l'organisation du Conseil d'État sous la forme d'un nouvel article 18*bis*. Les membres du Conseil d'État sont réputés présents pour le calcul du quorum lorsqu'ils participent à ces séances par ces moyens. Le Conseil d'État avait proposé l'insertion définitive de ce moyen dans la législation pour pouvoir l'utiliser lors de situations d'urgence, même si ceci n'est pas spécifiquement prévu dans l'article 18*bis* [Avis du CONSEIL D'ÉTAT du 22 juin 2023, N° CE : 61.528 N° dossier parl. : 8252, ad art 7 (selon le Conseil d'État)].



Il y a lieu de noter que pour ces dispositions l'usage de ces procédés est permis uniquement pour des cas exceptionnels ou urgents. La présente modification reste dans la même approche.

3° Pour des raisons d'efficience et de flexibilité, le nombre de représentants effectifs du conseil d'administration prévu à l'article 46, alinéa 7, n'est plus limité à deux dans les groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique.

Article 8

La présente modification vise à supprimer la dernière phrase de l'article 48.

L'article 48 relatif aux caisses de maladie du secteur public, dans sa teneur actuelle comprenant le renvoi à l'article 413, alinéa 3, a été introduit par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique.

Cette même loi institue dans l'alinéa 3 de l'article 413 la base légale pour un réseau d'agences locales multifonctionnelles : « Le Centre maintient un réseau d'agences locales multifonctionnelles, servies par des agents détachés par les différentes institutions de sécurité sociale. Le fonctionnement de ces agences est déterminé par règlement grand-ducal. ».

Cependant, cet alinéa 3 est par la suite abrogé par la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale. Selon le commentaire de l'article 413 dans le document de dépôt du projet de loi n°7004 qu'« Il est proposé d'abroger l'alinéa 3 relatif aux agences multifonctionnelles, alors que le détachement dans les agences de personnes ayant des connaissances approfondies dans toutes les branches de la sécurité sociale est irréalisable, faute de ressources. En contrepartie, le portail „secu.lu“ et les divers sites internet des ISS seront développés en tant que sources d'informations de base. ».

Par ailleurs, il est intéressant de noter que dans son avis du 16 novembre 2016, la Chambre des salariés estime que « concernant la suppression de l'alinéa relatif aux agences locales multifonctionnelles, la CSL regrette qu'elles n'aient en fait jamais vu le jour, alors que leur existence était explicitement prévue par la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique. À l'époque, le commentaire des articles du projet de loi avançait que « les agences de la Caisse de maladie des ouvriers pourraient être reprises, 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“ ». En fait, seules des agences locales de la CNS existent actuellement. ».



Au vu de ce qui précède, il convient de supprimer purement et simplement le renvoi à l'alinéa 3 de l'article 413 relatif aux agences locales multifonctionnelles.

Article 9

1° Le nouvel alinéa 6 de l'article 50 du Code de la sécurité sociale vise à redresser l'oubli d'une disposition générale prévoyant la prise de décisions à la majorité des voix au sein des conseils d'administration de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, alors qu'une telle disposition existe pour les conseils d'administration des autres institutions de sécurité sociale.

2° Concernant la modification de l'alinéa 6, devenu le nouvel alinéa 7, de l'article 50 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance des conseils d'administration de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 10

Concernant la modification de l'article 58, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance de la Mutualité des employeurs, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 11

Le présent projet de loi vise à supprimer la fonction d'assesseurs non-magistrats dans le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

En effet, comme l'avait souligné la Cour supérieure de justice dans son avis du 5 janvier 2024 relatif au projet de loi n°8259 modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité ; 4° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension ; 5° la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ; 6° la loi modifiée du 30 avril 2004 autorisant le Fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil aux personnes admises dans un centre intégré pour personnes âgées, une maison de soins ou un autre établissement médico-social assurant un accueil de jour et de nuit ; 7° la loi modifiée du 18 décembre 2009 organisant l'aide sociale, aux fins de déterminer la procédure devant les juridictions en matière de sécurité sociale, cette fonction n'atteint aujourd'hui plus les objectifs qui lui étaient initialement assignés, tels que la rapidité de résolution des litiges, la compétence de spécialisation, l'économie des frais de justice et la conciliation.



Selon la Cour supérieure de justice, la fonction d'assesseur non-magistrat au sein du Conseil supérieur de la sécurité sociale « s'avère peu utile, sinon même contreproductif, dans la pratique quotidienne. Face à des magistrats professionnels et un contentieux social européen de plus en plus complexe, l'apport de ces assesseurs est tout relatif. L'obligation d'avoir recours à ces assesseurs implique par ailleurs un important effort d'organisation afin d'assurer leur présence lors des audiences, mais aussi de contrôle afin d'assurer de ne pas convoquer un assesseur ayant siégé dans le cadre des oppositions contre les décisions présidentielles et des recours en réexamen. Cette obligation rend également impossible une refixation contradictoire à l'audience à brève échéance à défaut de connaître les disponibilités des assesseurs respectifs. ».

En outre, la Cour supérieure de justice est d'avis que cette composition en instance d'appel n'est plus adaptée à notre époque. Elle suggère de prendre exemple sur les juridictions de travail, qui, d'après elle, n'ont plus d'assesseurs non-magistrats en instance d'appel : « L'existence même de ces assesseurs sonne enfin comme un anachronisme, si on compare la matière de la sécurité sociale à celle du droit du travail, qui connaît les assesseurs professionnels en première instance, mais les ignore depuis des décennies en instance d'appel devant la Cour d'appel. ».

La Cour supérieure de justice a finalement affirmé que la suppression des assesseurs non-magistrats en instance d'appel, à savoir au niveau du Conseil supérieur de la sécurité sociale, avait déjà été formellement souhaitée en 2016 par le Conseil d'État dans le cadre du projet de loi N°6928 ayant abouti à la loi du 23 juillet 2016 portant réorganisation du Conseil supérieur de la sécurité sociale: « (...) dans le cadre du projet de loi n° 6928 ayant abouti à la loi du 23 juillet 2016 précitée, le Conseil d'État, dans son avis du 25 mars 2016, s'était formellement prononcé en faveur d'une suppression des assesseurs en instance d'appel, par analogie aussi à la solution retenue par le législateur pour les juridictions du travail. ».

Les articles ayant trait à la composition du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont dès lors modifiés pour en tenir compte.

Article 12

La rectification du renvoi à l'article 60^{ter} s'impose alors que cet article est divisé en paragraphes et que c'est le paragraphe 1^{er} qui prévoit les missions de l'Agence.

Article 13

L'ajout d'un nouvel alinéa 4 au paragraphe 5^{bis} de l'article 60^{quater} du Code de la sécurité sociale, fait suite à l'avis du 28 novembre 2023 du Conseil d'État dans lequel il émet une opposition formelle à l'égard de l'article 1^{er} du projet de règlement grand-ducal modifiant l'article 9 du règlement grand-ducal modifié du 6 décembre 2019 précisant les modalités et conditions de mise en place du dossier de soins partagé, dans les termes suivants :



« Le Conseil d'État note que l'article 9, paragraphe 5, alinéa 3, dans sa teneur proposée, introduit une durée de conservation particulière pour les « informations relatives à l'expression personnelle du titulaire du dossier de soins partagé », en ce qu'elles « sont conservées jusqu'à ce que [le titulaire] les modifie ou les supprime ». L'article 60^{quater} du Code de la sécurité sociale, qui sert de base légale, prévoit toutefois une durée de conservation de dix ans pour les données reprises au dossier de soins partagé, en disposant en son paragraphe 5^{bis}, alinéa 1^{er}, que « [l]es données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier. » L'article 9, paragraphe 5, alinéa 3, du règlement grand-ducal précité du 6 décembre 2019, dans sa teneur proposée, est dès lors contraire à la loi et risque d'encourir la sanction de l'article 102 de la Constitution»¹.

A l'instar des autres exceptions au principe du délai de conservation de 10 ans des données contenues dans le dossier de soins partagé, le délai de conservation des données contenues dans l'espace personnel du titulaire est également inscrit dans l'article 60^{quater}, paragraphe 5^{bis} du Code de la sécurité sociale.

Article 14

La modification à l'article 65, alinéa 11 tend à redresser une faute d'orthographe qui figurait déjà dans la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé et modifiant : 1. Le Code de la sécurité sociale ; 2. La loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Article 15

Pour remédier à l'absence de délai fixé par la loi pour la médiation déclenchée au sens de l'article 69, alinéa 1^{er} et par parallélisme à l'article 69, alinéa 2, il est prévu d'introduire à l'article 70, paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er} un délai de trois mois qui commence à courir à partir de la nomination du médiateur, endéans lequel les parties à la convention doivent soit constater leur accord ou leur désaccord quant à la proposition faite par le médiateur. Si l'accord des parties se matérialise par la signature d'un protocole d'accord à publier au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le désaccord conduit à la rédaction d'un procès-verbal de non-conciliation suivant les modalités prévues au paragraphe 2 du présent article.

En cas d'accord constaté des parties à l'issue de la médiation, l'introduction du délai sert encore à limiter l'éventuel impact financier causé par le facteur de rattrapage qui s'ajoute en cas de revalorisation de la valeur lettre-clé proportionnellement pour les mois durant lesquels la médiation a lieu.

¹ Article 102 de la Constitution (version consolidée au 1^{er} juillet 2023) : « Les juridictions n'appliquent les lois et règlements que pour autant qu'ils sont conformes aux normes de droit supérieures. »



Article 16

La modification de l'article 73*bis*, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, a trait au recouvrement forcé des créances de la Caisse nationale de santé envers des prestataires. Il est renvoyé au commentaire de l'article 3.

Article 17

Le remplacement des termes « des experts » par les termes « l'Inspection générale de la sécurité sociale » se justifie par le fait que dans la pratique c'est l'Inspection générale de la sécurité sociale qui établit ce rapport pour le comité quadripartite depuis l'introduction de l'article 80 dans le Code de la sécurité sociale par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé.

Article 18

À la suite de l'article 82 du Code de la sécurité sociale il est inséré sous l'intitulé « Recouvrement forcé » un nouvel article 82*bis* qui a trait au recouvrement forcé des créances de la Caisse nationale de santé. Il est renvoyé au commentaire de l'article 3.

Article 19

La modification de la première phrase de l'alinéa 2 de l'article 88 consiste dans une précision de renvois. Il y a lieu de se rapporter au commentaire sous l'article 2 relatif à l'article 5, alinéa 2, première phrase du Code de la sécurité sociale.

Article 20

La loi du 10 août 2018 modifiant 1. le Code du travail ; et 2. le Code de la sécurité sociale en matière de maintien du contrat de travail et de reprise progressive du travail en cas d'incapacité prolongée, a porté la période du droit à l'indemnité pécuniaire de cinquante-deux semaines à soixante-dix-huit semaines.

La loi du 12 août 2022 modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, a quant à elle pallié à l'oubli dans la loi du 10 août



2018 d'adapter l'intitulé de la section 2 du chapitre II – Prestations de l'assuré du livre II du Code de la sécurité sociale et d'y remplacer les termes « cinquante-deux » par « soixante-dix-huit ».

Cependant, dans les deux lois précitées, l'article 97, alinéa 2, point 2, n'a pas été modifié et il fait actuellement toujours référence à une indemnité durant cinquante-deux semaines, de sorte que son adaptation s'impose. En effet, l'article 101 du chapitre II du Code de la sécurité sociale dispose que l'assuré a droit à une indemnité pécuniaire calculée et payée conformément aux articles 9 à 16 du Code de la sécurité sociale et l'article 14, alinéa 2 dispose que le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie est de soixante-dix-huit semaines.

Article 21

Il appert que depuis son introduction par la loi du 23 décembre 2005 modifiant 1. différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance 2. les articles 12, 92 et 97 du Code des assurances sociales 3. la loi du 25 juillet 2005 modifiant 1) le Code des assurances sociales; 2) la loi modifiée du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois; 3) la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension 4. la loi du 8 juin 1999 relative aux régimes complémentaires de pension, le législateur a clairement souhaité la prise en charge des prestations d'assurance dépendance dans le cadre de l'assurance accident, si elles sont imputables à un accident ou une maladie professionnels.

Cependant, depuis la loi du 9 août 2018 modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. la loi du 27 juin 2018 ayant pour objet l'organisation de l'Université du Luxembourg ; 3. la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité modifiant certaines dispositions du Code de la sécurité sociale, la référence aux prestations d'assurance dépendance des articles 347 et suivants du Code de la sécurité sociale a disparu de l'article 98 du Code de la sécurité sociale, de sorte qu'il y a lieu de redresser cet oubli.

Article 22

Dans la pratique, l'Association d'assurance accident a été confrontée à des difficultés causés par l'application du remboursement de façon forfaitaire des dégâts causés aux effets personnels de l'assuré. L'application du taux d'amortissement sur le montant forfaitaire s'avère arbitraire en pratique, alors que l'administration est obligée de se fier à l'indication de l'assuré quant à la date d'achat de l'objet détérioré, sans disposer du moindre pouvoir de contrôle ou de pièce objective pour la détermination du début de la période de référence pour l'amortissement.

Dans le but de rendre la procédure de l'indemnisation du dégât matériel accessoire, prévue à



l'article 99 du Code de la sécurité sociale, objective et vérifiable, il est prévu de supprimer le remboursement de façon forfaitaire, de sorte que cette indemnisation sera effectuée exclusivement sur présentation de la facture d'achat.

En outre, en application du principe de la matière réservée à la loi, le taux d'amortissement est désormais fixé au niveau de la loi et non plus dans les statuts.

Article 23

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 24 juillet 2020 portant modification du Code du travail ; du Code de la sécurité sociale ; et de la 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, un nouvel article L.551-2 a été ajouté au sein du Code du Travail. Cet article porte sur le reclassement professionnel et l'indemnité compensatoire, versée par l'Agence pour le développement de l'emploi, à charge du Fonds pour l'emploi. Cet article prévoit expressément à son paragraphe 9, que « Tout montant indûment touché donne lieu à compensation lors d'un prochain paiement ou à restitution de l'indu ».

L'alinéa 3 de l'article 107 du Code de la sécurité sociale prévoit au contraire, que les montants indûment touchés par les bénéficiaires de bonne foi ne sont pas récupérables par l'Agence pour le développement de l'emploi dans le cas où le montant de l'indemnité compensatoire aurait dépassé celui de la rente partielle définitive. Il existe dès lors, une contradiction entre le texte du Code de la sécurité sociale et le texte du Code du travail, ce qui justifie le retrait de cette phrase à l'alinéa 3 de l'article 107 du Code de la sécurité sociale.

De plus, il y a lieu de constater, que cette phrase ne concerne pas directement l'Association d'assurance accident, mais l'Agence pour le développement de l'emploi. Le recouvrement concernant uniquement cette dernière, l'Association d'assurance accident n'a aucun moyen de contrôle sur son application.

Enfin, il convient de noter que depuis l'entrée en vigueur de la loi 12 août 2022 modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, les dispositions du Code de la sécurité sociale qui interdisaient la récupération d'un trop-perçu auprès d'un bénéficiaire de bonne foi ont été supprimées. Le législateur a ainsi mis fin à l'exigence de prouver la mauvaise foi du bénéficiaire comme condition préalable à la récupération de l'indu. À cet égard, il est renvoyé au commentaire de l'article 24.

Article 24

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 12 août 2022 modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ;



2° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, l'alinéa 5 de l'article 127 a été remplacé et la dernière phrase, alinéa 2, de l'article 440 du Code de la sécurité sociale a été supprimée. Ces modifications ont été faites pour permettre à l'Association d'assurance accident de récupérer des prestations indûment versées, indépendamment de la bonne ou mauvaise foi de l'assuré et quelle que soit la raison du versement indu, par exemple en cas de simple erreur matérielle.

Ainsi, l'article 127, qui encadre les conditions et modalités d'octroi, de suspension, de refus, de révision, de limitation et de retrait des rentes et autres prestations versées par l'Association d'assurance accident, a été modifié en ce sens. Avant l'entrée en vigueur de la loi du 12 août 2022 précitée, l'alinéa 5 de l'article 127 prévoyait que « Les prestations 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. ». Désormais, cet alinéa a été remplacé et se lit aujourd'hui comme suit : « Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées conformément à ce qui précède, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu. ».

Concernant la dernière phrase de l'alinéa 2 de l'article 440, relatif à la saisissabilité et la cessibilité des prestations en général, celle-ci a été supprimée. Cette dernière phrase prévoyait que « Les montants des prestations indûment touchées ne peuvent être répétés ou compensés par l'Association d'assurance accident que s'ils ont été obtenus, gardés ou consommés de mauvaise foi par les bénéficiaires. ». La suppression de cette disposition confirme la volonté du législateur de ne plus faire de la mauvaise foi une condition préalable à la récupération de l'indu.

Ainsi, il convient de supprimer également la disposition relative à la non-récupération de l'indu auprès des bénéficiaires de bonne foi, telle qu'elle est actuellement prévue à l'article 109, alinéa 2.

Article 25

L'Association d'assurance accident ne peut pas procéder au remboursement intégral de l'indemnité professionnelle d'attente si le montant de la rente professionnelle d'attente est inférieur à celle-ci. C'est pourquoi il y a lieu de préciser à l'article 111, alinéa 2 que le remboursement est effectué jusqu'à concurrence de la rente professionnelle d'attente et non de l'indemnité d'attente.

Article 26



La modification de l'article 120 du Code de la sécurité sociale vise à apporter des précisions, dans le Code de la sécurité, relatives aux modalités de calcul des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux versées à un assuré par l'Association d'assurance accident à la suite d'un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Par préjudices extrapatrimoniaux, on entend les préjudices moraux ou non-économiques découlant d'une atteinte corporelle, mais qui ne se traduisent pas par une perte d'argent ou de revenu. Parmi les préjudices extrapatrimoniaux, on compte, notamment les indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément (article 119 du Code de la sécurité sociale), ainsi que les indemnités pour douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation et pour préjudice esthétique (article 120 du Code de la sécurité sociale).

L'objectif est d'assurer la sécurité juridique et la cohérence dans l'application de ces articles, vu les divergences constatées parmi les différents médecins dans le calcul des indemnités susmentionnées. L'article 120 en vigueur prévoit que le montant des forfaits est adapté au nombre indice cent du coût de la vie, sans toutefois préciser s'il s'agit du nombre-indice applicable au moment du paiement ou au moment de la consolidation qui doit être pris en compte.

À noter que pour le calcul des indemnités pour préjudices physiologiques et d'agrément (article 119, alinéa 4, du Code de la sécurité sociale), ainsi que pour le calcul des prestations en nature (article 99, paragraphe 4, du Code de la sécurité sociale), c'est le moment de paiement des indemnités qui est pris en compte. Ceci est prévu expressément aux articles concernés.

Cela vaut aussi pour les statuts de l'Association d'assurance accident, qui prévoit explicitement dans son article 11 que pour les calculs des prestations en nature et indemnités prises en charge directement ou indirectement par l'Association d'assurance accident, c'est le nombre-indice applicable au moment du paiement qui est pris en compte.

La présente modification de l'article 120 vise donc à insérer la précision selon laquelle pour le calcul de l'indemnité, le nombre-indice applicable au moment du paiement doit être pris en compte.

Article 27

La modification de l'article 124 vise à supprimer la « révision d'office » de la rente partielle, jugée excessivement contraignante, et à permettre à l'Association d'assurance accident de prendre l'initiative de la révision, tout en préservant le droit d'initiative de l'assuré.

Par ailleurs, il convient de remplacer l'expression « importante à préciser par règlement grand-ducal », qui manque de clarté et n'est pas définie dans un règlement grand-ducal, par l'introduction d'un seuil de 10 % directement au sein de l'article, conformément à ce qui est déjà prévu dans les autres articles du livre II du Code de la sécurité sociale concernant l'assurance



accident.

Article 28

À l'article 127 du Code de la sécurité sociale sont ajoutées les dispositions régissant le recouvrement forcé des créances de l'Association d'assurance accident. Concernant les nouveaux alinéas 6 à 10 introduits par les points 1° à 3°, il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

Article 29

Concernant la modification de l'article 144, première phrase du Code de la sécurité sociale, il y a lieu de se référer au commentaire sous l'article 7, point 3.

Article 30

Concernant la modification de l'article 145, alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance de l'Association d'assurance accident, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 31

L'article 45 la loi du 20 décembre 2024 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2025 dispose que « la référence au Service national de la sécurité dans la fonction publique s'entend comme référence à l'Inspection du travail et des mines », de sorte qu'il y a lieu d'adapter l'article 163, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale en supprimant la référence au Service national de la sécurité dans la fonction publique.

Article 32

Le gérondif qui figure actuellement à l'article 174, alinéa 1^{er} ne permet pas de clairement exprimer que le forfait de rachat ou son équivalent actuariel soient envisagés tout aussi bien pour un régime de pension d'une organisation internationale que pour un régime de pension étranger. Que cette condition doive être remplie dans les deux hypothèses ressort néanmoins clairement de l'ancienne formulation de l'article 174, alinéa 1^{er}, ainsi que du commentaire des articles du projet de loi n°5839 modifiant cette formulation. L'article 174, alinéa 1^{er} prévoyait dans son ancienne formulation que « les personnes qui ont, soit abandonné ou réduit leur activité professionnelle pour des raisons familiales, soit bénéficié d'un forfait de rachat ou d'un équivalent actuariel de la part d'un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral de sécurité sociale ou de la part d'un régime de pension d'une organisation internationale peuvent, [...] » et



le commentaire des articles du projet de loi n°5839 prévoyait que « la modification a pour objet de clarifier le champ d'application de l'alinéa 1^{er} de l'article 174 relatif à l'achat rétroactif de périodes d'assurance pension, couvrant aussi bien la situation où c'est l'assuré qui est l'attributaire direct du forfait de rachat, respectivement de l'équivalent actuariel versé de la part d'un régime de pension étranger, que celle d'un transfert direct des droits à pension d'une organisation internationale vers le régime général de pension ». Sur base de l'ancienne formulation de l'article 174, alinéa 1^{er} et du commentaire des articles du projet de loi n°5839, les juridictions sociales ont également pu confirmer que la condition du forfait de rachat ou de l'équivalent actuariel doit être remplie dans les deux hypothèses.

Pour éviter toute ambiguïté, il est proposé de remplacer le gérondif « prévoyant » par « qui prévoient » pour clarifier que la condition du forfait de rachat ou de l'équivalent actuariel s'applique aussi bien lorsque l'assuré a quitté un régime de pension étranger non visé par un instrument bi- ou multilatéral que lorsqu'il a quitté un régime de pension d'une organisation internationale.

Article 33

La modification de la première phrase de l'alinéa 2 de l'article 180 consiste dans une précision de renvois. Il y a lieu de se rapporter au commentaire sous l'article 2 relatif à l'article 5, alinéa 2, première phrase du Code de la sécurité sociale.

Article 34

Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, il n'existe qu'une seule caisse de pension au sein du régime général de pension, de manière que la notion de caisse compétente est devenue superflue.

Article 35

Concernant la modification à l'article 191 du Code de la sécurité sociale, il est renvoyé au commentaire sous l'article 34.

Article 36

À l'article 203, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, il convient de préciser le renvoi au paragraphe 2 de l'article L.125-1 du Code du travail qui règle la cessation de la relation du travail en cas de décès du salarié, tandis que le premier paragraphe règle d'autres situations. Est également pallié l'oubli de l'adjonction de la lettre « L. » devant cet article du Code du travail, dont tous les articles en sont pourvus.



Article 37

À l'article 211, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, la phrase concernant le droit d'être entendu du bénéficiaire d'une pension indument touchée, peut être supprimée, alors que l'article 9 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'État et des communes est directement applicable à la matière de la sécurité sociale et ainsi le droit d'être entendu des assurés est préservé sans qu'il soit besoin de l'énoncer particulièrement dans le Code de la sécurité sociale.

Article 38

Il est encore important de procéder à une légère rectification de l'article 235, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale, afin de rendre cette disposition plus claire par rapport à la pratique alors qu'y est visé le recouvrement sur les arrérages et non le recouvrement des arrérages.

Article 39

Depuis l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique, la Caisse nationale d'assurance pension étant la seule caisse de pension chargée du paiement de la pension, visée par le présent Code, la précision « chargée du paiement de la pension » à l'article 237 est devenue superflue.

Article 40

Concernant la modification de l'article 252, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance de la Caisse nationale d'assurance pension, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 41

Concernant la modification de l'article 253, alinéa 1^{er}, première phrase du Code de la sécurité sociale, il y a lieu de se référer au commentaire sous l'article 7, point 3.

Article 42

Concernant la modification de l'article 262, alinéa 6 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance du Fonds de compensation, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 43



1° La dernière tendance jurisprudentielle est d'interpréter l'application de la lettre b) du paragraphe 1^{er} de l'article 271 du Code de la sécurité sociale ensemble avec les lettres a) et d) du paragraphe 1^{er} de ce même article 271. Ainsi, la position actuelle des juridictions en matière de sécurité sociale est la suivante : lorsque la condition d'affiliation pour l'octroi d'une allocation familiale n'est pas remplie de façon prépondérante pour le mois en cours, ce défaut d'affiliation prépondérante n'est pris en considération qu'au premier du mois suivant. Or, les conditions énumérées sous le paragraphe 1^{er} ne sont pas des conditions cumulatives. Conformément à la lettre b) du paragraphe 1^{er}, la condition de la prépondérance de l'affiliation pour un mois s'apprécie uniquement pour ce mois. Si la prépondérance est acquise pour un mois, l'appréciation du droit à l'allocation et le paiement de cette dernière s'effectue par conséquent pour le mois où la prépondérance est acquise et non le premier du mois suivant. Le texte est précisé en ce sens.

2° Concernant les conditions d'octroi de l'allocation familiale prévues au deuxième paragraphe de l'article 271, celles-ci ne sont également pas cumulatives. Il subsiste actuellement un flou juridique concernant l'application de la condition visée à la lettre c) dudit article, laquelle prévoit l'étendue du droit à l'allocation familiale au-delà de l'âge de dix-huit ans accomplis en cas de poursuite d'un apprentissage. Afin d'éviter toute divergence d'interprétation, il y a lieu de préciser que la condition dictée à la lettre c) concerne exclusivement les apprentissages effectués dans le cadre des études et formations visées par les lettres a) et b) du paragraphe 2 de cet article, à savoir les études secondaires classiques, secondaires générales ou y assimilées et les études ou formations adaptées dans un institut spécialisé de formation ou centre de compétence en psycho-pédagogie spécialisé. Les apprentissages réalisés dans le cadre d'autres études et formations, telles que des études supérieures par exemple, sont donc exclus. Le texte est précisé en ce sens.

Article 44

Conformément aux dispositions de l'article L.234-43 du Code du travail, concernant les conditions d'octroi du congé parental du travailleur salarié, et afin d'éviter toute divergence entre travailleur salarié et travailleur non salarié, il y a lieu de préciser au sein de l'article 306, paragraphe 2, lettre a) du Code de la sécurité que le travailleur non salarié doit également exercer son activité professionnelle à raison d'un minimum de dix heures de travail par semaine.

Article 45

1° Actuellement, la restitution des indemnités de congé parental est soumise à au moins deux conditions cumulatives. Or, il n'est pas à exclure, que l'une des conditions de l'article 307, paragraphe 9, suffise à justifier la restitution des mensualités indûment versées alors que les conditions pour le droit à l'indemnité de congé parental ne sont plus remplies. La Caisse pour l'avenir des enfants doit par conséquent pouvoir solliciter la restitution des mensualités indûment payées lorsqu'une seule de ces conditions n'est plus remplie, alors que les textes de lois actuellement en vigueur prévoient des conditions cumulatives.



2° Concernant l'ajout dans le dernier alinéa de l'article 307, paragraphe 9, du Code de la sécurité sociale, celui-ci a pour but d'apporter des précisions quant au sort réservé aux indemnités de congé parental dans le cas spécifique du changement d'employeur au cours du congé parental. Par cet ajout, il est clairement précisé que seul un changement d'employeur avec une interruption de maximum sept jours au total permet de conserver l'indemnité de congé parental versée avant cette date et ceci dans la même approche que l'article 306, paragraphe 2, 2^e alinéa du Code de la sécurité sociale.

Cet ajout permet également d'éviter les abus en matière de congé parental fractionné, lorsque le parent bénéficiaire se retrouve sans affiliation entre deux ou plusieurs fractions du congé parental au motif d'un changement d'employeur mais se prévaut tout de même du droit aux indemnités de congé parental.

La jurisprudence a également pu constater et conclure que « L'article 307 (9) dernier alinéa du code [de la sécurité sociale] ne prévoit cependant, ni que le contrat de travail doit être consécutif

à celui qui a pris fin, ni un délai minimum dans lequel le changement doit avoir pris lieu, bien qu'il faille concéder que les deux contrats de travail se suivent dans un délai rapproché. » (Conseil supérieur de la sécurité sociale, 15.02.2024, No. : 2024/0034). Il en ressort un flou juridique auquel la présente modification a pour objet de remédier.

Article 46

1° L'article 308, paragraphe 2, du Code de la sécurité sociale prévoit les conditions d'introduction des demandes de l'indemnité du congé parental.

- i) Il convient de préciser dans l'article 308, paragraphe 2, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale, que de la demande d'indemnité de congé parental des parents salariés est sanctionnée par l'irrecevabilité si les conditions de son introduction ne sont pas respectées.
- ii) La même explication s'applique à la modification du deuxième alinéa du deuxième paragraphe de l'article 308 du même code, qui concerne la demande d'indemnité de congé parental des parents exerçant une activité indépendante.

2° Au paragraphe 3 de l'article 308, l'alinéa 2 prévoit le délai d'information de la Caisse pour l'avenir des enfants si le congé de maternité postnatal est prolongé pour cause d'allaitement.

Or, par l'entrée en vigueur de la loi du 15 décembre 2017 portant modification 1. du Code du travail ; 2. de la loi modifiée du 31 juillet 2006 portant introduction d'un Code du travail, et abrogeant 3. la loi modifiée du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé



pour raisons familiales, modifiant l'article L. 332-2 du Code du travail, la différence entre le congé de maternité postnatal de 8 semaines et celui de 12 semaines a été abolie et dorénavant, le congé de maternité postnatal est de douze semaines pour toutes les femmes accouchées, allaitantes ou non.

Ainsi, l'alinéa 2 du paragraphe 3 de l'article 308 n'a plus de raison d'être et peut être supprimé. L'actuel alinéa 3 devient ainsi le nouvel alinéa 2.

Article 47

L'article 309 du Code de la sécurité sociale règle la demande en obtention des prestations familiales.

Le paragraphe 1^{er} de l'article 309, exige un certain formalisme pour la demande pour l'obtention du paiement de ces prestations et qu'elle s'accompagne des pièces requises, c'est-à-dire nécessaires à la Caisse pour l'avenir des enfants pour pouvoir juger si le droit aux allocations familiales est justifié en application des dispositions législatives en vigueur.

La pratique a montré que les demandes des assurés ne sont pas toujours complètes, ce qui entraîne un risque d'allongement des délais de traitement et, par conséquent, n'est pas bénéfique pour les assurés.

Les modifications apportées au paragraphe 2 de l'article 309 ont donc pour but de rendre attentifs les assurés à l'importance de leur obligation de notification de renseignements, documents et données pour le traitement de leur dossier par les services de la Caisse pour l'avenir des enfants.

Ces mêmes obligations incombent aux assurés lorsque leur situation personnelle, familiale et professionnelle change, afin que la Caisse pour l'avenir des enfants puisse dans les meilleures conditions adapter leur dossier à ces faits nouveaux.

Finalement, les assurés sont rendus attentifs à la conséquence des manquements dans leurs obligations d'information de la Caisse pour l'avenir des enfants, à savoir la clôture de leur dossier.

Article 48

La présente modification vise à clarifier le texte de l'article 311, alinéa 1^{er}, qui prévoit, dans sa teneur actuelle, que le compte bancaire de l'attributaire doit être indiqué par « la personne définie à l'article 273 », donc par l'attributaire lui-même. Selon l'article 273, paragraphe 1^{er} du Code de la sécurité sociale, on entend par attributaire « la personne entre les mains de laquelle le paiement de l'allocation se fait conformément aux modalités prévues à l'article 311 ». En pratique cependant, cette information est majoritairement donnée par l'allocataire au moment de l'introduction de sa demande de prestations familiales, de sorte que le libellé est précisé en ce



sens.

En outre, afin d'éviter toute erreur quant au compte bancaire sur lequel les prestations dues sont à payer et de garantir la fiabilité des données, il est indispensable qu'il soit communiqué à la Caisse pour l'avenir des enfants un relevé d'identité bancaire dont l'attributaire est titulaire ou cotitulaire.

Article 49

1° La modification de l'article 313, paragraphe 3 se justifie du fait que la Caisse pour l'avenir des enfants est confrontée à un certain nombre de litiges, notamment en ce qui concerne l'interprétation de l'interruption du délai de prescription lors de la réception de renseignements, données et documents sollicités par elle, les modifications proposées visent à apporter des précisions. Il importe également de préciser que la date à prendre en considération pour l'interruption de la prescription est la date de réception de la demande.

2° Le paragraphe 4 de l'article 313 fait référence « à l'alinéa qui précède », alors que cet article est uniquement composé de paragraphes. Par ailleurs, il y a lieu de mettre le terme « paragraphe » au pluriel, puisque l'interruption du délai de prescription pour cause d'envoi de la demande pour une prestation à une autorité ou une institution de sécurité sociale incompétente, peuvent concerner les délais des paragraphes 1 et 2 de l'article 313.

Article 50

1° Le paragraphe 3 de l'article 315 du Code de la sécurité sociale règle la récupération et la restitution des sommes indûment payées par la Caisse pour l'avenir des enfants.

- i) Actuellement, le recouvrement des sommes indûment touchées n'est possible qu'auprès des personnes ayant perçu les prestations de manière indue, et non auprès des personnes ayant ouvert le droit aux prestations. Nombreux sont cependant les cas où les prestations familiales sont versées à une autre personne (l'attributaire au sens de l'article 273, paragraphe 1^{er} du Code de la sécurité sociale) que la personne ouvrant droit aux prestations familiales (l'allocataire au sens de l'article 269 du Code de la sécurité sociale) du fait de sa résidence au Luxembourg ou de son affiliation à la sécurité sociale luxembourgeoise. Néanmoins, dans certains cas, il s'avère ultérieurement que les conditions pour l'octroi des allocations familiales n'étaient pas ou plus remplies du côté de l'allocataire, de sorte que l'attributaire, a perçu des prestations familiales de façon indue et que le recouvrement des créances poursuivi par la Caisse pour l'avenir des enfants n'en est que complexifié voire s'avère vain. Dans le cas où l'allocataire et l'attributaire sont des personnes distinctes, il est plus aisé de pouvoir procéder au recouvrement auprès de l'allocataire et ceci dans une logique d'amélioration des moyens de recouvrement des créances.



- ii) La modification de l'alinéa 2 a pour but de déplacer la date du départ du délai de prescription du recouvrement des indus, de la date du paiement de ces derniers vers le moment où la Caisse pour l'avenir des enfants a eu connaissance du caractère indu du paiement.

Cette volonté de faire partir le délai de prescription du moment de la connaissance des faits, s'inspire de certaines autres dispositions en matière de sécurité sociale, comme les articles 123 et 458 du Code de la sécurité sociale, ainsi que de certaines dispositions du Code civil (articles 215, 325, 1427 et 1854) et du Code du travail (articles L. 124-10 et L. 415-10).

2° Le nouveau paragraphe 4 de l'article 315 du Code de la sécurité sociale règle le recouvrement forcé des créances de la Caisse pour l'avenir des enfants et il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

3° La présente modification a pour objet de prévoir un effet à l'obligation de soumettre toutes les informations demandées par la Caisse pour l'avenir des enfants.

Article 51

1° Concernant la modification de l'article 333 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance de la Caisse pour l'avenir des enfants, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

2° Concernant la modification de l'article 333, alinéa 5, première phrase du Code de la sécurité sociale, il y a lieu de se référer au commentaire sous l'article 7, point 3.

Article 52

1° A l'article 351, alinéa 2, il convient de préciser que ce délai court à partir de la notification de la décision de refus à la personne protégée par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, donc à partir de la dernière décision de la phase administrative et non pas à partir du moment où toutes les voies de recours contentieuses auraient été épuisées.

2° La modification de l'article 351, alinéa 3 vise à supprimer la soumission de la prise en charge des soins palliatifs à l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis du Contrôle médical de la sécurité sociale est purement formel, faute de pouvoir apporter une appréciation objective auprès de la personne soignée. Pour rédiger son avis le Contrôle médical de la sécurité sociale se base uniquement sur les informations d'un formulaire rempli par un tiers, à savoir par le médecin



traitant de la personne soignée.

Au moment de la mise en place de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, la nécessité de cet avis a déjà été questionnée par le Conseil d'État, faute de savoir sur base de quels critères le Contrôle médical de la sécurité sociale pourrait donner un avis négatif par rapport à une demande de prise en charge de soins palliatifs. Il se demande en outre comment c'est acceptable que l'accès à un droit fondamental soit subordonné à un avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale².

À noter que le législateur s'est déjà passé de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale dans le passé. En effet, une dérogation à l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale a été prévue temporairement pendant la crise du Covid-19 en 2020, par le règlement grand-ducal du 15 avril 2020. L'objectif était d'accélérer la procédure de demande de prise en charge des soins palliatifs, afin de protéger au mieux cette population vulnérable.

Article 53

Les modifications de l'article 366 du Code de la sécurité sociale visent à préciser qu'il s'agit d'une décision définitive du volet administratif interne et que l'assuré ne doit pas attendre l'épuisement des voies de recours contentieuses devant les juridictions.

Article 54

La modification de l'article 377, alinéa 1^{er} du Code de la sécurité sociale intervient à la suite de la loi du 10 mai 2022 portant modification des articles 1^{er} et 32 du Code de la sécurité sociale qui a intégré les bénéficiaires de protection temporaire visés par la loi modifiée du 18 décembre 2015 relative à la protection internationale et la protection temporaire dans la liste des personnes obligatoirement affiliées à l'assurance maladie et dont la charge des cotisations revient à l'Etat.

La présente modification a pour objet de pallier un oubli en matière d'assurance dépendance concernant les bénéficiaires de protection temporaire. Par l'ajout du numéro 22), elle précise ainsi que la charge de la contribution dépendance incombe à l'Etat.

Par ailleurs, il est profité pour rendre la phrase plus lisible.

Article 55

² Avis du Conseil d'Etat du 13 juillet 2007 relatif au projet de loi n°5584 relatif aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, Document parlementaire n° 5584/8, Examen des articles, ad art. 1er, p.18.



1° Concernant la modification de l'article 381, alinéa 1^{er} relatif à la composition du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé en matière de gestion de l'assurance dépendance, il est renvoyé au commentaire relatif au conflit d'intérêt sous l'article 4, point 1.

2° Concernant la modification de l'article 381, alinéa 8 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance du Fonds de compensation, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 56

Pour la modification de l'article 382 du Code de la sécurité sociale, relative au recouvrement des créances en matière d'assurance dépendance par la Caisse nationale de santé, il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

Article 57

En ce qui concerne la modification de l'article 393^{ter} du Code de la sécurité sociale, relative au recouvrement des créances en matière d'assurance dépendance par la Caisse nationale de santé, il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

Article 58

Actuellement, en cas de plainte avec constitution de partie civile déposée par une institution de sécurité sociale, le juge d'instruction en charge de l'affaire émet, conformément à l'article 59 (2) du Code de procédure pénale, une ordonnance constatant le dépôt de la plainte et enjoint l'institution de sécurité sociale de régler une certaine somme à la Trésorerie de l'État - Caisse de Consignations avant une date donnée, sous peine d'irrecevabilité de la plainte. Après paiement, un récépissé est émis par la Trésorerie de l'État en application de l'article 4, paragraphe 1 de la loi du 29 avril 1999 sur les consignations auprès de l'État et ce récépissé est communiqué au juge d'instruction compétent. Lorsque les juridictions font droit à la demande de l'institution de sécurité sociale, celle-ci s'adresse finalement à la Trésorerie de l'État, afin de demander une décision motivant la restitution de la consignation selon l'article 6, paragraphe 1 de la loi du 29 avril 1999 sur les consignations auprès de l'État.

La modification de l'article 398 se veut un allègement de cette procédure en prévoyant pour les institutions de sécurité sociale une dispense de la consignation prévue à l'article 59, alinéa 1^{er} du Code de procédure pénale. Ceci permet de réduire les délais de traitement des affaires.

Le nouvel alinéa s'inspire de la législation française, qui prévoit dans l'article actuel L114-9 du Code de la sécurité sociale que : « Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur d'un seuil fixé par décret, les organismes



visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale. ».

En plus, les recherches relatives à l'article 59 du Code de procédure pénale ont montré que c'est la loi du 16 juin 1989 portant modification du livre premier du code d'instruction criminelle et de quelques autres dispositions légales qui lui a conféré sa teneur actuelle et ceci en reprenant le texte de loi français. Les documents parlementaires N°2958 renseignent que dans son avis du 28 janvier 1986, le Conseil d'État avait estimé « préférable de reproduire le texte de l'article 88 français qui permet au juge d'instruction de dispenser de la consignation la partie civile dépourvue de ressources suffisantes ».

Desdits documents parlementaires se dégage la volonté du législateur de garantir avec la consignation le sérieux de la plainte avec constitution de partie civile, en particulier pour les personnes privées, afin d'éviter que l'action ne serve qu'à la satisfaction d'intérêts privés. Elle permet de dissuader les actions abusives ou dilatoires. Une dispense est prévue par l'article 59 du Code de procédure pénale pour assurer l'accès à la justice, permettant aux personnes aux ressources limitées de ne pas être empêchées d'agir en justice.

Si une administration publique ou établissement public se constitue partie civile, il est conforme à ladite volonté retracée de ne pas exiger une consignation, car cet établissement public est présumé agir dans l'intérêt public et après procédure interne de vérification du sérieux de l'affaire avant de faire une constitution de partie civile.

Article 59

Concernant la modification de l'article 414, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale, relative au vote à distance du Centre commun de la sécurité sociale, il y a lieu de se référer au commentaire de l'article 7, point 2.

Article 60

La modification de l'article 416 du Code de la sécurité sociale a pour but de redresser un oubli de texte.

Article 61

La loi du 12 août 2022 modifiant : 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale ; 3° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension (Mémorial A-2022-472 du 28.08.2022 ; art. 73) a supprimé l'alinéa 4 de l'article 426 du CSS. L'ancien alinéa 5 est devenu l'actuel alinéa 4, de sorte qu'il y a lieu d'adapter ce renvoi.



Article 62

Concernant la modification de l'article 429, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, relative au recouvrement des créances du Centre commun de la sécurité sociale, il est renvoyé au commentaire sous l'article 3.

Article 63

Suite à l'intervention de la loi du 24 juillet 2024 portant création de postes d'attaché de justice et modification de : 1° la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire ; 2° la loi modifiée du 7 juin 2012 sur les attachés de justice ; en vue d'arrêter un programme pluriannuel de recrutement dans la magistrature de l'ordre judiciaire pour les années judiciaires 2024/2025, 2025/2026 et 2026/2027 qui prévoit en son article 2 le remplacement des termes « officiers du ministère public » par les termes « magistrats du parquet » au sein de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire, il y a lieu d'adapter l'article 453, alinéa 2, du Code de la sécurité sociale dans le même sens.

Article 64

Les présentes modifications à l'article 454 sont réalisées par suite de la suppression au sein du Conseil supérieur de la sécurité sociale de la fonction d'assesseur non-magistrat, qui est maintenue ainsi seulement au niveau du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Article 65

L'article 455*sexies*, actuellement en vigueur, ne prévoit pas explicitement si la règle de majorité doit être appliquée ou si l'opinion du président prévaut dans le cas de deux opinions, y compris si les deux assesseurs ont la même opinion qui diffère de celle du président.

À noter qu'au niveau du Conseil supérieur de la sécurité sociale, la règle de la majorité est appliquée ; ce qui est expressément prévu à l'article 456, paragraphe 3, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Cela vaut logiquement également pour le Conseil arbitral de la sécurité sociale, la présence des assesseurs au sein de la composition collégiale du Conseil arbitral de la sécurité sociale n'ayant dans le cas contraire (prévalence de l'avis du président) aucun sens et aucune utilité.

La présente modification vise donc à clarifier la situation au niveau de la procédure de vote au



sein du Conseil arbitral de la sécurité sociale, en précisant que c'est la règle de la majorité qui doit être appliquée dans le cas de deux opinions différentes.

Article 66

Le nombre des membres du Conseil supérieur de la sécurité sociale passant de cinq (un président, deux assesseurs magistrats et deux assesseurs non-magistrats) à trois (un président et deux assesseurs magistrats), la procédure de vote a été adaptée à celle au sein du Conseil arbitral de la sécurité sociale qui compte actuellement trois membres. En effet, les dispositions relatives à la majorité absolue ne font plus de sens dans le cas de trois membres.

Article 67

À l'article 457, alinéa 1^{er}, du Code de la sécurité sociale, la partie de phrase « , composé de son président et de deux assesseurs magistrats » est supprimée. Par la suppression des assesseurs non-magistrats dans le Conseil supérieur de la sécurité sociale, la composition prévue au présent article devient la composition normale. Ce qui rend toute précision relative à la composition superflue. Pour le surplus, il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Chapitre 2 - Modification du Code du travail

Article 68

Les modifications de l'article L. 234-71, alinéa 1^{er}, première phrase, du Code du travail, ont été réalisées par suite de la suppression au sein du Conseil supérieur de la sécurité sociale de la fonction d'assesseur non-magistrat, qui est maintenue ainsi seulement au niveau du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Pour le surplus, il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Chapitre 3 - Modification de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité

Article 69



Par la suppression des assesseurs non-magistrats dans le Conseil supérieur de la sécurité sociale, la composition prévue à l'article 23, paragraphe 2, première phrase, de la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité devient la composition normale. Ce qui rend toute précision relative à la composition superflue. Pour le surplus, il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Chapitre 4 – Modification de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale

Article 70

Les modifications de l'article 10, paragraphe 2, de la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, ont été réalisées par suite de la suppression au sein du Conseil supérieur de la sécurité sociale de la fonction d'assesseur non-magistrat, qui est maintenue ainsi seulement au niveau du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Pour le surplus, il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Chapitre 5 – Modification de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

Article 71

Par la suppression des assesseurs non-magistrats dans le Conseil supérieur de la sécurité sociale, la composition prévue à l'article 24, alinéa 1^{er}, de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension devient la composition normale. Ce qui rend toute précision relative à la composition superflue. Pour le surplus, il est renvoyé au commentaire sous l'article 11.

Chapitre 6 – Disposition finale

Article 72



Il a été choisi d'opter pour une entrée en vigueur plus large, au premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Journal officiel, afin de permettre aux institutions de sécurité sociale de disposer d'un temps d'adaptation plus confortable aux dispositions de la présente loi.



Texte coordonné

Code de la sécurité sociale

Livre Ier – Assurance maladie-maternité

Chapitre I. - Étendue de l'assurance

Assurance obligatoire

Art. 1er. Sont assurés obligatoirement conformément aux dispositions qui suivent :

- 1) les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui ;
- 2) les apprentis bénéficiant au Grand-Duché de Luxembourg d'une formation professionnelle indemnisée ;
- 3) les 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 Grand-Duché de Luxembourg ;
- 4) les personnes qui exercent au Grand-Duché de 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 vingt-cinq pour cent 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 délivrée conformément à la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales;

- 5) le conjoint ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les



parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement d'un assuré au titre du numéro 4), première phrase pourvu que le conjoint, le partenaire, le parent ou allié soit âgé de dix-huit ans au moins et prête à cet assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale;

6) les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité dans l'intérêt des malades et de l'utilité générale ;

7) les personnes visées par la loi du 6 janvier 1996 sur la coopération au développement de même que celles visées par la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales ;

8) les bénéficiaires d'une pension personnelle ou d'une pension de survie en vertu du livre III du présent code ou de la législation et réglementation sur les pensions d'un régime spécial transitoire luxembourgeois, lorsqu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg ;

9) les bénéficiaires d'une ou de plusieurs rentes personnelles pour une réduction de la capacité de travail de cinquante pour cent au moins ainsi que d'une rente de survie en vertu de la législation concernant les dommages de guerre, à condition qu'ils résident au Grand-Duché de Luxembourg et qu'ils ne soient pas affiliés obligatoirement à un autre titre ;

10) les personnes bénéficiant d'un revenu de remplacement sur lequel une retenue de cotisation au titre de la législation luxembourgeoise sur l'assurance maladie est prévue ;

11) les bénéficiaires d'une allocation au titre de la loi modifiée du 28 juillet 2018 relative au revenu d'inclusion sociale ;

12) les membres de la chambre des députés et les représentants luxembourgeois ~~à l'assemblée des communautés européennes~~ **au Parlement européen** pendant la durée de leur mandat, à condition qu'ils ne soient pas assurés obligatoirement à un autre titre ;

13) les enfants âgés de moins de dix-huit ans résidant au Grand-Duché de Luxembourg qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui ne bénéficient pas d'une protection en vertu de l'article 7 ;

14) les 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 protection en vertu de l'article 7 ;



15) les personnes résidant au Grand-Duché de Luxembourg 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 vertu de l'article 7 ;

16) les volontaires de l'armée au sens de la loi du 2 août 1997 portant réorganisation de l'armée et modification de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix (OMP) dans le cadre d'organisations internationales, les personnes participant, sous l'égide d'organisations internationales, comme observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger, ainsi que celles remplissant la mission d'observateur prévue par la loi modifiée du 29 août 2008 sur la libre circulation des personnes et l'immigration et ses règlements d'exécution et qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement;

17) les jeunes qui exercent un service volontaire conformément à la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes ;

18) aux salariés handicapés occupés dans les ateliers protégés et aux personnes bénéficiant d'un revenu pour personnes gravement handicapées au sens de la loi du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées ;

19) les sportifs d'élite qui participent à des activités d'élite dans le cadre de la loi du 3 août concernant le sport ;

20) les bénéficiaires d'une rente partielle ou complète, d'une rente professionnelle d'attente ou d'une rente de survie en vertu du livre II du présent code du chef d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010 ;

21) les jeunes au pair séjournant dans une famille d'accueil conformément à la loi du 18 février 2013 sur les jeunes au pair ;

22) les bénéficiaires de la protection temporaire pourvus de l'attestation prévue à l'article 72 de la loi modifiée du 18 décembre 2015 relative à la protection internationale et à la protection temporaire.

L'assurance peut être étendue suivant des conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal aux personnes poursuivant des mesures d'insertion ou de réinsertion professionnelles.



Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux personnes visées au numéro 1) de l'alinéa 1 du présent article les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre de l'article 91.

Exemption et dispense de l'assurance

Art. 5. Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 1^{er}, sous 5) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 1 et 180, alinéa 1.

Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 1^{er}, **alinéa 1^{er}, sous point 4)**, si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, **calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros.** ~~n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.~~

Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 88, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 1^{er}, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 1^{er}, numéro 4), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 1^{er}, numéro 5).

Chapitre II. - **Objet de l'assurance** *Indemnité pécuniaire de maladie*

Art.16. L'indemnité pécuniaire n'est pas payée :

1) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable au contrôle médical ;



2) tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux examens médicaux prévus à l'article L. 552-2, paragraphe 2, alinéa 4 du Code du travail ;

3) tant que le bénéficiaire séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la caisse de maladie ;

4) 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 statuts déterminent les modalités de contrôle des incapacités de travail, y compris celles indemnisées au titre de l'article L. 121-6 du Code du travail. Ils peuvent imposer aux personnes ayant droit à l'indemnité pécuniaire l'observation de certaines règles sous peine d'une amende d'ordre ne dépassant pas le triple de l'indemnité pécuniaire journalière.

Les statuts peuvent préciser les modalités d'application des articles 9 à 15.

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 conformément aux dispositions de l'article 429~~ **la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis.**

Prestations de soins de santé

Art. 17. Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :

- 1) les soins de médecine ;
- 2) les soins de médecine dentaire ;
- 3) les traitements effectués par les professionnels de santé ;
- 4) les analyses de biologie médicale ;
- 5) ~~les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires~~ **les dispositifs médicaux et leurs accessoires et les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* et leurs accessoires ;**
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins ;
- 7) ~~les dispositifs médicaux et~~ les produits d'alimentation médicale ;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier ;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement ;
- 10) les cures thérapeutiques ;
- 10bis) les soins de réhabilitation physique et post-oncologique ;



- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles ;
- 12) les frais de transport des malades ;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal;
- 14) les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental.

Est considéré comme simple hébergement le séjour à l'hôpital d'une personne pour laquelle les soins en vue de sa guérison, de l'amélioration de son état de santé ou de l'atténuation de ses souffrances peuvent être dispensés en dehors du milieu hospitalier. Ces critères peuvent être précisés par règlement grand-ducal.

Des mesures de médecine préventive peuvent être organisées en collaboration avec la Direction de la santé dans le cadre de conventions de partenariat conclues 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.

Chapitre II. - **Objet de l'assurance**

Prestations de soins de santé

Art. 22. (1) 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 du Grand-Duché de Luxembourg.

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 les critères découlant des articles 17, alinéa 1 et 23, alinéa 1.

Par dérogation aux dispositions prévues à l'article 23, alinéa 1, peuvent encore être inscrits sur la liste positive les médicaments homéopathiques unitaires fabriqués à partir d'une souche végétale, minérale ou chimique et commercialisés sous forme de globules, granules, comprimés ou gouttes.

La liste des médicaments est établie par les statuts, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis. La décision d'exclure une catégorie de médicaments de cette liste s'opère dans la même forme.

Ne peuvent être inscrits sur la liste positive que des médicaments disposant d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la Caisse nationale de santé en vue de l'inscription du médicament sur la liste positive.



(2) Le président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prend les décisions relatives :

1) à l'inscription ou non des médicaments sur la liste positive et décide du taux de prise en charge qui leur est applicable. Il décide pareillement de l'exclusion d'un médicament de la liste positive;

2) à la première inscription ou au retrait des médicaments de la liste des principes actifs soumis à la base de remboursement prévue à l'article 22bis.

Les décisions visées à l'alinéa précédent sous 1) sont prises sur base d'un avis motivé du Contrôle médical de la sécurité sociale. Cet avis s'impose au président.

Les décisions du président ou de son délégué sont acquises à défaut d'une opposition écrite formée par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché dans les quarante jours de la notification. L'opposition, qui est suspensive, est vidée par le conseil d'administration.

(3) Pour des motifs d'intérêt général ou de santé publique, des médicaments répondant aux critères définis selon le paragraphe 1, alinéa 2, mais pour lesquels aucune demande n'a été introduite, peuvent être inscrits d'office sur la liste positive par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé, la Direction de la santé, division de la pharmacie et des médicaments et le Contrôle médical de la sécurité sociale demandés en leur avis.

(4) Un règlement grand-ducal précise les critères et détermine la procédure relative à l'inscription ou non d'un médicament sur la liste positive ou à son exclusion de ladite liste. Ce même règlement peut préciser les critères et déterminer la procédure relative à l'inscription des dispositifs médicaux dans les listes statutaires de l'assurance maladie.

Art. 23. 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. Les prestations à charge de l'assurance maladie 3) 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 domiciliation auprès d'un prestataire déterminé, une participation plus élevée ou le refus de la prise en charge des prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le Contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. 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 conformément aux dispositions de l'article 429~~ la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis.

Chapitre IV. - Organisation

Caisse nationale de santé

Art. 46. Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement :

- 1) 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 ;
- 2) d'un délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés ;
- 3) 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 ;
- 4) 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 ;
- 5) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce ;
- 6) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers ;
- 7) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture ;
- 8) de cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers suivant une clé de répartition à déterminer par règlement grand-ducal sur proposition desdites chambres.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. **Les membres effectifs et les membres suppléants ne peuvent pas être représentants d'un groupement professionnel possédant la qualité de conclure une convention avec la Caisse nationale de santé.**

En matière de frais de soins de santé avancés par les assurés, d'indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, d'indemnité funéraire concernant des assurés de la Caisse nationale de santé, le conseil d'administration siège en l'absence des délégués visés à l'alinéa 1, sous 2), 3) et



4), qui sont remplacés en l'occurrence par trois suppléants désignés par la Chambre des salariés parmi les suppléants des délégués visés à l'alinéa 1, sous 1.

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 conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués et du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.

Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de ~~deux~~ représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale de santé en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Les caisses de maladie

Art. 48. La Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics, la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux et l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés 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 au sens de l'article 413, alinéa 3, d'après les modalités y prévues.~~

Art. 50. Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le conseil d'administration 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 conseil d'administration 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 conseil d'administration 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 conseil d'administration 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 conseil d'administration. 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 conseil d'administration. Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par le vice-président. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois, en cas d'absence prolongée, le président est remplacé par un employé supérieur de l'entreprise.

Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix.



Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Mutualité des employeurs

Art. 58. Le conseil d'administration a notamment pour mission :

- 1) de statuer sur le budget annuel ;
- 2) de fixer les taux de cotisation, sans préjudice des dispositions de l'article 55 ;
- 3) d'établir et de modifier les statuts ;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan ;
- 5) de gérer le patrimoine ;
- 6) de prendre les décisions concernant le personnel ;
- 7) d'établir son règlement d'ordre intérieur ;
- 8) d'établir un code de conduite.

Les décisions prévues aux points 1) à 4) et 7) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Les statuts et les modifications afférentes n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le règlement d'ordre intérieur est publié au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg. Le code de conduite et le décompte annuel sont publiés sur le site internet de la Mutualité des employeurs.

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 se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Dans l'accomplissement de sa mission, la Mutualité peut recourir aux services administratifs de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale. Toutefois, la Mutualité peut, de l'accord du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, l'Inspection générale de la sécurité sociale entendue en son avis, engager moyennant contrat de travail des experts en vue de la réalisation de missions spécifiques.

Art. 59. Les contestations entre la Mutualité et ses affiliés sont jugées, en première instance, par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel, par le ~~président du~~ Conseil supérieur de la sécurité sociale ~~et les assesseurs magistrats~~.

Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles 454 à 456.

Chapitre V. - Relations avec les prestataires de soins

Art. 60ter. (1) 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 dont question à l'article 60quater ;
- 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 États 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 œuvre 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.

(2) La fonction d'Agence est confiée à un groupement d'intérêt économique, regroupant l'État, 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.



Afin d'assurer la sécurité de la plateforme et la qualité des informations traitées dans le cadre de ses missions, l'Agence met en place un système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des personnes ainsi que des annuaires référentiels d'identification des patients et des prestataires.

L'annuaire référentiel d'identification des patients comprend les données d'identification, les caractéristiques personnelles et la situation de famille du patient ainsi que les noms, prénoms, adresses et numéros d'identification des représentants légaux des mineurs d'âge non émancipés et des personnes majeures protégées par la loi.

Afin de mettre en œuvre cet annuaire, l'Agence peut recourir aux données énumérées à l'article 5, paragraphe 2, points a), b), c), d), e), h), j), k) et m) de la loi modifiée du 19 juin 2013 relative à l'identification des personnes physiques et aux données d'affiliation fournies par le Centre commun de la sécurité sociale.

L'annuaire référentiel d'identification des prestataires de soins comprend les données d'identification et les données en relation avec la profession et l'emploi du prestataire.

Afin de mettre en œuvre cet annuaire, l'Agence peut recourir aux noms et prénoms du prestataire et aux données des registres professionnels des personnes autorisées à exercer légalement une profession réglementée dans le domaine de la santé qui sont fournies par le ministre ayant la Santé dans ses attributions et aux données relatives à l'enregistrement du prestataire auprès de la Caisse nationale de santé, données qui sont fournies par la Caisse nationale de santé.

Un règlement grand-ducal précise les modalités de gestion de l'identification et les catégories de données contenues dans les annuaires référentiels d'identification.

(3) Le financement des missions de l'Agence définies ~~à l'alinéa 1~~ **au paragraphe 1^{er}** est pris en charge à raison de deux tiers par la Caisse nationale de santé et d'un tiers par l'État. L'Agence peut acquérir des fonds d'autres sources.

(4) L'Agence constitue le responsable du traitement des données à caractère personnel au sens de l'article 4 de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement de données à caractère personnel.

Art. 60^{quater}. (1) 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.



(2) 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 mentionnés à l'article 60bis, alinéa 1 ;
- 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.

(3) Dans le respect du secret médical et des finalités visées au présent article, 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.

(4) 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.

(5) 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.

(5bis) Les données sont conservées au dossier de soins partagé pendant dix ans à compter de leur versement au dossier.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer une durée de conservation plus courte en fonction de l'utilité et de la pertinence de la donnée pour l'état de santé du patient. Cette durée peut être modifiée d'un commun accord par la suite selon l'évolution de l'état de santé du patient.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, le prestataire de soins peut, avec l'accord du patient, déterminer que certaines données médicales jugées utiles et pertinentes à vie pour l'état de santé du patient, sont conservées jusqu'à la fermeture du dossier de soins partagé.



Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les informations figurant dans l'espace d'expression personnelle du titulaire du dossier de soins partagé sont conservées jusqu'à ce que ce dernier les modifie ou les supprime.

(6) 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, de fermeture 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 tout 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 résidents ;
- 8) le cas échéant, les modalités de coopération et de transfert de données transfrontalières avec les autorités afférentes d'un autre État membre un autre État 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.



Relations dans le secteur extra-hospitalier

Art. 65. Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4), 12) et 13), 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. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

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.

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. Ces forfaits sont établis pour des groupes d'actes présentant des caractéristiques communes d'un point de vue de la discipline médicale, du diagnostic, de la thérapeutique et des ressources utilisées.

Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12).

Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.



La Commission de nomenclature se compose de :

- 1) deux membres dont le président, désignés par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Santé ; un membre doit avoir la qualité de médecin ;
- 2) deux membres désignés par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé ;
- 3) deux membres désignés par le ou les groupements signataires de la convention pour les médecins ;
- 4) 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 amenée à statuer en matière d'actes et services relevant de la nomenclature des médecins et dispensés en milieu hospitalier ou de la nomenclature des laboratoires d'analyses de biologie médicale, la composition de la Commission de nomenclature est complétée 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 prévues ci-dessus.

La Commission est assistée dans l'accomplissement des ses missions par la Cellule d'expertise médicale, à laquelle elle peut demander 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.

La modification du coefficient d'un acte ou service figurant dans la nomenclature doit intervenir avant le 1^{er} décembre et ne prend effet que le 1^{er} janvier de l'exercice suivant. Les effets de cette modification sont neutralisés par une adaptation correspondante de la lettre-clé qui s'ajoute à celle prévue à l'article 67 et qui se base sur le nombre des actes et services de l'avant-dernier exercice.



Le fonctionnement de la Commission, la procédure à suivre, les éléments constituant la demande standardisée d'inscription ainsi que l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Ce règlement grand-ducal peut également prévoir des modalités de validation provisoire et de révision obligatoire. Dans les votes au sein de la commission, celui du président prévaut en cas de partage des voix.

Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'État.

Art. 70. (1) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 1, 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~~ **dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, il 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 conformément à l'article 456*bis* qui n'est susceptible d'aucune voie de recours. Elle doit être prononcée avant l'expiration de l'ancienne convention.

(2) Lorsque la médiation déclenchée en vertu de l'article 69, alinéa 2 n'aboutit pas, dans un délai de trois mois à partir de la nomination d'un médiateur, à une convention ou à un accord sur les dispositions conventionnelles obligatoires, le médiateur 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) Les conventions et les sentences arbitrales s'appliquent à l'ensemble des prestataires dans leurs relations avec les personnes couvertes par l'assurance maladie-maternité. 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 extra-hospitalier sous le régime du contrat de travail ou d'entreprise. Les conventions et les sentences arbitrales sont publiées au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg, le cas échéant, sous forme coordonnée.

Art. 73bis. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du directeur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable :



- 1) une amende d'ordre au profit de la Caisse nationale de santé, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros ;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux ;
- 3) 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 ;
- 4) la limitation du nombre d'actes et de services professionnels par assuré en moyenne que le prestataire ne peut pas dépasser pendant une période future de trois années au plus, sous peine de restitution des honoraires afférents. Ce maximum peut s'appliquer à tout ou partie de l'activité du prestataire.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale conformément à l'article 456, quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article ou de celui qui précède peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par ~~le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429~~ **la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis.**

Action concertée

Art. 80. 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 visées à l'article 61, alinéa 2, sous 1), 2), 4) et 8) et à l'article 75.

Sur base d'un rapport établi par ~~des experts~~ **l'Inspection générale de la sécurité sociale**, 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 prévus à l'article 67.

Recouvrement forcé

Art.82bis. La Caisse nationale de santé peut procéder au recouvrement forcé de ses créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier de justice conformément aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.

Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse nationale de santé peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

Livre II – Assurance accident

Chapitre I. – Champ d'application

Section 1.- Personnes assurées

Art. 88. Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 85, numéro 8) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 1 et 180, alinéa 1.

Sont dispensées de l'assurance les personnes visées à l'article 85, sous 7), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, **calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement**



~~durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros. n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.~~

Toutefois, les personnes visées à l'alinéa qui précède sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense. La demande comporte l'application des articles 5, alinéa 3 et 180, alinéa 3.

Chapitre II. – Prestations de l'assuré

Art. 97. L'assuré a droit à la réparation du préjudice résultant d'une lésion ou d'une maladie couvertes conformément aux articles 92 à 94.

La réparation consiste dans l'octroi dans les conditions prévues aux articles qui suivent :

- 1) des prestations en nature,
- 2) des prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les ~~cinquante-deux~~ **soixante-dix-huit** premières semaines,
- 3) d'une rente complète en cas d'incapacité de travail prolongée,
- 4) d'une rente partielle en cas d'incapacité de gain partielle,
- 5) d'une rente professionnelle d'attente en cas de reconversion professionnelle,
- 6) d'une indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément, d'une indemnité pour les douleurs physiques endurées et d'une indemnité pour préjudice esthétique.

Section 1. - Prestations en nature

Art. 98. (1) Les prestations de soins de santé, au sens de l'article 17, **et les prestations en matière d'assurance dépendance au sens des articles 347 et suivants**, imputables à un accident ou une maladie professionnelle, sont prises en charge d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie **et en matière d'assurance dépendance**, sans que l'assuré ne doive les avancer et sans tenir compte des participations de l'assuré.



Pour les prestations soumises à un devis préalable, un titre de prise en charge, une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou une validation par la Caisse nationale de santé, la prise en charge par l'Association d'assurance accident est subordonnée à la condition que la date du devis, de l'ordonnance ou de la demande d'autorisation se situe avant la date de clôture de la prise en charge par l'Association d'assurance accident.

(2) Sont pris en charge intégralement au sens du paragraphe 1^{er} :

- a) les tarifs des actes et services médicaux fixés conformément à l'article 66, alinéas 1^{er} et 2 ;
- b) les tarifs pour les prothèses dentaires et l'orthodontie sur devis préalable et jusqu'à concurrence d'un maximum à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident en fonction des honoraires moyens facturés par les médecins-dentistes ;
- c) les prestations de soins dentaires sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 180 euros par dent ;
- d) les tarifs des actes et services des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des psychomotriciens fixés conformément à l'article 66, alinéas 1^{er} et 2 ;
- e) les tarifs des actes de laboratoire fixés conformément à l'article 66, alinéa 1^{er} ;
- f) les forfaits pour cures de convalescences et cures thérapeutiques inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65 ;
- g) les prestations de rééducation fonctionnelle et de réadaptation rendues aux assurés ;
- h) les frais pour prothèses orthopédiques, orthèses et épithèses inscrites dans la nomenclature des actes visée à l'article 65 ;
- i) les greffes d'organes ;
- j) la prise en charge des médicaments repris sur la liste positive établie sur base de l'article 22 ;
- k) lorsque l'accident a provoqué une lésion des yeux ou une lésion corporelle, les verres de lunettes et les lentilles de contact jusqu'à concurrence des montants moyens facturés par les fournisseurs, les montures étant prises en charge jusqu'à concurrence d'un montant maximal à déterminer par les statuts de l'Association d'assurance accident ;
- l) les produits sanguins ;



m) les soins hospitaliers ;

n) les dispositifs médicaux et fournitures diverses visés à l'article 22, paragraphe 4, et délivrés dans les pharmacies.

Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge des prestations énumérées sous les lettres a) à n).

(3) Le droit aux prestations en nature des gens de mer visés à l'article 85, alinéa 1^{er}, point 3, est suspendu tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge conformément à l'article 101 de la loi modifiée du 9 novembre 1990 ayant pour objet la création d'un registre public maritime luxembourgeois.

(4) Si, après évaluation par l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, l'assuré est à considérer comme dépendant au sens des articles 348 et 349 et si son état de dépendance est imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement aux séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, les montants des aides techniques et des adaptations au logement pris en charge par l'assurance dépendance peuvent être portés au double sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. En vue de l'obtention des prestations de l'assurance dépendance à charge de l'Association d'assurance accident, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé.

(5) Les prestations prévues aux paragraphes qui précèdent sont payées par la Caisse nationale de santé pour compte de l'Association d'assurance accident et font l'objet d'un remboursement, le cas échéant forfaitaire, augmenté des charges administratives à fixer par règlement grand-ducal.

(6) Les prestations en nature suivantes sont prises en charge directement par l'Association d'assurance accident :

a) sur demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public auprès d'un prestataire de soins ;

b) sans demande de l'assuré, les frais de voyage exposés par l'assuré pour se rendre en voiture privée ou par un moyen de transport public aux convocations par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou d'un expert désigné par celui-ci. Ces frais sont pris en charge de façon forfaitaire sans pouvoir dépasser les frais réels ;

c) les frais de voyage d'une personne accompagnante sur présentation d'un certificat médical dûment motivé et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aucun certificat n'étant requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.



Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de la prise en charge ainsi que les forfaits visés à la lettre b).

(7) L'Association d'assurance accident rembourse, sur présentation des factures acquittées et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les frais de séjour de l'assuré ou de la personne accompagnante, jusqu'à concurrence d'un maximum équivalant au montant prévu par les statuts de la Caisse nationale de santé et à condition de ne pas avoir été pris en charge à titre de prestation en nature. Pour la prise en charge des frais de voyage et de séjour d'une personne accompagnante, le demandeur doit obligatoirement présenter un certificat médical dûment motivé. Aucun certificat n'est requis pour l'accompagnement d'un mineur d'âge.

(8) L'Association d'assurance accident prend en charge, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le rapatriement d'une personne assurée, victime d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle, d'une clinique étrangère vers un établissement hospitalier du pays de résidence de la victime pour la continuation d'un traitement stationnaire ou vers son domicile, à condition que le moyen de transport et la destination soient documentés sur une ordonnance médicale émanant du médecin étranger ayant autorisé la sortie d'hôpital. Cette disposition s'applique également si la victime est décédée à l'étranger.

(9) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre indice 100 et sont multipliés par le nombre indice applicable au moment du paiement.

(10) Les statuts de l'Association d'assurance accident peuvent préciser les modalités de la prise en charge prévue aux paragraphes 3 à 5, 7 et 8.

Art. 99. (1) Si l'accident a donné lieu à une lésion corporelle, l'assuré a droit à la réparation des dégâts matériels accessoires auxquels peut avoir donné lieu l'accident. Les dommages causés aux prothèses sont pris en charge même dans le cas où l'accident n'a pas donné lieu à une lésion corporelle.

(2) Le dégât causé aux vêtements et autres effets personnels est remboursé sur présentation de la facture **d'achat**, déduction faite du taux d'amortissement ~~à fixer par les statuts. À défaut de présentation d'une facture, la prise en charge du remboursement se fait de façon forfaitaire, déduction faite du taux d'amortissement statutaire, les forfaits étant fixés par les statuts de l'Association d'assurance accident~~ **de 20 pour cent par année entière.**

(3) L'assuré a droit à l'indemnisation du dégât causé au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite d'une franchise fixée à deux tiers du salaire social minimum et d'un maximum fixé à cinq fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de trajet et à sept fois le salaire social minimum lorsqu'il s'agit d'un accident de



travail. Cette indemnisation ne s'opère que dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre.

Les personnes visées à l'article 91, point 1), 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, ils n'ont pas pu utiliser des transports en commun.

Le dégât au véhicule automoteur visé à l'alinéa 1^{er} est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. Les frais de réparation sont remboursés intégralement sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

À défaut d'expertise, l'Association d'assurance accident détermine la valeur du véhicule avant l'accident de façon forfaitaire par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion. Dans ce cas, les frais de réparation ne sont remboursés que jusqu'à cette valeur.

En cas d'abandon du véhicule, le prix de vente de l'épave est porté en déduction de la valeur du véhicule visée à l'alinéa précédent. À défaut d'une preuve attestant le prix de vente de l'épave, la valeur du véhicule est diminuée d'un montant forfaitaire de 110 euros représentant la valeur de l'épave. Il est toutefois loisible à l'assuré d'établir la valeur moins élevée de l'épave par une facture émanant d'un professionnel légalement établi.

L'Association d'assurance accident rembourse les frais d'expertise si celle-ci a été effectuée à la demande de l'assuré et si ce dernier les a pris en charge. Les frais de dépannage, de remorquage, de gardiennage et de remplacement du véhicule ainsi que tout autre dégât causé aux biens d'un tiers ne sont pas pris en charge.

(4) Les montants inscrits au présent article correspondent au nombre-indice 100 et sont multipliés par le nombre-indice applicable au moment du paiement.

(5) Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent les modalités de l'indemnisation du dégât matériel prévu au présent article.

Section 4.- Rente partielle

Art. 107. Les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ont droit à la rente partielle à condition que leur perte de revenu atteigne, au cours des douze mois de calendrier suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle, au moins dix pour cent du revenu professionnel cotisable au sens de l'article 103.



La rente partielle correspond à la différence entre ce revenu et celui déterminé selon les mêmes modalités au cours d'une période de référence de douze mois de calendrier suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

La rente partielle remplace définitivement l'indemnité compensatoire prévue au Titre V du Livre V du Code du travail. La rente partielle est versée à titre de compensation au Fonds pour l'emploi jusqu'à concurrence de l'indemnité compensatoire avancée indûment. ~~Si le montant de l'indemnité compensatoire dépasse celui de la rente partielle définitive, il n'est pas procédé à la récupération d'un trop perçu éventuel dans le chef du bénéficiaire de bonne foi.~~

Art. 109. En attendant la fixation du montant définitif de la rente partielle, une avance peut être accordée. Elle ne saurait dépasser le montant résultant de la multiplication du taux d'incapacité partielle tel que fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale et du salaire social minimum applicable le mois de la demande d'avance.

~~Si le montant de l'avance dépasse celui de la rente partielle définitive, il n'est pas procédé à la récupération d'un trop perçu éventuel dans le chef du bénéficiaire de bonne foi.~~

Section 5. - Rente professionnelle d'attente

Art. 111. L'assuré qui justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanent de dix pour cent au moins au sens de l'article 119 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 visée à l'article L. 552-1 du Code du travail principalement imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause, est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi, mais a droit, à la place de l'indemnité de chômage, à une rente professionnelle d'attente dont le montant est fixé à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète.

Tant que le reclassement professionnel externe n'est pas possible, la rente professionnelle d'attente susvisée remplace l'indemnité professionnelle d'attente prévue au Titre V du Livre V du Code du travail. 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 **dans la limite des prestations versées par l'Association d'assurance accident.**

Les modalités d'application du présent article et de l'article 107, alinéa 3 peuvent être précisées par règlement grand-ducal.



Section 7. - Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Art. 120. Les indemnités réparant les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation et le préjudice esthétique sont accordées sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elles consistent dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal sur base de deux échelles différentes tenant compte de la gravité des préjudices. Les forfaits ne sauraient dépasser sept mille cinq cents euros au nombre indice cent du coût de la vie.

L'indemnité est adaptée au coût de la vie en multipliant la valeur des forfaits de l'alinéa 1^{er} avec le nombre-indice applicable au moment du paiement.

Section 8. - Détermination, révision, limitation et prescription des prestations

Art. 124. Le montant de la rente partielle ~~est sujet à révision d'office ou~~ **est révisé, soit à l'initiative de l'Association d'assurance accident, soit** à la demande du bénéficiaire si, au cours de la période triennale suivant la fixation de la rente, la perte de revenu subit une modification ~~importante à préciser par règlement grand-ducal~~ **supérieure ou égale à dix pour cent.**

Art. 127. Un règlement grand-ducal peut préciser les conditions et modalités d'octroi, de suspension, de refus, de révision, de limitation et de retrait des rentes et des autres prestations.

Les prestations prévues aux articles 99 et 100, les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues :

- 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 à l'article L. 552-2, paragraphe 2 du Code du travail ;
- tant que l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents 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, réduits pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.



Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir. Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.

Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées conformément à ce qui précède, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées quelle que soit la raison du versement indu.

L'Association d'assurance accident peut recourir au recouvrement forcé de ses créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président de son conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre peut être poursuivie par voie d'huissier conformément au Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.

Pour le recouvrement forcé de ses créances, l'Association d'assurance accident peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

Chapitre V. - Organisation

Art. 144. Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de ~~deux~~ représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de l'Association d'assurance accident en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Art. 145. Les délégués des salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention et voix consultative dans les autres matières.

Le président et les délégués des employeurs ont voix délibérative dans toutes les matières.



Les décisions sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Chapitre VII. – Prévention

Art. 163. Dans le cadre de la mise en œuvre d'une stratégie globale de gestion de la sécurité et de la santé sur les lieux de travail et pour l'élaboration des recommandations de prévention, l'Association d'assurance accident peut recourir à des experts. Elle collabore avec l'Inspection du travail et des mines, ~~le Service national de la sécurité dans la fonction publique~~ et la Direction de la santé.

Les recommandations de prévention sont portées à la connaissance des employeurs par tout moyen approprié. Ces derniers en informent leurs salariés dans la mesure où ils sont concernés.

Livre III – Assurance pension

Chapitre I. - Etendue de l'assurance

Achat de périodes

Art. 174. 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~~ **qui prévoient** un forfait de rachat ou d'un équivalent actuariel peuvent couvrir ou compléter les périodes correspondantes par un seul achat rétroactif sur une même période, à condition qu'elles résident au Grand-Duché de Luxembourg, qu'elles aient été affiliées au titre de l'article 171 pendant au moins douze mois et qu'au moment de la demande elles n'aient ni dépassé l'âge de soixante-cinq ans ni droit à une pension personnelle.

Le conjoint créancier au titre de l'article 252, paragraphe 2 du Code civil peut effectuer un achat rétroactif par mois entiers pour la période du mariage pendant laquelle l'abandon ou la réduction



de l'activité professionnelle a eu lieu sur base d'une cotisation déterminée en fonction du montant visé à l'article 252, paragraphe 1^{er} du Code civil, augmenté de la charge de l'État telle que définie à l'article 239 du Code de la sécurité sociale.

Un règlement grand-ducal précise les conditions de l'achat rétroactif, en détermine les modalités et définit les périodes pouvant être couvertes.

Les périodes correspondant à un achat effectué conformément à la loi modifiée du 28 juillet 1969 relative à l'achat rétroactif de périodes d'assurance auprès des différents régimes de pension contributifs sont prises en compte comme périodes d'assurance au titre du présent article, à l'exception de celles prévues à l'article 5 de cette même loi.

Exemption et dispense de l'assurance

Art. 180. Est dispensé sur sa demande le conjoint ou le partenaire visé à l'article 171, sous 6) excepté celui d'un assuré ou d'un aidant agricole.

Sont dispensées de l'assurance les personnes exerçant à titre principal ou accessoire une activité au sens de l'article 171, sous 2), si le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire 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, **calculée en application de l'article 5, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 2 août 2023 concernant le soutien au développement durable des zones rurales, n'atteint pas le seuil de vingt-cinq mille euros.** ~~n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes 3, 5 et 8 de la loi modifiée du 27 juin 2016 concernant le soutien au développement durable des zones rurales. Si l'activité ne couvre pas une année civile entière, le revenu professionnel annuel est calculé en fonction de la période d'activité effective.~~

Toutefois, une personne exerçant une activité dispensée en vertu de l'alinéa qui précède est admise à l'assurance obligatoire à sa demande. Si le revenu professionnel d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil, l'assurance obligatoire est maintenue, à moins que l'assuré n'invoque expressément la dispense.

Ne sont pas admises à l'assurance au titre de l'article 171, numéro 1) les personnes qui exercent une activité professionnelle pour le compte du conjoint ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats qui assume une activité assurée en vertu de l'article 171, numéro 2), première phrase. Il en est de même des parents ou alliés visés à l'article 171, numéro 6).



Chapitre II. - **Objet de l'assurance**

Pension d'invalidité

Art. 189. L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de cinquante 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~~ **Caisse nationale d'assurance pension** sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Début de la pension d'invalidité

Art. 191. 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 ~~l'un des organismes de pension visés par la présente loi~~ **la Caisse nationale d'assurance pension**.

Début de la pension de survie

Art. 203. 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 trois mois subséquents jusqu'à concurrence de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit en vertu de l'article 186. Pour l'application de cette disposition chaque jour du mois du décès de l'assuré est compté uniformément pour un trentième du mois.

En cas d'application de l'article **L.125-1, paragraphe 2** du Code du travail les pensions de survie ainsi que le complément dû en application de l'alinéa 1 du présent article sont versés à titre de compensation à l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents.

Restitution

Art. 211. Toute pension est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la pension est relevée, réduite ou supprimée.

Les prestations octroyées ou liquidées de trop peuvent être récupérées.



La restitution de prestations est obligatoire si l'assuré ou le bénéficiaire de pension 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 sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles ; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 222. ~~La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit.~~

Les titulaires de pension accordée pour cause d'invalidité sont tenus de se soumettre, sous peine du retrait de la pension, aux examens prescrits par le Contrôle médical de la sécurité sociale. La pension retirée ne peut être allouée pour la période de trois mois consécutifs au retrait, à moins que l'assuré ne prouve que l'examen médical n'a pu avoir lieu pour des raisons indépendantes de sa volonté.

Concours de l'assurance et de l'assistance

Art. 235. La commune, le Fonds national de solidarité ou l'office social qui a versé des prestations à un bénéficiaire de pension pour une période pendant laquelle celui-ci avait droit à une pension, a droit, sur demande présentée sous forme de simple lettre, au remboursement ~~des sur les~~ arrérages de pension, réduits pour cette période et non encore versés au bénéficiaire, jusqu'à concurrence des prestations allouées durant la même période.

La demande doit être présentée, sous peine de forclusion, dans un délai de trois mois à dater de la cessation des prestations.

Mesures de réhabilitation et de reconversion

Art. 237. Les mesures de réhabilitation et de reconversion prévues à l'article 189 sont à charge ~~de la caisse de pension chargée du paiement de la pension~~ **Caisse nationale d'assurance pension.**

Les conditions et les modalités des mesures visées à l'alinéa ci-avant sont fixées par voie de règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d'État et de la commission de travail de la chambre des députés.

Le même règlement fixe les montants à déduire le cas échéant de la pension au titre de frais d'entretien du bénéficiaire dans un établissement spécialisé. Au cas où le bénéficiaire a des membres de famille à sa charge, cette déduction ne peut avoir pour effet de réduire la pension au-dessous des pensions de survie auxquelles les membres de famille auraient droit en cas de décès de l'assuré.



Chapitre IV. - Organisation de l'assurance

Gestion de l'assurance pension

Art. 252. Le conseil d'administration se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'État, nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement :

- 1) de huit délégués des salariés du secteur privé, désignés par la Chambre des salariés ;
- 2) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce ;
- 3) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers ;
- 4) d'un délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture ;
- 5) de quatre délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce ;
- 6) 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.

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 conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.

Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Art. 253. Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en relation avec ses attributions et composés de ~~deux~~ représentants effectifs du



conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse nationale d'assurance pension en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Les modalités de la nomination sont déterminées par règlement d'ordre intérieur.

Fonds de compensation

Art. 262. Le conseil d'administration du Fonds de compensation se compose :

- 1) du président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension et de trois membres désignés par le Gouvernement en Conseil ;
 - 2) de quatre membres délégués par les assurés ;
 - 3) de quatre membres délégués par les employeurs.
- Pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

Le mode de désignation des délégués des assurés et des employeurs et de leurs suppléants est déterminé par règlement grand-ducal.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension. En cas d'absence du président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance pension, il est remplacé par le fonctionnaire qu'il a désigné à cet effet conformément à l'article 254, alinéa 2.

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 se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.



Livre IV – Prestations familiales et indemnité de congé parental

Chapitre I. - Allocation familiale

Art. 271. (1) L'allocation est due à partir du mois de naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans accomplis.

a) 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.

b) Pour les personnes définies à l'article 269, paragraphe 1^{er}, point b), 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. **La prépondérance de l'affiliation est appréciée pour chaque mois individuellement.**

c) 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 remplissant les conditions prévues à l'article 269 est légalement déclaré au Luxembourg.

d) Tout changement intervenu au cours d'un mois n'est pris en considération qu'au premier du mois suivant.

(2) Le droit à l'allocation familiale est maintenu jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans accomplis en faveur de l'enfant qui :

a) poursuit effectivement, sur place dans un établissement d'enseignement, à titre principal d'au moins vingt-quatre heures par semaine des études secondaires classiques, secondaires générales ou y assimilées ;

b) poursuit effectivement, sur place et à titre principal des études ou une formation adaptée à ses capacités dans un institut spécialisé de formation ou centre de compétence en psychopédagogie spécialisée ;

c) poursuit un apprentissage suivant les dispositions de l'article L. 111-1 et suivants du Code du travail et dont l'indemnité est inférieure au salaire social minimum **réalisé exclusivement dans le cadre d'études ou de formations visées aux lettres a) et b) du présent paragraphe.**



Sont assimilées à une période d'études :

a) les périodes de vacances annuelles, à condition que les études ouvrant droit au maintien de l'allocation familiale au-delà de dix-huit ans, soient reprises après les vacances scolaires ;

b) 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.

(3) Pour les élèves ayant dépassé l'âge de dix-huit 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.

(4) 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.

(5) L'exercice simultané, au cours des études, d'une activité professionnelle ou d'un stage rémunéré d'une durée de plus de quatre 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.

(6) 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 douze mois correspondant à l'année scolaire.

(7) L'allocation cesse à partir du mois suivant le décès de l'enfant bénéficiaire.

(8) Elle cesse encore dans le même délai si l'une des conditions prévues par le présent article n'est plus remplie.

Chapitre V. - Indemnité de congé parental

Bénéficiaires

Art. 306. (1) Pendant la durée du congé parental accordé en application des articles L. 234-43 à L. 234-48 du Code du travail, 29*bis* à 29*sexies* de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État et 30*bis* à 30*sexies* de la loi modifiée du 24 décembre 1985



fixant le statut général des fonctionnaires communaux, la perte de revenu professionnel est compensée par un revenu de remplacement, désigné ci-après par « indemnité », qui est versée mensuellement par la Caisse.

(2) Le droit à l'indemnité est encore ouvert au travailleur non salarié pendant la durée du congé parental, accordé en raison de la naissance ou de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants qui n'ont pas atteint l'âge de six ans accomplis et de douze ans accomplis en cas d'adoption, à condition

a) qu'il soit affilié obligatoirement à la sécurité sociale luxembourgeoise sans interruption pendant au moins douze mois continus précédant immédiatement le début du congé parental en application de l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, sous 4) ou 5) **et totalise au moins dix heures de travail par semaine** ;

b) qu'il 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 sans que la durée mensuelle totale de travail effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée mensuelle normale de travail presté avant le congé parental ou réduit son activité professionnelle conformément aux réductions prévues à l'article L. 234-44, paragraphe 2, en cas de congé parental fractionné;

c) qu'il élève dans son foyer le ou les enfants visés et s'adonne principalement à leur éducation pendant la durée du congé parental.

La condition d'affiliation continue pendant les douze mois précédant immédiatement le début du congé parental ne vient pas à défaillir par une ou plusieurs interruptions ne dépassant pas sept jours au total.

En cas d'exercice de plusieurs activités de même nature ou de nature différente soumises à l'assurance obligatoire, salariées ou non salariées, le travailleur non salarié a droit à un congé parental conformément aux dispositions de l'article L. 234-44, paragraphe 1^{er}, du Code du travail.

Est assimilée au congé d'accueil la période indemnisée au même titre par la Caisse nationale de santé pour les professions visées à l'article 1^{er}, alinéa 1, sous 4) et 5) du présent Code.

La durée et les modalités du congé parental alloué au travailleur non salarié sont déterminées par référence aux dispositions des articles L. 234-44 à L. 234-47 du Code du travail.



Montant, modalités et paiement de l'indemnité

Art. 307. (1) 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 réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant le début du congé parental. Les modifications de revenus intervenues après le début du congé parental impliqueront le recalcul de l'indemnité.

Les montants du revenu professionnel entrant dans le calcul de l'indemnité 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'État.

(2) L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être inférieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.

L'indemnité calculée pour un mois entier ne saurait être supérieure au produit de la durée calculée suivant les dispositions du paragraphe 5 de l'article L. 234-44 du Code du travail et d'un montant égal à cinq tiers du salaire social minimum horaire. Dans le cas d'une poursuite partielle de l'activité professionnelle pendant le congé parental, la durée ainsi calculée est réduite de la durée de travail mensuelle résiduelle.

Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros.

Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont inférieures à cinq millièmes d'euros.

(3) 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.

(4) 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.

(5) L'indemnité est suspendue pendant la période du droit à l'indemnité pécuniaire de maternité prévu à l'article 25.

(6) (paragraphe abrogé)

(7) 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.

(8) 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 est terminée.

(9) Les mensualités déjà versées donnent lieu à restitution intégrale en cas de violation des dispositions des articles L. 234-43, paragraphe 1^{er} du Code du travail, 29^{bis}, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État ~~et~~, 30^{bis}, paragraphe 1^{er} de la loi modifiée du 24 décembre 1985 fixant le statut général des fonctionnaires communaux et de l'article 306, paragraphe 2, ~~et~~ ou 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 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 **sans interruption de l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale luxembourgeoise de plus de sept jours au total** 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.



Demande de l'indemnité

Art. 308. (1) Pour pouvoir prétendre au paiement de l'indemnité, le parent doit présenter une demande écrite à la Caisse accompagnée, le cas échéant, du plan de congé parental.

(2) ~~La demande~~ **Sous peine d'irrecevabilité, la demande** présentée par le parent salarié doit être dûment certifiée par l'employeur et remise à la Caisse au plus tard dans la quinzaine de la notification de la demande à l'employeur pour ce qui est du congé consécutif au congé de maternité ou au congé d'accueil et dans la quinzaine de la notification de la décision de l'employeur, ou, à défaut, dans la quinzaine de l'expiration du délai de quatre semaines prévu en cas de report du congé pour ce qui est du congé demandé par l'autre parent.

Le parent qui exerce une activité indépendante certifie le début de son congé parental moyennant déclaration sur l'honneur jointe à sa demande, qui est à notifier à la Caisse deux mois avant le début de la période ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire de maternité en ce qui concerne le premier congé parental et au moins quatre mois avant le début du deuxième congé parental, **ce sous peine d'irrecevabilité.**

(3) La naissance dûment certifiée par l'officier de l'état civil doit être déclarée à la Caisse dans le même délai à compter de la déclaration prévue à l'article 55 du Code civil, ensemble avec les attestations nécessaires à la détermination du droit et de la période de paiement.

~~En cas d'allaitement, la prolongation du congé de maternité doit être communiquée à la Caisse avant la septième semaine suivant l'accouchement. Dans le cas contraire, le parent concerné en informe par écrit la Caisse dans le même délai.~~

En cas d'adoption d'un enfant de moins de douze ans, les adoptants doivent transmettre à la Caisse, ensemble avec la demande prévue au paragraphe 2, un certificat du tribunal attestant que la procédure en vue de l'adoption a été entamée.

(4) Dès que le début du congé parental peut être déterminé sur base des pièces justificatives fournies, la Caisse 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) Les employeurs, les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle de l'indemnité de congé parental.

Chapitre VI. - Dispositions communes aux prestations

Demande en obtention des prestations

Art. 309. (1) Les prestations prévues au présent livre sont payées sur la déclaration écrite des personnes qui prétendent au droit au paiement, pour autant qu'il ne soit pas autrement disposé. La demande n'est admissible que si elle est complétée, signée et accompagnée des pièces requises.

(2) Les déclarants sont tenus de ~~notifier~~ **fournir dans le délai endéans** d'un mois ~~tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits. Ils sont tenus d'une façon générale de~~ fournir tous les renseignements, **documents** et données jugés nécessaires **par la Caisse pour l'avenir des enfants** pour pouvoir constater l'accomplissement des conditions prévues pour l'octroi des prestations prévues ~~par le~~ **au** présent livre.

En cas de changement de leur situation, les déclarants sont tenus de notifier à la Caisse pour l'avenir des enfants dans le délai d'un mois tout fait pouvant donner lieu à réduction ou extinction de leurs droits.

À défaut de communication des renseignements, documents et données demandés le dossier est clôturé.

(3) Les administrations et établissements publics, notamment les organismes de la sécurité sociale, sont tenus de fournir à la Caisse pour l'avenir des enfants, sous format électronique s'ils sont disponibles dans ce format, sinon sur tout autre support, les renseignements et données que celle-ci leur demande pour la détermination du droit, le calcul et le contrôle des prestations prévues par le présent Livre. La même obligation incombe aux employeurs concernés en ce qui concerne l'indemnité de congé parental.



Païement des prestations

Art. 311. Le paiement des prestations se fait par virement bancaire sur le compte indiqué ~~par~~ **pour** la personne définie à l'article 273 **et dont elle est titulaire ou cotitaire, documenté par un relevé d'identité bancaire**, et est réputé fait avec effet libératoire.

Les prestations familiales sont exemptes d'impôts et de cotisations d'assurance sociale.

Le paiement des compléments différentiels prévus par les règlements européens ou tout autre instrument bi- ou multilatéral conclu par le Luxembourg en matière de sécurité sociale se fait au moins une fois par année.

Lorsqu'un enfant domicilié et résidant effectivement au Luxembourg ouvre droit à la fois aux prestations familiales en vertu de la législation luxembourgeoise et à des prestations familiales en vertu d'un régime non luxembourgeois, les prestations familiales dues conformément à la législation luxembourgeoise sont suspendues jusqu'à concurrence des prestations familiales payées suivant le régime non luxembourgeois.

En cas de controverse sur la nature du droit éventuel résultant du régime non luxembourgeois, les prestations familiales ne sont prises en charge par le régime luxembourgeois qu'à condition que la personne qui y ouvre droit ait effectivement fait valoir ses droits auprès du régime non luxembourgeois.

Il n'est dû en toute hypothèse qu'une prestation de même nature par enfant.

Prescription

Art. 313. (1) Les arrérages non payés des prestations familiales se prescrivent par une année à partir de la fin du mois pour lequel ils sont dus. La même prescription s'applique pour le recalcul de prestations payées.

(paragraphe abrogé)

(2) L'allocation de naissance se prescrit par un an à partir de la naissance. Toutefois, la prescription de l'allocation postnatale ne prend cours qu'à la date à laquelle l'enfant pour lequel elle est due obtient l'âge de deux ans.

(3) La prescription n'est interrompue valablement que par **la réception d'une demande admissible au sens de l'article 309, ~~alinéa 1~~ paragraphe 1^{er} ou par la réception des renseignements, données et documents demandés en vertu de l'article 309, paragraphe 2.**



(4) Le délai prévu à ~~l'alinéa qui précède~~ **aux paragraphes 1 et 2** est interrompu si la demande pour une prestation a été adressée à une autorité ou une institution de sécurité sociale incompétente.

Cession, mise en gage et saisie des prestations

Art. 315. (1) Toute prestation est supprimée si les conditions qui l'ont motivée viennent à défaillir.

(2) Si les éléments de calcul se modifient ou s'il est constaté qu'elle a été accordée par suite d'une erreur matérielle, la prestation est relevée, réduite ou supprimée.

(3) Les prestations octroyées ou liquidées de trop seront récupérées sur les prestations à échoir ou les arrérages restant dus. Les sommes indûment touchées qui ne peuvent pas être récupérées, sont à restituer par celui qui les a indûment touchées, **sinon par celui qui a ouvert le droit aux prestations**, quelle que soit la raison du versement indu.

Toute demande de répétition d'un indu par la Caisse doit intervenir au plus tard au terme d'un délai de dix ans commençant à courir à compter de la date à laquelle ~~la somme indue a été versée~~ **la Caisse a eu connaissance du caractère indu du paiement**.

(4) La Caisse peut ~~recourir~~ **procéder** au recouvrement forcé des ~~ses~~ créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément **aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile**. ~~Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.~~

Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse peut recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.



(4) (5) Les prestations prévues au présent livre ne sont pas payées ou sont suspendues tant que le déclarant ne fournit pas tous renseignements, documents et données demandés par la Caisse pour l'avenir des enfants en vertu de l'article 309, paragraphe 2.

Si l'attributaire ou 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, des poursuites judiciaires peuvent être engagées.

Chapitre VIII. - Organisation de la caisse

Art. 333. Le président est un fonctionnaire de l'État nommé par le Grand-Duc sur proposition du Gouvernement. Les autres membres du conseil d'administration sont désignés par le ministre ayant la Famille dans ses attributions. En dehors des membres désignés sous l'article 332, lettres d) et e), ils sont choisis parmi les candidats à présenter les organisations et chambres concernées. Les listes des candidats doivent parvenir au ministre au moins trois mois avant l'expiration des anciens mandats.

Les décisions du conseil d'administration de la Caisse sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

Le conseil d'administration peut décider de la mise en place de groupes de travail chargés des travaux préparatoires pour l'examen de sujets portant sur une problématique spécifique en



relation avec ses attributions et composés de ~~deux~~ représentants effectifs du conseil d'administration et d'agents des services internes de la Caisse pour l'avenir des enfants en charge du sujet. L'objet de chaque groupe de travail est défini par le conseil d'administration. Chaque groupe de travail est tenu d'informer le conseil d'administration périodiquement de l'avancement de ses travaux. Les modalités de fonctionnement et d'organisation des groupes de travail sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Livre V - Assurance dépendance

Chapitre I. - Objet de l'assurance

Détermination des prestations requises

Art. 351. Les décisions individuelles relatives aux prestations accordées, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces et celles portant refus d'une prestation, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.

En cas de rejet d'une demande de prise en charge des prestations prévues par le présent livre au motif que le seuil fixé à l'article 349, paragraphe 1^{er} n'est pas atteint, une nouvelle demande n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive **de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance**, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1^{er} joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances. À défaut de ce rapport médical, la demande est rejetée par une décision non susceptible de recours.

Les décisions relatives à l'attribution du droit aux soins palliatifs sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ~~sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.~~

Réévaluation des besoins de la personne dépendante

Art. 366. (1) À l'initiative de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350 peut avoir lieu dans les conditions et d'après les modalités suivantes :

1) lorsque l'exécution des prestations requises dans les domaines des actes essentiels de la vie arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation est effectuée au plus tôt deux ans après la notification de la décision définitive de prise en charge **de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance** ;



2) lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge est intégralement ou partiellement assurée au domicile de la personne dépendante par un aidant selon l'article 350, paragraphe 7, la réévaluation est effectuée au plus tôt un an après la notification de la décision définitive de prise en charge **de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance** ;

3) lorsque la personne dépendante quitte son domicile pour être prise en charge dans un établissement d'aides et de soins, la réévaluation est effectuée dans les six mois de son admission ;

4) lorsque la personne dépendante introduit une demande pour des aides techniques ou des adaptations du logement, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance peut réévaluer l'ensemble des besoins de la personne dépendante ;

5) lorsque l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate un changement fondamental des circonstances, elle peut procéder à une réévaluation des besoins visés à l'article 350.

À la demande motivée de la personne dépendante, des membres de sa famille visés à l'article 382, de l'aidant selon l'article 350, paragraphe 7 ou d'un prestataire visé aux articles 389 à 391, ainsi qu'à l'initiative de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance apprécie de l'opportunité d'une réévaluation des besoins de la personne dépendante visés à l'article 350. Une demande de réévaluation des prestations n'est recevable qu'après un délai d'un an depuis la notification de la décision définitive de prise en charge **de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance**, à moins qu'il ne résulte du rapport médical du médecin visé à l'article 350, paragraphe 1^{er} joint à la demande que, dans l'intervalle, il y a eu un changement fondamental des circonstances.

(2) La réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises se fait suivant les critères prévus aux articles 348 à 350.

Lorsque l'exécution des prestations requises arrêtées dans la synthèse de prise en charge visée à l'article 350, paragraphe 8 est intégralement ou partiellement assurée par un prestataire visé aux articles 389 à 391, la réévaluation des besoins et la détermination des prestations requises peut être confiée au prestataire à la demande de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance. L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance révisé et complète les données recueillies au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, le cas échéant.



Sur base de la réévaluation des besoins et de la détermination des prestations requises, l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance établit une nouvelle synthèse de prise en charge.

(3) La décision portant augmentation des prestations prend effet le premier jour de la semaine de la présentation de la demande.

(4) Sans préjudice des dispositions de l'article 367, la décision portant réduction des prestations n'est applicable que le premier jour de la semaine suivant immédiatement celle au cours de laquelle elle a été notifiée.

Chapitre II. – **Financement**

Contribution dépendance

Art. 377. La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est due par les personnes assurées en vertu des articles 1^{er} à 6, à l'exception des personnes visées à l'article 1^{er}, alinéa 1, point 14. Toutefois, elle est à charge de l'assuré principal, de la congrégation ou de l'État pour les personnes visées respectivement aux numéros 5), ~~au~~ ~~numéro 6), et aux numéros 13) et, 15) et 22)~~ de l'article 1^{er}, alinéa 1 dans les conditions prévues à l'article 32.

Pour les personnes assurées en vertu des numéros 1) à 3), 7) à 12), 16, 18) et 20) de l'article 1^{er}, l'employeur ou l'institution débitrice 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 redu.

La contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est déterminée sur base de l'assiette prévue à l'article 33, mais sans application du minimum et du maximum inscrit à l'article 39.

Pour les personnes visées à l'article 1^{er} sous 1) à 3), 6) à 12), 16), 18) et 20) l'assiette mensuelle est réduite d'un abattement correspondant à un quart du salaire social minimum pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins. Un règlement grand-ducal fixe les modalités particulières de l'abattement en cas de travail à temps partiel, d'occupation ne couvrant pas un mois de calendrier entier, d'occupations multiples, de concours de plusieurs pensions et de concours de pension avec une occupation professionnelle.

Elle est établie et perçue par le Centre commun de la sécurité sociale suivant les dispositions prévues aux articles 42 et 425 à 435, 445 et 447.



Chapitre III. – Organisation

Organisme gestionnaire

Art. 381. L'assurance dépendance est placée sous la responsabilité du conseil d'administration de la Caisse nationale de santé. **L'article 46, alinéa 2 est applicable.**

Dans le cadre de l'assurance dépendance, le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé a pour mission :

- 1) d'établir la planification triennale prévue par l'article 408*bis* et de statuer sur la mise à jour annuelle y visée ;
- 2) de déterminer les règles de gouvernance prévues par l'article 408*bis* ;
- 3) de statuer sur le budget annuel ;
- 4) de statuer sur le décompte annuel des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance dépendance ;
- 5) 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 ;
- 6) de prendre les décisions individuelles en matière de prestations.

Les décisions prévues aux points 3) et 4) sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale. Dans les matières visées ci-dessus, le conseil d'administration délibère en l'absence des délégués visés à l'article 46, alinéa 1, sous 8).

Les décisions du conseil d'administration 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. Le président dispose du même nombre de voix que les délégués des assurés. Le nombre de voix dont dispose le président est recalculé au début de chaque séance du conseil d'administration en tenant compte des présences effectives.

Un règlement grand-ducal détermine les modalités de la désignation des délégués, du remplacement par un suppléant et du vote par procuration, ainsi que la pondération et le calcul des voix.



Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Les frais d'administration propres à la Caisse nationale de santé sont répartis entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata de leurs prestations respectives au cours du pénultième exercice.

Conformément à l'article 47, alinéa 6, le président de la Caisse nationale de santé met en œuvre les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

Art. 382. Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance dépendance 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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. Pour vider les oppositions des assurés à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Les demandes en obtention de prestations et les oppositions formées à la suite d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué sont régulièrement posées si elles émanent du demandeur lui-même, de son représentant légal, de son partenaire ou d'une des personnes énumérées à l'article 106 du Nouveau Code de procédure civile comme ayant qualité de représenter le demandeur à l'audience des justices de paix. Le représentant, s'il n'est avocat, doit justifier d'une procuration écrite.

Les prérogatives visées à l'alinéa précédent peuvent être également exercées par les délégués des organisations professionnelles ou syndicales dûment mandatés, visés à l'article 2 de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat.

Les demandes en obtention de prestations sont encore régulièrement posées si sur le formulaire de demande dûment complété, le médecin traitant du demandeur certifie une incapacité d'agir



de ce dernier et si le médecin certifie avoir procédé à la déclaration visée à l'article 491-1 du Code civil.

Les décisions prises en matière de prestations par le conseil d'administration sont susceptibles d'un recours, conformément aux articles 454 à 456, devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de mille deux cent cinquante euros et à charge d'appel, lorsque la valeur du litige dépasse cette somme. L'appel a un effet suspensif.

Sont applicables par analogie les dispositions de l'article 47, alinéa 5 du présent Code.

La Caisse nationale de santé peut procéder au recouvrement forcé de ses créances en matière d'assurance dépendance au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément aux dispositions du Nouveau Code de procédure civile. Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.

Pour le recouvrement forcé de ses créances, la Caisse nationale de santé peut également recourir aux moyens de l'hypothèque légale et de la sommation à tiers détenteur en application des articles 3 et 8 de 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. L'ordre de priorité pour le recouvrement de ses créances se fait en vertu de l'article 429, alinéas 3 et 4, le droit de priorité des impôts directs étant réservé.

Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement.

Chapitre IV. - Relations avec les prestataires d'aides et de soins

Commission de surveillance

Art. 393ter. Pour les affaires renvoyées par la Commission de surveillance, le Conseil arbitral de la sécurité sociale examine le rapport d'instruction de la Commission de surveillance et peut, après une procédure contradictoire en présence du prestataire, d'une part, et du médecin-directeur de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance ou de son délégué ou bien du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué, d'autre part, prononcer à l'encontre du prestataire concerné, en fonction de la nature et de la gravité des faits dont il est reconnu coupable :



- 1) une amende d'ordre au profit de l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, ne pouvant dépasser vingt-cinq mille euros. En cas de récidive dans un délai de deux ans l'amende d'ordre ne peut être ni inférieure à vingt-cinq mille euros ni supérieure à cinq cent mille euros ;
- 2) la restitution, à la Caisse nationale de santé, des montants indûment perçus, augmentés des intérêts légaux.

Les jugements du Conseil arbitral de la sécurité sociale sont susceptibles d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale conformément à l'article 456, quelle que soit la valeur du litige. L'appel qui, sous peine de forclusion, doit intervenir dans les quarante jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale a un effet suspensif.

Les montants à payer ou à restituer par le prestataire en application des dispositions du présent article peuvent être compensés par la Caisse nationale de santé avec d'autres créances du prestataire ou être recouvrés par ~~le Centre commun de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 429~~ **la Caisse nationale de santé conformément aux dispositions de l'article 82bis.**

Livre VI – Dispositions communes

TITRE PREMIER – Organisation de la sécurité sociale

Chapitre Ier – Institutions de sécurité sociale

Art. 398. Les actes passés au nom ou en faveur des institutions de sécurité sociale sont exempts des droits de timbre, d'enregistrement, d'hypothèques ou de succession. Leurs valeurs mobilières et immobilières ainsi que les revenus en provenant sont affranchis de tous impôts de l'État et des communes y compris la taxe sur la valeur ajoutée.

Tous les actes dont la production est la suite du présent Code et, notamment les extraits de registres de l'état civil, les certificats, les actes de notoriété, d'autorisation ou de révocation, sont délivrés gratuitement avec exemption de tous droits.

En cas de plainte avec constitution de partie civile, les institutions de sécurité sociale sont dispensées de la consignation prévue à l'article 59, alinéa 1^{er} du Code de procédure pénale.

Chapitre II – Centre commun de la sécurité sociale

Art. 414. Le Centre est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration comprenant :



- 1) 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 ;
- 2) cinq délégués des assurés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés ;
- 3) un délégué des assurés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics ;
- 4) cinq délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et la Chambre des métiers ;
- 5) un délégué désigné par la Chambre d'agriculture.

Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président de l'Association d'assurance accident.

Les décisions du conseil d'administration du Centre sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

Le conseil d'administration peut se tenir sans réunion physique de ses membres par visioconférence ou autre moyen de télécommunication permettant leur identification. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité au conseil. **Dans des cas exceptionnels dûment justifiés par l'urgence, les décisions du conseil d'administration peuvent être prises à la majorité des voix, à distance en différé, exprimées par voie de correspondance électronique, sous réserve de l'identification des membres participant au vote. Les membres qui participent par un tel moyen sont réputés présents pour le calcul du quorum et des voix au conseil.** Les modalités de la tenue des séances du conseil d'administration sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Art. 416. 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, qui n'a pas d'effet suspensif, est vidée par le conseil d'administration. Pour vider les oppositions des assurés **et des employeurs** à des décisions présidentielles à portée individuelle le conseil d'administration peut recourir à une procédure d'instruction des dossiers à distance. Les modalités de cette procédure sont précisées par le règlement d'ordre intérieur.

Le président décrit les services, les postes ainsi que la structuration de la coordination du travail de l'institution et en établit un organigramme. Il décide de l'affectation du personnel aux postes créés. Pour assurer la direction de l'institution, il est assisté par les fonctionnaires de l'État et fonctionnaires y assimilés de la carrière supérieure désignés par lui. En cas d'absence, le



président est remplacé par un des fonctionnaires visés à l'article 404, alinéa 2 qu'il désigne à cet effet dès sa nomination. Le président assure la mise en œuvre des mesures nécessaires à la réalisation des objectifs fixés par le conseil d'administration dans le cadre de la planification triennale visée à l'article 408*bis*.

TITRE II – Fonctionnement de la sécurité sociale

Chapitre Ier – Affiliation et perception des cotisations

Art. 426. Les employeurs sont tenus de déclarer tous les mois pour chaque salarié l'ensemble des informations relatives aux assiettes cotisables et au remboursement par la Mutualité ainsi que le nombre d'heures supplémentaires prestées.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, 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. Un règlement grand-ducal peut prévoir que la rémunération déclarée est adaptée d'office à l'évolution de l'indice du coût de la vie et du salaire social minimum et sert d'assiette de cotisation, à moins que l'employeur ou l'assuré ne signale dans un délai déterminé une divergence avec la rémunération effectivement payée.

Pour les occupations visées à l'alinéa qui précède, le Centre commun procède à la perception de l'impôt sur le revenu simultanément à celle des cotisations. L'impôt perçu est transmis chaque mois à l'État ensemble avec les données à caractère personnel servant de base à cette perception.

L'employeur est tenu de fournir mensuellement les périodes d'incapacité de travail de ses salariés, y compris celles pour lesquelles ceux-ci bénéficient de la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.

Les employeurs occupant un nombre de salariés dépassant un seuil à déterminer par règlement grand-ducal peuvent être obligés de transmettre les déclarations visées aux alinéas 1 et ~~5-4~~ au Centre commun par voie électronique.

Art. 429. La perception des cotisations, des amendes d'ordre et d'autres redevances que les lois et règlements mettent à charge des assurés et des employeurs se fait par le Centre commun de la sécurité sociale et, pour autant que de besoin, par l'Administration des contributions directes. Elle s'opère et se poursuit dans les mêmes formes, avec les mêmes privilèges et hypothèque légale, dispensée d'inscription, que ceux des impôts directs, le droit de priorité de ces derniers étant réservé, sauf que la part de l'assuré aura une priorité absolue.



Le Centre peut toutefois lui-même procéder au recouvrement forcé des créances au moyen d'une contrainte rendue exécutoire par le président du conseil d'administration et notifiée au débiteur par lettre recommandée **ou moyennant une sommation à tiers détenteur au sens de l'article 8 de 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**. L'exécution du titre est poursuivie par voie d'huissier conformément au Code de procédure civile. Les actes de poursuite, de saisie ou de procédure auxquels le recouvrement des créances donne lieu, sont dispensés des droits de timbre et d'enregistrement. **Les frais liés à l'exécution du titre par voie d'huissier sont à charge du débiteur.**

L'imputation des montants recouvrés par les différentes institutions de sécurité sociale se fait prioritairement sur les cotisations sociales avant le recouvrement des prestations.

L'imputation des montants de prestations recouvrés par les différentes institutions de sécurité sociale conformément aux articles 82bis, 127, alinéa 7, 315, paragraphe 4 et 382, alinéa 9, se fait en ordre de priorité par référence à la date de naissance de la créance de l'institution de sécurité sociale.

Chapitre IV. – Recours

Mise en intervention des institutions de sécurité sociale

Art. 453. Les agents de la force publique et les officiers de police judiciaire chargés de l'instruction d'une infraction pouvant donner lieu à un recours des institutions de sécurité sociale en vertu des dispositions légales en vigueur, vérifieront si la victime de l'infraction a ou avait la qualité d'assuré social. Ils recherchent les institutions de sécurité sociale qui possèdent un droit légal à réparation.

Dans les affaires portées devant les juridictions répressives, les ~~officiers du ministère public~~ **magistrats du parquet** sont tenus d'informer en temps utile les institutions de sécurité sociale intéressées de l'ouverture de l'instruction, de les inviter à prendre inspection des dossiers dès la clôture de l'instruction et de leur notifier une copie de la citation à l'audience délivrée aux prévenus. En cas de constitution de partie civile, la victime ou ses ayants droit, ainsi que le tiers responsable peuvent, en tout état de cause, même en appel, appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun ou réciproquement. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en déclaration de jugement commun des institutions intéressées.

Dans les affaires portées devant les juridictions civiles ou commerciales, le demandeur doit appeler les institutions de sécurité sociale en déclaration de jugement commun, sous peine d'irrecevabilité de la demande. Les juges peuvent ordonner, même d'office, l'appel en



déclaration de jugement commun de ces institutions. Il en est de même pour les affaires portées par citation directe devant les juridictions répressives.

Les droits de la victime assurée et de l'institution de sécurité sociale intéressée sont indivisibles. Les actes conservatoires accomplis par l'assuré sortent leurs effets à l'égard de l'institution de sécurité sociale intéressée et inversement.

Juridictions de la sécurité sociale

Art. 454. (1) Sont compétents pour connaître des recours prévus par le présent Code, le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en appel, le Conseil supérieur de la sécurité sociale sauf s'il en est autrement disposé.

Les recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale n'ont pas d'effet suspensif.

Sans préjudice de l'article 7, paragraphe 3, de la loi modifiée du 12 septembre 2003 relative aux personnes handicapées, les recours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale ont un effet suspensif.

(2) Le siège du Conseil arbitral de la sécurité sociale est à Luxembourg. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale peut fixer les audiences à Esch-sur-Alzette et à Diekirch. La compétence du Conseil arbitral de la sécurité sociale s'exerce sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(3) 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 une difficulté ou lorsqu'il s'agit d'un recours en application des articles 59, 316, 382, 457 du présent Code et de l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, le président statue seul.

Le nombre des assesseurs-assurés siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral ~~et au Conseil supérieur~~ de la sécurité sociale est fixé respectivement :

1) à vingt-cinq et à dix pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé ;



2) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux ;

3) à trois et à trois pour les assurés relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Le nombre des assesseurs-employeurs siégeant en matière d'assurance maladie maternité, d'assurance accidents et d'assurance pension au Conseil arbitral ~~et au Conseil supérieur~~ de la sécurité sociale est fixé respectivement :

1) à vingt-cinq et à dix pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse nationale de santé ;

2) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics et pour ceux relevant de la compétence de la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux ;

3) à trois et à trois pour les employeurs relevant de la compétence de l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois.

Les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs sont nommés par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale pour une durée de cinq ans sur base d'une liste de candidats présentée par les chambres professionnelles intéressées. Ils restent en fonction jusqu'à l'entrée en fonction de leur successeur.

Les chambres professionnelles désignent les candidats par vote secret à l'urne au scrutin de liste, suivant les règles de la représentation proportionnelle, l'ordre de présentation des candidats se faisant suivant les résultats obtenus lors de ce vote. En cas d'égalité de voix, la priorité revient au candidat le plus âgé. Les conditions et les modalités de la désignation des candidats sont déterminées par règlement grand-ducal.

Avant d'entrer en fonction, les assesseurs-assurés et les assesseurs-employeurs auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale et du Conseil supérieur de la sécurité sociale prêtent entre les mains du président le serment suivant : « Je jure d'observer la Constitution et les lois et de remplir ma fonction avec intégrité, exactitude et impartialité. », à moins qu'il ne s'agisse de fonctionnaires.

(4) Pour les litiges visés aux articles 72bis et 73, les deux assesseurs visés à l'alinéa 1^{er} du paragraphe qui précède sont choisis parmi les trois assesseurs nommés pour une durée de cinq ans par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale respectivement sur base d'une



liste de candidats présentée en nombre double par le ou les groupements professionnels ayant signé chacune des conventions prévues à l'article 61, alinéa 2 ainsi que sur base d'une liste de candidats à présenter en nombre double par le conseil d'administration de la Caisse nationale de santé.

(5) Le président, le vice-président et les juges qui se suppléent mutuellement sont des fonctionnaires de l'État nommés par le Grand-Duc. Ils doivent être détenteurs du diplôme de docteur en droit délivré par un jury luxembourgeois ou titulaire d'un grade étranger d'enseignement supérieur en droit homologué et transcrit conformément à la loi modifiée du 18 juin 1969 sur l'enseignement supérieur et l'homologation des titres et grades étrangers d'enseignement supérieur et avoir satisfait aux prescriptions légales sur le stage judiciaire. Avant d'entrer en fonction, ils prêtent serment devant le président du tribunal d'arrondissement de Luxembourg conformément aux articles 112 et 114 de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire. Les articles 155 à 169 et 174 à 180 de la même loi leur sont applicables. En cas d'empêchement temporaire ou de récusation du président et du vice-président, ils sont remplacés par des magistrats à désigner par les ministres ayant dans leurs attributions la Sécurité sociale et la Justice.

(6) Le siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale est à Luxembourg. Sa compétence s'étend sur tout le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

(7) Le Conseil supérieur de la sécurité sociale se compose d'un président et de deux assesseurs-magistrats. Le mode de délégation et la suppléance sont régis par l'article 39, paragraphe (8) de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire.

~~Sauf dans les cas prévus aux articles 59, 62, 70, 72bis, 73, 73bis, 316, 382, 393ter et 457 du présent Code et à l'article 24 de la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension, 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. Les dispositions du paragraphe 3 sont applicables.~~

(8) Le magistrat appelé à remplacer le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale touche une indemnité spéciale, accordée par le Gouvernement en Conseil, sur proposition du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et sur avis préalable du ministre ayant dans ses attributions la Fonction publique.

Les assesseurs-assurés et assesseurs-employeurs auprès ~~des juridictions~~ **du Conseil arbitral** de la sécurité sociale touchent des vacations ou indemnités, à fixer par règlement grand-ducal.



Les membres des professions indépendantes, siégeant ~~aux juridictions~~ **au Conseil arbitral** de la sécurité sociale, touchent en outre une indemnité pour pertes de revenu, dont le montant est fixé forfaitairement et uniformément par règlement grand-ducal.

Procédure devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale

Art. 455sexies. (1) Les débats sont publics à moins que le Conseil arbitral de la sécurité sociale 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.

(2) Les parties peuvent se faire assister ou représenter conformément à l'article 2, paragraphe 1^{er}, de la loi modifiée du 10 août 1991 sur la profession d'avocat.

(3) Le président peut faire expulser de la salle d'audience toute personne qui profère des injures soit à son adresse, soit à celle d'un des assesseurs, soit à celle d'une des parties ou d'un témoin et qui trouble le bon déroulement de l'audience.

(4) Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil arbitral de la sécurité sociale 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, celle du président prévaut.

(5) 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.

(6) Le procès-verbal d'audience est signé par le secrétaire. Il mentionne le lieu et la date de l'audience, les noms et profession du président, des assesseurs et du secrétaire, avec indication de la qualité en laquelle ils agissent, l'objet du recours, les noms des parties, et le cas échéant de leurs mandataires.

Le procès-verbal d'audience doit mentionner :

1° 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 ;

2° les demandes et déclarations qui diffèrent de celles faites antérieurement par les intéressés ;

3° les discussions portant sur l'avis émis par le médecin-expert ;



4° le dispositif de la décision et son prononcé.

Un extrait du procès-verbal d'audience est délivré en copie à la partie au litige qui en fait la demande.

(7) Une copie sur papier libre de la décision est notifiée dans les quinze jours du prononcé aux parties intéressées par lettre recommandée ou remise contre récépissé.

Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458.

Procédure devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 456. (1) L'appel doit être interjeté sous peine de forclusion dans un délai de quarante jours à partir de la notification du jugement, s'il est contradictoire, et, si le jugement est rendu par défaut, dans un délai de quarante jours à partir du jour où l'opposition n'est plus recevable.

L'appel est formé 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 sommairement les moyens sur lesquels se fonde l'appel.

Pour les personnes demeurant hors du Grand-Duché de Luxembourg, ce délai est augmenté des délais de l'article 167 du Nouveau Code de procédure civile.

L'article 455*bis*, paragraphes 1^{er}, alinéa 3, 2, 3, alinéa 1^{er}, et 5, sont applicables en matière d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

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.

(2) Les articles 455*ter*, 455*quater*, paragraphes 1^{er} et 2, 455*quinquies*, 455*sexies*, paragraphes 1^{er}, 2, 3 et 6, sont applicables en matière d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le président du Conseil supérieur de la sécurité sociale peut charger un des assesseurs magistrats qui font partie du Conseil supérieur de la sécurité sociale de préparer l'instruction de l'affaire et de faire rapport. Le rapport est fait lors du débat oral.

(3) Après la clôture des débats, prononcée par le président, le Conseil supérieur de la sécurité sociale 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 supérieur de la sécurité sociale 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.~~

(4) 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 les jour et heure.

(5) 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.

Si le domicile actuel d'une partie est inconnu, il est procédé conformément aux dispositions de l'article 458.

Litiges entre institutions de sécurité sociale

Art. 457. Les contestations opposant, entre eux, les institutions de sécurité sociale, le Fonds national de solidarité et les offices sociaux sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ~~composé de son président et de deux assesseurs magistrats.~~

Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent conformément aux articles 454 à 456.

Toute contrariété de décision entre les institutions ci-dessus sera considérée comme contestation au sens du présent article. Le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale statuera à la requête de la partie la plus diligente, toutes autres parties appelées en cause.

Code du Travail

Chapitre IV – Congés spéciaux

Section 11. Congé pour mandats sociaux

Art. L. 234-71. Les salariés remplissant le mandat de membre d'une chambre professionnelle, de membre d'un organe d'une institution de sécurité sociale, d'assesseur auprès du Tribunal du travail, d'assesseur-assuré et d'assesseur-employeur du Conseil arbitral ~~des assurances et du Conseil supérieur des assurances sociales~~ **de la sécurité sociale** ont droit à un congé spécial pour remplir leur mandat. Ils avisent leur employeur chaque fois qu'ils sont appelés à l'exercice de leur mandat.



Un règlement grand-ducal peut fixer pour chacun de ces mandats et selon les modalités et critères qu'il détermine le nombre maximum de jours de travail ou parties de jours de travail qui sont considérés au titre du présent congé.

Pendant ce congé, les salariés qui exercent un de ces mandats ou une de ces fonctions peuvent s'absenter du lieu de leur travail avec maintien de leur salaire normal pour remplir leurs mandats ou fonctions.

L'interruption du travail pendant le temps requis pour cet exercice n'autorise pas l'employeur à résilier le contrat avant terme.

Il est remboursé à l'employeur à charge de la chambre professionnelle, de l'institution de sécurité sociale ou de la juridiction un montant correspondant au salaire brut majoré des cotisations patronales versées aux institutions de sécurité sociale pendant la période pendant laquelle le salarié s'est absenté du travail pour remplir son mandat, aux conditions et modalités fixées par règlement grand-ducal.

Loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité

Chapitre IV - Procédure, contentieux et dispositions pénales

Recours contre les décisions du fonds

Art. 23. (1) Les décisions du fonds sont susceptibles d'un recours par les intéressés devant le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale. Le recours doit être formé, sous peine de forclusion, dans un délai de quarante jours à dater de la notification de la décision attaquée. Pour les personnes demeurant hors du Grand-Duché de Luxembourg, ce délai est augmenté des délais de l'article 167 du Nouveau Code de procédure civile. Sont applicables les articles 454 à 455~~sexies~~ du Code de la sécurité sociale.

(2) La décision du président du Conseil arbitral de la sécurité sociale est susceptible, dans le délai de quarante jours à partir de la notification du jugement, d'un recours devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale ~~composé du président et des assesseurs magistrats~~. L'article 456 du Code de la sécurité sociale est applicable. Pour les personnes demeurant hors du Grand-Duché de Luxembourg, ce délai est augmenté des délais de l'article 167 du Nouveau Code de procédure civile.

(3) paragraphe abrogé

(4) Le Conseil arbitral statuera en dernier ressort jusqu'à une valeur de deux cent quatre-vingt-dix- sept euros et quarante-sept cents (297,47 euros) et à charge d'appel lorsque la valeur du



litige dépasse cette somme. Un règlement grand-ducal fixe la valeur en capital pour laquelle les pensions demandées entreront en ligne de compte pour l'application de la présente disposition.

(5) 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 recours en cassation introduit, instruit et jugé dans les formes et délais prescrits pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale. Le recours ne sera recevable que pour contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité. Le pourvoi sera introduit, instruit et jugé dans les formes prescrites pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale.

(6) Le fonds et les ayants droit à pension jouiront de plein droit du bénéfice de l'assistance judiciaire, tant devant le Conseil arbitral que devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale et devant la cour de cassation, et ce bénéfice s'étendra à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière, ainsi qu'à toute contestation pouvant surgir à l'occasion de l'exécution.

(7) Les jugements et arrêts, ainsi que tous autres actes relatifs aux contestations dont s'agit, seront exempts des droits d'enregistrement, de timbre et de greffe et ne donneront lieu à d'autres salaires qu'à ceux des secrétaires des juridictions en matière de sécurité sociale.

Loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale.

Chapitre IV. Conseil arbitral et conseil supérieur de la sécurité sociale

Art. 10. 1. Le cadre du conseil arbitral de la sécurité sociale comprend un président, un vice-président et des juges, nommés conformément à l'article 454 du code de la sécurité sociale.

Ils sont assistés par du personnel administratif.

Le président du conseil arbitral est le chef du service administratif et il a sous ses ordres le personnel.

2. Les fonctions de président et ~~d'assesseurs assurés et d'assesseurs employeurs du Conseil supérieur de la sécurité sociale~~ **d'assesseurs-magistrats** sont régies par l'article 454 du Code de la sécurité sociale et l'article 39, paragraphe (8) de la loi modifiée du 7 mars 1980 sur l'organisation judiciaire.

Le président, ~~les assesseurs assurés et les assesseurs employeurs~~ **et les assesseurs-magistrats** ont assistés par du personnel administratif.

Le président est le chef du service administratif et il a sous ses ordres le personnel.



3. Le cadre scientifique du conseil arbitral de la sécurité sociale comprend des médecins, des médecins dirigeants et des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

Par dérogation à l'article 7 de la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat, des médecins-fonctionnaires relevant du cadre d'autres administrations ou services de l'Etat peuvent être détachés temporairement auprès du conseil arbitral de la sécurité sociale, afin d'occuper les emplois prévus ci-avant. Les médecins détachés auprès du conseil arbitral peuvent être remplacés dans leur administration d'origine. Pendant leur détachement ces fonctionnaires détachés sont placés sous la direction et l'autorité du président du conseil arbitral de la sécurité sociale.

4. Le cadre du personnel administratif du conseil arbitral de la sécurité sociale comprend des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

5. Le cadre du personnel administratif du conseil supérieur de la sécurité sociale comprend des fonctionnaires des différentes catégories de traitement telles que prévues par la loi du 25 mars 2015 fixant le régime des traitements et les conditions et modalités d'avancement des fonctionnaires de l'Etat.

Loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension et modifiant : a) le Code des assurances sociales, b) la loi modifiée du 26 mai 1954 réglant les pensions des fonctionnaires de l'État, c) la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'État et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des Chemins de Fer luxembourgeois

Chapitre IV - **Dispositions communes**

Contestations

Art. 24. Les contestations pouvant naître de l'application de la présente loi entre les organismes en cause sont jugées en première instance par le président du Conseil arbitral de la sécurité sociale et en instance d'appel par le conseil supérieur ~~des assurances sociales, composé de son président et de deux assesseurs magistrats de la sécurité sociale.~~

Les articles 454 à 456 du Code de la sécurité sociale sont applicables.



Fiche financière

Le présent projet de loi a un impact sur le budget de l'Etat du fait de l'amendement apporté à l'article 377 du Code de la sécurité sociale par l'article 54 de l'avant-projet de loi.

La loi du 10 mai 2022 portant modification des articles 1^{er} et 32 du code de la sécurité sociale a intégré les bénéficiaires de protection temporaire visés par la loi modifiée du 18 décembre 2015 relative à la protection internationale et la protection temporaire dans la liste des personnes obligatoirement affiliées à l'assurance maladie et dont la charge des cotisations revient à l'Etat.

Or il avait été oublié d'énumérer ces personnes également dans la liste des personnes pour lesquelles l'article 377 prévoit que la contribution dépendance sur les revenus professionnels et les revenus de remplacement est à charge de l'Etat.

Le coût financier de cette mesure est estimé à 634.000 euros / an.

L'estimation financière se base sur le nombre de personnes qui sont actuellement visés par l'article 377 du Code de la sécurité sociale (388 personnes) et l'impact financier qui en découle (174.232 euros).

Du fait que le nombre des personnes tombant sous l'article 1 alinéa 22 est de 1411 en 2024, il en résulte un coût supplémentaire annuel de 634.000 euros.



FICHE D'ÉVALUATION D'IMPACT MESURES LÉGISLATIVES, RÉGLEMENTAIRES ET AUTRES



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

1. Coordonnées du projet

Intitulé du projet :	Projet de loi modifiant. 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité ; 4° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et 5° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension		
Ministre initiateur :	La Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale		
Auteur(s) :	Toinie Wolter		
Téléphone :	247-86399	Courriel :	toinie.wolter@igss.etat.lu
Objectif du projet :	Le présent projet a pour objet d'apporter des modifications au Code de la sécurité sociale. Il s'agit de mettre à jour les renvois à d'autres loi ou à redresser des erreurs matérielles, d'apporter au Code les adaptations nécessaires par la suite de l'entrée en vigueur d'autres lois ayant un impact sur la législation de sécurité sociale, ainsi que d'apporter des précisions aux textes afin d'éviter toute insécurité juridique. En outre le texte vise à opérer des adaptations à l'évolution des pratiques et des procédures auprès des institutions de sécurité sociale.		
Autre(s) Ministère(s) / Organisme(s) / Commune (s) impliqué(e)(s) :	Ministère du Travail, Ministère de la Famille, des Solidarités, du Vivre ensemble et de l'Accueil Administrations et institutions de sécurité sociale		
Date :	30/12/2025		

2. Objectifs à valeur constitutionnelle

Le projet contribue-t-il à la réalisation des objectifs à valeur constitutionnelle ? ☐ Oui ☒ Non

Dans l'affirmative, veuillez sélectionner les objectifs concernés et veuillez fournir une brève explication dans la case «Remarques» indiquant en quoi cet ou ces objectifs sont réalisés :

- ☐ Garantir le droit au travail et veiller à assurer l'exercice de ce droit
- ☐ Promouvoir le dialogue social
- ☐ Veiller à ce que toute personne puisse vivre dignement et dispose d'un logement approprié
- ☐ Garantir la protection de l'environnement humain et naturel en œuvrant à l'établissement d'un équilibre durable entre la conservation de la nature, en particulier sa capacité de renouvellement, ainsi que la sauvegarde de la biodiversité, et satisfaction des besoins des générations présentes et futures
- ☐ S'engager à lutter contre le dérèglement climatique et œuvrer en faveur de la neutralité climatique
- ☐ Protéger le bien-être des animaux
- ☐ Garantir l'accès à la culture et le droit à l'épanouissement culturel
- ☐ Promouvoir la protection du patrimoine culturel



- ☐ Promouvoir la liberté de la recherche scientifique dans le respect des valeurs d'une société démocratique fondée sur les droits fondamentaux et les libertés publiques

Remarques :

3. Mieux légiférer

1) Chambre(s) professionnelle(s) à saisir / saisi(e)s pour avis ¹:

- ☒ Chambre des fonctionnaires et employés publics
☒ Chambre des salariés
☒ Chambre des métiers
☒ Chambre de commerce
☒ Chambre d'agriculture

¹ Veuillez indiquer la/les Chambre(s) professionnelle(s) saisie(s) du projet sous rubrique suite à son approbation par le Conseil de gouvernement.

2) Autre(s) partie(s) prenante(s) (organismes divers, citoyens, ...) à saisir / saisi(e)s pour avis : ☐ Oui ☒ Non

Si oui, laquelle / lesquelles :

Remarques / Observations :

3) En cas de transposition de directives européennes, le principe « la directive, rien que la directive » est-il respecté ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si non, pourquoi ?

4) Destinataires du projet :

- Entreprises / Professions libérales : ☒ Oui ☐ Non
- Citoyens : ☒ Oui ☐ Non
- Administrations : ☒ Oui ☐ Non

5) Le principe « Think small first » est-il respecté ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²
(c.-à-d. des exemptions ou dérogations sont-elles prévues suivant la taille de l'entreprise et/ou son secteur d'activité ?)

Remarques / Observations :

6) Le projet contribue-t-il à la simplification administrative, notamment en supprimant ou en simplifiant des régimes d'autorisation et de déclaration existants, en réduisant les délais de réponse de l'administration, en réduisant la charge administrative pour les destinataires ou en améliorant la qualité des procédures ou de la réglementation ? ☒ Oui ☐ Non

Remarques / Observations :



- 7) Le projet en question contient-il des dispositions spécifiques concernant la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, de quelle(s) donnée(s) et/ou administration(s) s'agit-il ?

- 8) Y a-t-il un besoin en formation du personnel de l'administration concernée ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, lequel ?

Remarques / Observations :

² N.a. : non applicable.

4. Digitalisation et données

- 9) Y a-t-il une nécessité d'adapter un système informatique auprès de l'État (e-Government ou application back-office) ☐ Oui ☒ Non

Si oui, quel est le délai pour disposer du nouveau système ?

- 10) Le projet tient-il compte du principe « digital by default » (priorisation de la voie numérique) ? ☐ Oui ☒ Non

- 11) Le projet crée-t-il une démarche administrative qui nécessite des informations ou des données à caractère personnel sur les administrés ☐ Oui ☒ Non

Si oui, ces informations ou données à caractère personnel peuvent-elles être obtenues auprès d'une ou plusieurs administrations conformément au principe «Once only» ?

- 12) Le projet envisage-t-il la création ou l'adaptation d'une banque de données ? ☐ Oui ☒ Non

5. Égalité des chances (à remplir pour les projets de règlements grand-ducaux) ³

- 13) Le projet est-il :

- principalement centré sur l'égalité des femmes et des hommes ? ☐ Oui ☒ Non
- positif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☐ Oui ☒ Non

Si oui, expliquez de quelle manière :

- neutre en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☒ Oui ☐ Non

Si oui, expliquez pourquoi :



- négatif en matière d'égalité des femmes et des hommes ? ☐ Oui ☒ Non

Si oui, expliquez
de quelle manière :

14) Y a-t-il un impact financier différent sur les femmes et les hommes ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, expliquez
de quelle manière :

³ Pour les projets de loi, il convient de se référer au point 1 « Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous. » du Nohaltegkeetscheck.

6. Projets nécessitant une notification auprès de la Commission européenne

15) Directive « services » : Le projet introduit-il une exigence en matière d'établissement ou de prestation de services transfrontalière ? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, veuillez contacter le Ministère de l'Economie en suivant les démarches suivantes :

<https://meco.gouvernement.lu/fr/domaines-activites/politique-europeenne/notifications-directive-services.html>

16) Directive « règles techniques » : Le projet introduit-il une exigence ou réglementation technique par rapport à un produit ou à un service de la société de l'information (domaine de la technologie et de l'information)? ☐ Oui ☐ Non ☒ N.a. ²

Si oui, veuillez contacter l'ILNAS en suivant les démarches suivantes :

<https://portail-qualite.public.lu/content/dam/qualite/publications/normalisation/2017/ilnas-notification-infolyer-web.pdf>



CHECK DE DURABILITÉ - NOHALTEGKEETSCHÉCK



La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Ministre responsable :

Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale

Projet de loi ou
amendement :

Projet de loi modifiant. 1° le Code de la sécurité sociale ; 2° le Code du travail ; 3° la loi modifiée du 30 juillet 1960 concernant la création d'un Fonds national de solidarité ; 4° la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale et 5° la loi modifiée du 28 juillet 2000 ayant pour objet la coordination des régimes légaux de pension

Le check de durabilité est un outil d'évaluation des actes législatifs par rapport à leur impact sur le développement durable. Son objectif est de donner l'occasion d'introduire des aspects relatifs au développement durable à un stade préparatoire des projets de loi. Tout en faisant avancer ce thème transversal qu'est le développement durable, il permet aussi d'assurer une plus grande cohérence politique et une meilleure qualité des textes législatifs.

1. Est-ce que le projet de loi sous rubrique a un impact sur le champ d'action (1-10) du 3^{ème} Plan national pour un développement durable (PNDD) ?
2. En cas de réponse négative, expliquez-en succinctement les raisons.
3. En cas de réponse positive sous 1., quels seront les effets positifs et/ou négatifs éventuels de cet impact ?
4. Quelles catégories de personnes seront touchées par cet impact ?
5. Quelles mesures sont envisagées afin de pouvoir atténuer les effets négatifs et comment pourront être renforcés les aspects positifs de cet impact ?

Afin de faciliter cet exercice, l'instrument du contrôle de la durabilité est accompagné par des points d'orientation – **auxquels il n'est pas besoin de réagir ou répondre mais qui servent uniquement d'orientation**, ainsi que par une documentation sur les dix champs d'actions précités.

1. Assurer une inclusion sociale et une éducation pour tous.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'inclusion sociale et l'éducation pour tous.

2. Assurer les conditions d'une population en bonne santé.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur les conditions d'une population en bonne santé.

3. Promouvoir une consommation et une production durables.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non



Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la consommation et la production.

4. Diversifier et assurer une économie inclusive et porteuse d'avenir.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'économie.

5. Planifier et coordonner l'utilisation du territoire.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'utilisation du territoire.

6. Assurer une mobilité durable.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur la mobilité.

7. Arrêter la dégradation de notre environnement et respecter les capacités des ressources naturelles.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur l'environnement et les ressources naturelles.

8. Protéger le climat, s'adapter au changement climatique et assurer une énergie durable.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur le climat.

9. Contribuer, sur le plan global, à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non

Le présent projet de loi ne contribue pas à l'éradication de la pauvreté et à la cohérence des politiques pour le développement durable.

10. Garantir des finances durables.

Points d'orientation
Documentation

☐ Oui ☒ Non



Le présent projet de loi n'aura aucun impact sur les finances durables.

Cette partie du formulaire est facultative - Veuillez cocher la case correspondante

En outre, et dans une optique d'enrichir davantage l'analyse apportée par le contrôle de la durabilité, il est proposé de recourir, de manière facultative, à une évaluation de l'impact des mesures sur base d'indicateurs retenus dans le PNDD. Ces indicateurs sont suivis par le STATEC.

Continuer avec l'évaluation ? ☐ Oui ☒ Non

(1) Dans le tableau, choisissez l'évaluation : **non applicable**, ou de 1 = **pas du tout probable** à 5 = **très possible**