



Assurance accident - règlements d'exécution

Texte du projet

- Projet de règlement grand-ducal déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident
- Projet de règlement grand-ducal portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale
- Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale
- Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale

Informations techniques :

No du projet :	64/2010
Date d'entrée :	29 juillet 2010
Remise de l'avis :	meilleurs délais
Ministère compétent :	Ministère de la Sécurité Sociale
Commission :	Commission Sociale

..... Procédure consultative.....



Projet de règlement grand-ducal déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident

Vu les articles 96, 98, 126 et 127 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics, de la Chambre de Commerce, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Métiers ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, tout assuré, victime d'un accident du travail ou de trajet, doit en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci.

Art. 2. L'employeur ou son représentant doit déclarer tout accident du travail à l'Association d'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire prescrit et fait parvenir une copie de la déclaration à l'assuré.

Art. 3. Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement ou à leur délégué. L'accident survenu dans le cadre d'une activité périprescolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité.

Les accidents survenus dans le cadre d'une autre activité visée à l'article 91 du Code de la sécurité sociale sont à déclarer par le responsable ou son délégué du service, de l'administration, de l'institution ou de l'association ayant organisé l'activité.

Art. 4. Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident dans le délai annuel prescrit par l'article 123 du Code de la sécurité sociale, l'Association d'assurance accident demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

Art. 5. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet ou comme maladie professionnelle un accident ou une maladie déclaré conformément aux articles qui précèdent fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué en vertu de l'article 146 du Code de la sécurité sociale. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident et portée à la connaissance de l'employeur ou de la personne ayant fait la déclaration.

Art. 6. Pour rémunérer le travail administratif effectué par les institutions d'assurance maladie, l'Association d'assurance accident verse une indemnité correspondant à trois pour cent des prestations avancées à la Caisse nationale de santé.

Art. 7. Si le médecin traitant estime que la période d'incapacité de travail totale ou la prestation en nature est imputable à un accident du travail, il indique le numéro de l'accident lui communiqué par l'assuré ou directement par l'Association d'assurance accident sur le certificat d'incapacité de travail, le mémoire d'honoraires, l'ordonnance ou tout autre document standardisé servant aux prescriptions médicales. Pendant les trois mois consécutifs à l'accident, il peut, à défaut de numéro, indiquer la date de l'accident.

Art. 8. Les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir,

- trois mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale dépassant les huit jours consécutifs à cet accident,
- douze mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante, sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Art. 9. Si une prestation imputée initialement à l'assurance accident sur indication du médecin traitant est mise à charge de l'assurance maladie sur avis postérieur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou inversement ou si l'assurance maladie a pris intégralement en charge une prestation en nature dans le cadre du système du tiers payant nonobstant la limitation dans le temps prévue à l'article 8, la Caisse nationale de santé peut soit renoncer à la récupération de la participation incombant éventuellement à l'assuré dans le cadre de l'assurance maladie, soit la déduire, en vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, du remboursement futur par l'assurance maladie de prestations en nature au même assuré.

Art. 10. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, dont le volet ayant trait aux prestations entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011, insère dans le nouveau livre II du Code de la sécurité sociale un certain nombre de dispositions qui figuraient jusqu'ici dans le règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 déterminant la procédure de déclaration des accidents et d'attribution des prestations de l'assurance accident. Le présent règlement grand-ducal a pour objet de remplacer à partir du 1^{er} janvier 2011 le prédit règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 et en constitue partant une version allégée qui reprend avant tout les modalités de déclaration des accidents du travail et définit à l'article 8, conformément à l'article 126 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale, les délais de clôture d'office des dossiers. C'est à l'article 8 que l'on trouve la principale modification par rapport au règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 en ce que la limite de clôture d'office de trois mois après l'accident est désormais non plus appliquée aux accidents ayant provoqué une incapacité de travail totale dépassant les trois jours consécutifs à l'accident, mais aux accidents ayant provoqué une incapacité de travail totale dépassant les huit jours consécutifs à l'accident, ce qui entraîne une simplification administrative dans la mesure où l'assuré ne doit désormais renvoyer un rapport médical circonstancié à l'Administration qu'après huit jours d'incapacité de travail. La limite de clôture d'office de neuf mois après la survenance de l'accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante a par ailleurs été relevée à douze mois. Elle ne s'applique pas lorsque sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le dossier est à clôturer à une autre date par décision ou n'est pas à clôturer parce qu'en raison de la gravité des séquelles de l'accident l'assuré nécessitera toute sa vie des prestations en nature à charge de l'assurance accident.



Projet de règlement grand-ducal portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 119, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture, de la Chambre des Salariés et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Pour les assurés qui présentent un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent le capital de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément est obtenu en multipliant l'indemnité annuelle à la date de la consolidation par le facteur de capitalisation correspondant à l'âge du bénéficiaire à cette date figurant en annexe au présent règlement et en faisant partie intégrante.

Art. 2. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Annexe

Facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément en cas de taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent

Age	Hommes	Femmes	Age	Hommes	Femmes
0	23,6631	24,1445	50	15,8362	17,7768
1	23,7083	24,2095	51	15,5096	17,4997
2	23,6522	24,1675	52	15,1834	17,2234
3	23,5883	24,1125	53	14,8582	16,9482

4	23,5102	24,0668	54	14,5214	16,6629
5	23,4349	24,0195	55	14,1726	16,3673
6	23,3567	23,9586	56	13,8248	16,0608
7	23,2816	23,8953	57	13,4787	15,7306
8	23,1912	23,8294	58	13,1343	15,4134
9	23,1035	23,7671	59	12,7505	15,0718
10	23,0060	23,6961	60	12,3813	14,7305
11	22,9110	23,6285	61	11,9997	14,3898
12	22,8058	23,5520	62	11,6639	14,0239
13	22,6964	23,4724	63	11,2733	13,6449
14	22,5960	23,3961	64	10,9000	13,2929
15	22,4918	23,3235	65	10,5147	12,8875
16	22,3698	23,2347	66	10,1481	12,5239
17	22,2500	23,1492	67	9,7703	12,1333
18	22,1398	23,0535	68	9,4129	11,7151
19	22,0255	22,9609	69	9,0455	11,3117
20	21,9145	22,8787	70	8,6999	10,9095
21	21,7920	22,7794	71	8,3446	10,5101
22	21,6727	22,6689	72	7,9961	10,0815
23	21,5492	22,5759	73	7,6378	9,6387
24	21,4294	22,4647	74	7,2863	9,2284
25	21,3055	22,3492	75	6,9418	8,7893
26	21,1608	22,2215	76	6,5881	8,3686
27	21,0276	22,1196	77	6,2772	7,9517

28	20,8728	21,9906	78	5,9396	7,5215
29	20,7295	21,8486	79	5,6100	7,1119
30	20,5635	21,7251	80	5,3067	6,6900
31	20,3914	21,5806	81	5,0317	6,2898
32	20,2219	21,4306	82	4,7490	5,8950
33	20,0555	21,2998	83	4,4762	5,5425
34	19,8549	21,1302	84	4,2317	5,1797
35	19,6658	20,9625	85	3,9809	4,8057
36	19,4697	20,8057	86	3,7023	4,5117
37	19,2763	20,6252	87	3,5081	4,1909
38	19,0357	20,4377	88	3,2896	3,8973
39	18,8163	20,2704	89	3,0824	3,6306
40	18,5781	20,0595	90	2,8872	3,3365
41	18,3313	19,8688	91	2,6854	3,1070
42	18,0963	19,6611	92	2,4919	2,8309
43	17,8419	19,4456	93	2,3245	2,5781
44	17,5779	19,2315	94	2,1500	2,3093
45	17,3042	19,0096	95	1,9195	2,0178
46	17,0204	18,7687	96	1,6314	1,6712
47	16,7373	18,5396	97	1,2021	1,2133
48	16,4439	18,2808	98	0,9963	1,0027
49	16,1397	18,0333	99	0,5417	0,5417
			100	0,0000	0,0000

Exposé des motifs

Suite au vote de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, le présent règlement grand-ducal a pour objet de définir les facteurs de capitalisation prévus au nouvel article 119, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2011 et devant permettre le calcul du capital alloué à titre d'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément par l'assurance accident aux assurés qui présentent suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent.

Il s'agit des mêmes facteurs de capitalisation que ceux figurant dans le règlement grand-ducal du 26 février 2004 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 113 du Code des assurances sociales et qui étaient appliqués jusqu'à présent par l'Association d'assurance accident pour le calcul du montant du rachat des rentes des accidentés du travail. Le taux d'intérêt technique de 4% appliqué dans le calcul de ces facteurs de capitalisation a donc également été repris.

La distinction entre les deux sexes au niveau des facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul du montant du rachat des rentes des accidentés du travail est conforme à la directive 96/97 CE du Conseil du 20 décembre 1996 modifiant la directive 86/378/CEE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitements entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale. Cette directive prévoit explicitement que les bases du calcul actuariel peuvent varier suivant le sexe.



Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 120 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit :

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	88 €
2	léger	175 €
3	modéré	438 €
4	moyen	1.095 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 2. Les forfaits mentionnés à l'article 1^{er} indemnisent les souffrances physiques et morales ressenties par l'assuré avant la consolidation. Ils ne tiennent pas compte des douleurs durables persistant après la consolidation qui nécessitent un traitement régulier et qui obligent l'assuré à modifier définitivement certains gestes professionnels, lesquelles sont réparées par l'allocation de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif. La simple dépose du matériel d'ostéosynthèse après la consolidation ne donne pas droit à un nouveau dommage moral.

Art. 3. L'évaluation des douleurs physiques endurées se fait par les médecins et experts au moment de la consolidation par référence à plusieurs facteurs d'appréciation parmi les critères suivants:

- nature et gravité du traumatisme initial;
- nature, siège et étendue des lésions initiales;
- nature et durée du traitement hospitalier et ambulatoire;
- durée d'hospitalisation et secteur d'hospitalisation;

- nature et fréquence des complications;
- nature et durée du traitement médicamenteux;
- nature et nombre des examens complémentaires nécessitant des manipulations pénibles ;
- transports répétés et pénibles.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après :

1	très léger	une journée d'hospitalisation en observation; suture d'une petite plaie; entorse bénigne sans immobilisation; traitement antalgique de plusieurs jours; contusions multiples.
2	léger	durée d'hospitalisation de moins de deux semaines; suture de plusieurs plaies; traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée; fracture ou entorse non compliquée, traitée par immobilisation de moins de six semaines; fracture non déplacée du crâne, fracture des os de la face non opérée; arthroscopie, ponctions articulaires répétées; fracture de couronnes dentaires ne nécessitant pas le remplacement des couronnes.
3	modéré	durée d'hospitalisation entre deux semaines et un mois; traitement d'une ulcération cutanée ou oculaire pendant plusieurs semaines; sutures tendineuses avec immobilisation; chirurgie oculaire; traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale non opéré; laparotomie pour hémorragie abdominale; splénectomie; luxation d'épaule avec fracture de la glène, réduite sous anesthésie générale; fracture osseuse d'un membre nécessitant une ostéosynthèse; fracture vertébrale immobilisée par corset ou ostéosynthèse; plusieurs fractures traitées orthopédiquement; fracture de la face opérée; fracture de mâchoire traitée par blocage intermaxillaire.
4	moyen	durée d'hospitalisation entre un et deux mois; brûlures ou délabrement cutané nécessitant plusieurs greffes cutanées sur une surface avoisinant 10% de la surface corporelle; traumatisme crânien grave ayant nécessité une intervention chirurgicale; pseudarthrose ou fracture complexe des membres ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales; fixateurs externes en place pendant plus de 4 semaines; traumatisme thoracique grave avec volet thoracique nécessitant un drainage de plusieurs jours; séjour dans une unité de réanimation intensive pendant moins de deux

		mois, trachéotomie.
5	assez important	durée d'hospitalisation entre deux et six mois; traumatisme crânien grave avec ou sans embarrure nécessitant une intervention chirurgicale intracrânienne ayant laissé des séquelles neurologiques ou psychiques; fracture du rachis avec paraplégie nécessitant un séjour prolongé dans un centre de rééducation spécialisé; polytraumatisme avec fracture de plusieurs segments osseux; évolution d'une fracture vers une ostéite nécessitant plusieurs interventions chirurgicales ou un traitement ambulatoire long et régulier; fractures associées à des lésions vasculo-nerveuses nécessitant des greffes; traumatisme thoraco-abdominale avec lésions des organes internes nécessitant des résections ou réparations chirurgicales.
6	important	durée d'hospitalisation entre six et dix-huit mois; traumatisme crânien très grave laissant des séquelles neurologiques et psychiatriques avec perte de l'autonomie; tétraplégie; traumatisme thoraco-abdominal avec un traitement chirurgical lourd laissant des séquelles respiratoires et digestives graves; brûlures étendues nécessitant de nombreuses greffes cutanées et transfert dans un centre des grands brûlés.
7	très important	durée d'hospitalisation de plus de dix-huit mois; séquelles gravissimes dépassant les cas décrits dans les degrés précédents; séquelles nécessitant des séjours hospitaliers réguliers pendant des années dans des centres spécialisés ou des traitements pénibles à vie comme la dialyse rénale.

Art. 4. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer le préjudice esthétique sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit :

Echelle	Préjudice esthétique	Indemnités
1	très léger	58 €
2	léger	146 €
3	modéré	365 €
4	moyen	1.022 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 5. Les forfaits mentionnés à l'article 4 indemnisent le dommage subi par l'assuré en raison de l'altération de son image personnelle et de la manière dont il ressent le regard des autres.

Art. 6. Pour les cicatrices, l'évaluation se fait par référence aux critères suivants :

- nombre, localisation et dimension;
- orientation, coloration et relief;

- douleur spontanée ou provoquée;
- adhérence aux tissus sous-jacents;
- exposée au regard des autres ou cachée par les vêtements.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après :

1	très léger	cicatrice de bonne qualité, peu visible ou cachée par les vêtements; décoloration dentaire; légère boiterie; légère déformation après une fracture.
2	léger	cicatrice de bonne qualité, bien visible de près; amputation d'une phalange.
3	modéré	troubles de la mobilité oculaire; inégalité pupillaire; cicatrices disgracieuses du nez, de la bouche; troubles de la mimique; séquelles de paralysie faciale; trachéotomie de bonne qualité; amputation de plusieurs doigts; marche en permanence avec 2 cannes.
4	moyen	plusieurs cicatrices très disgracieuses de la face; plusieurs cicatrices thoraco-abdominales de mauvaise qualité; amputation de la main avec prothèse; amputation appareillée de la cuisse permettant une marche sans aide; anus artificiel; édentition non prothésée.
5	assez important	amputation non prothésée d'un bras; amputation de cuisse appareillée avec grandes difficultés à la marche; paraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante.
6	important	cicatrices de brûlures de 3 ^{ième} ou 4 ^{ième} degré étendues sur tout le corps; cicatrices et déformations faciales entravant le contact social; tétraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante électrique; plusieurs amputations de segments de membres rendant impossible le contact social.
7	très important	tétraplégie ventilée; défiguration ou déformations générant habituellement la répulsion.

Art. 7. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Exposé des motifs

L'article 120 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux dispositions de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que 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, soit 53.988 euros à l'indice 719,84.

Conformément à l'exposé des motifs du projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident, l'indemnité allouée à titre de *pretium doloris* est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Les douleurs qui peuvent subsister au-delà de la date de consolidation des lésions sont indemnisées dans le cadre de l'atteinte définitive à l'intégrité physique. L'indemnité allouée à titre de préjudice esthétique est destinée à réparer la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres et une altération de l'image de soi.

L'évaluation de ces deux préjudices est faite in concreto par les médecins. Pour le préjudice moral, ils décrivent en détail les blessures subies et les soins nécessités pour évaluer le degré des souffrances endurées compte tenu de la situation personnelle de la victime, l'évolution d'une lésion et le ressenti des douleurs variant d'une personne à l'autre. Pour le préjudice esthétique, l'évaluation se fait en fonction des séquelles laissées par la blessure.

Comme en droit commun, les échelles retenues sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale vont de 1 à 7 (où 1 correspond à des douleurs qualifiées de très légères et 7 à des souffrances très importantes) pour qualifier les souffrances endurées et le préjudice esthétique. Les forfaits proposés sont également inspirés de ceux alloués en droit commun. Si certains montants du préjudice esthétique diffèrent quelque peu de ceux proposés dans l'exposé des motifs du projet de loi, c'est qu'il a été jugé que les montants initialement proposés étaient insuffisants pour indemniser les séquelles importantes correspondant aux échelles 5, 6 et 7.



Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 130 et 131 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les bénéficiaires d'une rente de survie, à savoir le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de trois mille six cent quarante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 2. Les père et mère de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de deux mille cent quatre-vingt-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 3. Toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins a droit à un forfait de mille quatre cent cinquante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 4. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

L'article 130 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux dispositions de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ses père et mère ainsi que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins ont droit à l'indemnisation du dommage moral. Il précise en son alinéa 2 que l'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit et que le forfait ne saurait dépasser 4.400 € au nombre indice cent du coût de la vie, soit 31.673 € à l'indice 719,84 par survivant.

Il résulte de l'exposé des motifs ainsi que du commentaire des articles du projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident qu'il était envisagé d'allouer à titre d'indemnisation du préjudice moral subi par les survivants un forfait de 25.000 € aux bénéficiaires d'une rente de survie et aux autres ayants droits des forfaits de 2.000 €, 5.000 € ou 15.000 €, montants exprimés à l'indice 685,17 applicable à l'époque du dépôt du projet de loi, selon que les liens ayant existé avec l'assuré décédé seraient jugés avoir été peu étroits, étroits ou très étroits.

Si le présent projet de règlement grand-ducal propose d'allouer à chaque bénéficiaire d'une rente de survie un forfait de 3.649 € à l'indice cent (soit 26.267 € à l'indice 719,84), montant inspiré des sommes allouées au même titre en droit commun et envisagé par les auteurs du projet de loi, il propose d'admettre des liens très étroits entre l'assuré défunt et ses parents et d'allouer automatiquement à chacun des père et mère le forfait de 2.189 € à l'indice cent (soit 15.757 € à l'indice 719,84) envisagé par les auteurs du projet de loi pour de tels liens. Il est par ailleurs proposé d'admettre que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis au moins trois ans avait des liens étroits avec l'assuré et de lui allouer un forfait de 1.459 € à l'indice cent (soit 10.502 € à l'indice 719,84). Si l'approche ainsi adoptée diffère quelque peu de celle envisagée initialement, elle a toutefois incontestablement le mérite d'instaurer des critères clairement définis et d'éviter à l'Administration de devoir apprécier arbitrairement des liens ayant existé entre l'assuré défunt et les personnes introduisant une demande en indemnisation du dommage moral.