



CHAMBRE DES SALARIES  
LUXEMBOURG

# Droit social

La maladie et le reclassement professionnel  
du salarié

*À jour au 1<sup>er</sup> avril 2016*



# Droit social

La maladie et le reclassement professionnel  
du salarié

*À jour au 1<sup>er</sup> avril 2016*

## Impressum

### Éditeur

### Chambre des salariés

18, rue Auguste Lumière  
L-1950 Luxembourg  
T. +352 27 494 200  
F. +352 27 494 250  
www.csl.lu • csl@csl.lu

Jean-Claude Reding, président  
Norbert Tremuth, directeur

### Impression

Imprimerie Weprint

### Distribution

Librairie « Um Fieldgen Sàrl »  
3, rue Glesener  
L-1634 Luxembourg  
T. +352 48 88 93  
F. +352 40 46 22  
info@libuf.lu

ISBN : 978-2-919888-67-6

Les informations contenues dans le présent ouvrage ne préjudicient en aucun cas aux textes légaux et à leur interprétation et application par les administrations étatiques ou les juridictions compétentes.

Le plus grand soin a été apporté à la rédaction de cet ouvrage. L'éditeur et l'auteur ne peuvent être tenus responsables d'éventuelles omissions et erreurs ou de toute conséquence découlant de l'utilisation de l'information contenue dans cet ouvrage.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés quelconques sont réservés pour tous les pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur/auteur de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

# PRÉFACE



*Jean-Claude Reding*  
*Président de la Chambre des salariés*

Au cours des dernières années, la Chambre des salariés (CSL) avait analysé le projet de loi portant réforme de la procédure de reclassement, comme celui renforçant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) et donc de la Caisse nationale de santé (CNS).

Dans ses avis respectifs, la CSL avait conclu que ces projets de loi n'apportaient pas une réponse appropriée aux problèmes rencontrés par les salariés victimes d'incapacités de travail fréquentes ou de longue durée.

Elle avait par conséquent demandé au gouvernement de les reconsidérer en prenant en compte les revendications formulées dans ses avis ainsi que la nécessité d'adopter des mesures transitoires permettant aux diverses institutions de s'organiser, de se renforcer et de se coordonner.

Ses revendications sont malheureusement restées lettre morte.

Au 1<sup>er</sup> septembre 2015 et 1<sup>er</sup> janvier 2016, sont donc entrées en vigueur les deux lois suivantes :

- la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- et 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.

Ces lois entraînent des changements ayant un impact direct sur les droits des salariés non seulement en matière de sécurité sociale, mais également au niveau du droit du travail.

Par la présente publication, la CSL souhaite rendre attentifs tant les salariés que les employeurs à ces nouveautés.

Un petit test préalable permettra au lecteur de se familiariser avec la matière et de cerner les questions concrètes qui se posent en cas de maladie du salarié. La correction de ce test est disponible dans la dernière partie de cette brochure.

La deuxième partie donne un bref aperçu des modifications apportées par les deux nouvelles lois dans le cadre d'une incapacité de travail (renforcement du rôle du CMSS, impact d'une décision de la CNS sur le contrat de travail), puis dans la procédure de reclassement professionnel (nouvelle voie d'accès via le médecin du travail, statut protecteur du salarié en reclassement professionnel externe, réévaluation périodique du salarié reclassé).

La troisième partie prend la forme d'un guide pratique expliquant les droits et devoirs du salarié malade (déclaration de son incapacité de travail, protection contre un licenciement, rémunération), ainsi que les droits et devoirs de son employeur (contrôles administratif et/ou médical, reclassement interne, résiliation du contrat).

Ce guide pratique est complété par une partie « Législation » regroupant les dispositions légales applicables, ainsi que par un glossaire définissant les termes les plus spécifiques et une liste des sites internet pertinents.

Bonne lecture.

Luxembourg, avril 2016

## **I** — Test préalable **7**

## **II** — Les nouveautés en un coup d'œil **15**

1. Concernant le Contrôle médical de la sécurité sociale 17
  - 1.1. *Maintien de la rémunération par l'employeur : mêmes motifs de cessation que l'indemnité pécuniaire de maladie* 17
  - 1.2. *Protection contre le licenciement : prise en compte du délai de recours contre une décision de refus de prise en charge de la Caisse nationale de santé* 18
  - 1.3. *Nouvelle procédure d'envoi du rapport médical circonstancié R4* 18
2. Concernant le reclassement 19
  - 2.1. *Tentative d'accélération de la procédure au niveau de la Commission mixte* 19
  - 2.2. *Renforcement du rôle du médecin du travail* 20
  - 2.3. *Priorité au reclassement interne* 22
  - 2.4. *Simplification du calcul de l'indemnité compensatoire* 24
  - 2.5. *Nouvelles modalités pour le reclassement professionnel externe* 24
  - 2.6. *La procédure de reclassement* 26

## **III** — Guide pratique : la maladie du salarié **27**

1. La déclaration de l'incapacité de travail 29
  - 1.1. *Envers son employeur* 29
  - 1.2. *Envers la Caisse nationale de santé* 31
2. La rémunération du salarié malade 32
  - 2.1. *Le maintien de la rémunération par l'employeur* 32
  - 2.2. *L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé* 39
3. La protection contre le licenciement du salarié malade 42
  - 3.1. *Absence de plus de 26 semaines consécutives* 43
  - 3.2. *Absences fréquentes* 44
  - 3.3. *Maladie faisant suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle* 44
  - 3.4. *Incidence de la maladie prolongée du salarié sur la période d'essai convenue dans le cadre d'un CDI* 44
4. Le contrôle du salarié malade 45
  - 4.1. *Le contrôle administratif du salarié malade* 45
  - 4.2. *Le contrôle médical du salarié malade* 49
  - 4.3. *La procédure de reclassement* 59

# SOMMAIRE

<b>5.</b>	Les effets de la procédure de reclassement	60
5.1.	<i>La protection contre le licenciement dès la saisine de la Commission mixte</i>	61
5.2.	<i>Le reclassement interne du salarié</i>	62
5.3.	<i>Le reclassement externe du salarié</i>	67
5.4.	<i>La réévaluation périodique du salarié reclassé</i>	70

## **IV** — Texte coordonné des nouvelles dispositions applicables **73**

<b>1.</b>	Code du travail (extraits)	75
<b>2.</b>	Loi du 23 juillet 2015 (extraits)	94
<b>3.</b>	Code de la sécurité sociale (extraits)	95
<b>4.</b>	Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale	104
<b>5.</b>	Statuts de la CNS (extraits)	105
<b>6.</b>	Statuts de la Mutualité des employeurs	117

## **V** — Glossaire **123**

## **VI** — Sites internet utiles **129**

## **VII** — Corrigé du test préalable **133**

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAA : Association d'assurance contre les accidents

ADEM : Agence pour le développement de l'emploi

CNAP : Caisse nationale d'assurance pension

CNS : Caisse nationale de santé

CNPF : Caisse nationale des prestations familiales

CCSS : Centre commun de la sécurité sociale

CDD : Contrat de travail à durée déterminée

CDI : Contrat de travail à durée indéterminée

CMSS : Contrôle médical de la sécurité sociale

CSL : Chambre des salariés

ITM : Inspection du travail et des mines



## TEST PRÉALABLE

Ce test a pour but de permettre au lecteur de cerner ses connaissances et/ou lacunes, à travers les questions les plus fréquentes, qui se posent face à la maladie d'un salarié.

Il se compose de questionnaires à choix multiple (QCM). Il faut cocher les cases qui conviennent. Il peut y avoir une ou plusieurs réponses correctes pour une même question.

Une lecture du guide pratique permettra une auto-correction. À toutes fins utiles un corrigé du test est disponible page 133.



# TEST PRÉALABLE

N° 1

## Les obligations du salarié malade

### Le 1<sup>er</sup> jour de son absence, il doit :

- ▶ avertir l'employeur ou un représentant de celui-ci de son incapacité de travail
- ▶ fournir un certificat médical justifiant son état de santé

### Cette obligation doit se faire :

- ▶ dès le début de la journée de travail
- ▶ dans la matinée du 1<sup>er</sup> jour
- ▶ dans la journée (jusque minuit)

### Ceci peut notamment se faire :

- |  |   |
|--|---|
| ▶ par téléphone <input type="checkbox"/> | ▶ par le salarié lui-même <input type="checkbox"/>  |
| ▶ par sms <input type="checkbox"/>       | ▶ par un proche du salarié <input type="checkbox"/> |
| ▶ par mail <input type="checkbox"/>      |   |
| ▶ par fax <input type="checkbox"/>       |   |

### Cette information doit parvenir :

- ▶ à l'employeur lui-même ou
- ▶ au supérieur hiérarchique du salarié ou
- ▶ à n'importe quel collègue du salarié

### L'employeur sans nouvelles du salarié le 1<sup>er</sup> jour :

- ▶ peut le licencier avec préavis
- ▶ peut le licencier avec effet immédiat
- ▶ doit attendre

### Un licenciement serait :

- ▶ abusif\*
- ▶ nul\*\*

### Le 3<sup>ème</sup> jour de son absence, le salarié doit avoir :

- |   |   |
|---|---|
| ▶ envoyé un certificat médical <input type="checkbox"/> | ▶ à son employeur <input type="checkbox"/>                                  |
| ▶ scanné un certificat médical <input type="checkbox"/> | ▶ à la Caisse nationale de santé <input type="checkbox"/>                   |
| ▶ remis un certificat médical <input type="checkbox"/>  | ▶ au Contrôle médical de la sécurité sociale <input type="checkbox"/>       |
|   | ▶ à la Chambre des salariés <input type="checkbox"/>                        |
|   | ▶ à l'Association d'assurance contre les accidents <input type="checkbox"/> |

\* Le licenciement abusif est seulement réparé par des dommages et intérêts, le contrat restant résilié.

\*\* Le licenciement nul entraîne la réintégration du salarié après annulation de la résiliation du contrat par le tribunal compétent.

## N° 2

## La prolongation de la maladie

## Le salarié doit en informer son employeur :

- ▶ avant la fin de la période couverte par son 1<sup>er</sup> certificat
- ▶ le jour où il aurait dû reprendre le travail
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour après la reprise prévue

## La remise du certificat à l'employeur doit avoir lieu :

- ▶ le lendemain de la reprise prévue
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour de la reprise prévue
- ▶ dans les meilleurs délais

## La remise du certificat à la Caisse nationale de santé doit avoir lieu :

- ▶ le lendemain de la reprise prévue
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour de la reprise prévue
- ▶ dans les meilleurs délais

## N° 3

## La protection contre le licenciement

Une fois ces 2 obligations remplies (information le 1<sup>er</sup> jour et remise du certificat à l'employeur le 3<sup>ème</sup> jour), le salarié est protégé contre un licenciement pendant :

- ▶ 26 semaines consécutives
- ▶ 26 semaines non consécutives
- ▶ 52 semaines non consécutives

## Un licenciement prononcé malgré cette interdiction est :

- ▶ nul\*
- ▶ abusif\*\*

## Passé ce délai, l'employeur peut :

- ▶ le licencier avec préavis *si désorganisation de l'entreprise*
- ▶ le licencier avec effet immédiat
- ▶ le garder

\* Le licenciement nul entraîne la réintégration du salarié après annulation de la résiliation du contrat par le tribunal compétent.

\*\* Le licenciement abusif est seulement réparé par des dommages et intérêts, le contrat restant résilié.

N° 4

## La rémunération du salarié malade

### Le salarié malade est payé soit par :

- ▶ son employeur
- ▶ la Caisse nationale de santé
- ▶ l'Association d'assurance contre les accidents

### Le salarié a droit au maintien intégral de son salaire par son employeur pendant :

- ▶ 77 jours
- ▶ 3 mois
- ▶ jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour de maladie pendant une période de référence de 12 mois
- ▶ 12 mois

## Le maintien du salaire par l'employeur

### L'employeur doit verser au salarié malade :

- ▶ son salaire de base
- ▶ les majorations pour travail supplémentaire
- ▶ les majorations pour travail de jour férié légal
- ▶ les majorations pour travail de nuit
- ▶ les majorations pour travail de dimanche

### L'employeur se fait rembourser :

- |   |   |
|---|---|
| ▶ à 0% <input type="checkbox"/>           | ▶ par l'Association d'assurance contre les accidents <input type="checkbox"/> |
| ▶ à 80% <input type="checkbox"/>          | ▶ par la Caisse nationale de santé <input type="checkbox"/>                   |
| ▶ en intégralité <input type="checkbox"/> | ▶ par la Mutualité des entreprises <input type="checkbox"/>                   |

## L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé

### L'indemnité pécuniaire prend en compte :

- ▶ le salaire de base
- ▶ tous les compléments et accessoires
- ▶ seuls les compléments et accessoires payables mensuellement en espèces
- ▶ les avantages en nature
- ▶ les 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> mois
- ▶ les gratifications
- ▶ les heures supplémentaires



suite  
N°4

## L'indemnisation du salarié malade par l'employeur et par la Caisse nationale de santé

### Le salarié a droit à une indemnisation pendant :

- ▶ 26 semaines consécutives
- ▶ 52 semaines consécutives
- ▶ 26 semaines sur une période de référence de 52
- ▶ 52 semaines sur une période de référence de 104

### Passé ce délai, le CDI :

- ▶ est annulé
- ▶ peut être résilié par l'employeur
- ▶ cesse automatiquement

## L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé

### Même avant les 52 semaines, la Caisse nationale de santé peut arrêter d'indemniser l'assuré si :

- ▶ il se soustrait sans motif valable au contrôle médical
- ▶ il ne répond pas sans motif valable à la convocation du médecin du travail dans le cadre d'une procédure de reclassement
- ▶ il séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé
- ▶ il se trouve en état de détention
- ▶ il ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale y compris le rapport médical circonstancié
- ▶ le Contrôle médical de la sécurité sociale rend un avis d'aptitude

N°5

## Le contrôle du salarié malade

### Pendant son incapacité de travail, le salarié peut faire l'objet :

- ▶ d'un contrôle administratif
- ▶ d'un contrôle médical

### Le contrôle administratif peut intervenir :

- ▶ à la demande de l'employeur
- ▶ à la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ à la demande de la Caisse nationale de santé
- ▶ pendant le maintien de la rémunération par l'employeur
- ▶ pendant l'indemnisation par la Caisse nationale de santé



suite  
N°5**Le contrôle médical peut intervenir :**

- ▶ à la demande de l'employeur *auprès d'un médecin de son choix*
- ▶ à la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ à la demande de la Caisse nationale de santé
- ▶ pendant le maintien de la rémunération par l'employeur
- ▶ pendant l'indemnisation par la Caisse nationale de santé

**Le contrôle médical sur demande de l'employeur auprès d'un médecin de son choix****Si le médecin (choisi par l'employeur) considère le salarié apte :**

- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête

**Si deux médecins (autres que le Contrôle médical de la sécurité sociale) considèrent le salarié apte :**

- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer *si le salarié ne reprend pas le travail*

**Le contrôle médical sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale****Si le Contrôle médical de la sécurité sociale considère le salarié apte :**

- ▶ la Caisse nationale de santé arrête d'indemniser le salarié
- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête de suite
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête après 40 jours à défaut de recours du salarié contre la décision d'aptitude
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête après 26 semaines consécutives en cas de recours du salarié contre la décision d'aptitude

## N° 6

**Le reclassement du salarié****La Commission mixte peut être saisie par :**

- ▶ le Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ l'employeur
- ▶ le salarié
- ▶ le médecin traitant du salarié
- ▶ le médecin du travail

**La saisine de la Commission mixte a pour conséquence :**

- ▶ la suspension du délai de 52 semaines
- ▶ la suspension du contrat de travail du salarié
- ▶ la protection contre le licenciement du salarié
- ▶ la saisine du médecin du travail

**Le reclassement interne est obligatoire pour :**

- ▶ tout employeur
- ▶ tout employeur occupant plus de 25 salariés
- ▶ tout employeur qui n'occupe pas le nombre de salariés handicapés requis par la loi

**Le salarié reclassé en interne peut bénéficier :**

- ▶ d'une indemnité compensatoire
- ▶ d'une indemnité professionnelle d'attente
- ▶ d'une réévaluation périodique par le médecin du travail
- ▶ d'un statut spécifique protecteur

**Le salarié reclassé en externe peut bénéficier :**

- ▶ d'une indemnité compensatoire
- ▶ d'une indemnité professionnelle d'attente
- ▶ d'une réévaluation périodique par le médecin du travail
- ▶ d'un statut spécifique protecteur



## LES NOUVEAUTÉS EN UN COUP D'ŒIL

1. Concernant le Contrôle médical de la sécurité sociale
2. Concernant le reclassement



# 1 CONCERNANT LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les modifications concernant la législation relative au Contrôle médical de la sécurité sociale résultent de la loi du 7 août 2015<sup>1</sup>. Elles sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

## 1.1. Maintien de la rémunération par l'employeur : mêmes motifs de cessation que l'indemnité pécuniaire de maladie

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

La nouvelle loi précise que ce droit au maintien de la rémunération cesse en cas de décision de refus de prise en charge<sup>2</sup> émise par la Caisse nationale de santé (CNS). Cette décision s'impose donc à l'employeur.

La CNS peut désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

La CNS peut prendre une telle décision lorsque le médecin conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)<sup>3</sup> constate la capacité de l'assuré<sup>4</sup>, comme en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie (non-présentation de l'assuré à une convocation du CMSS sans motif valable par exemple).

Cette décision de refus de la CNS sera notifiée à l'employeur en lui enjoignant de ne plus verser de rémunération au salarié malade.

Un recours est possible devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé dans les 40 jours de la notification, puis devant les juridictions de sécurité sociale (Conseil arbitral de la sécurité sociale en première instance et Conseil supérieur de la sécurité sociale en appel).

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

### Quand l'employeur doit-il stopper la conservation de la rémunération ?

La loi énonce que cette décision de refus de prise en charge est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les 40 jours de la notification.

1 Loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant : 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. le Code du Travail ; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, Mémorial A du 13 août 2015, page 3866.

2 Cette décision de refus entraîne la cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire. Elle est prise par le président de la CNS ou son délégué.

3 Le contrôle de l'incapacité de travail par le CMSS peut avoir lieu pendant la période de maintien du salaire.

4 Le terme assuré vise le salarié ou l'ex-salarié dans sa relation avec les organismes de sécurité sociale.

Selon l'Inspection du travail et des Mines (ITM)<sup>5</sup>, l'employeur qui a été informé par la CNS, que le salarié a été déclaré apte à reprendre le travail à partir d'une certaine date, est obligé de cesser de payer le salaire au salarié durant la période du maintien du salaire, bien que le salarié soit en possession de nouveaux certificats de maladie allant au-delà de cette date.

Si le recours du salarié aboutit à la reconnaissance de son incapacité de travail, le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli. L'employeur en sera informé par la CNS.

L'employeur devra verser les salaires dus au titre du maintien de la rémunération rétroactivement. Le salarié voyant son incapacité de travail confirmée ne doit pas subir de perte de rémunération.

## **1.2. Protection contre le licenciement : prise en compte du délai de recours contre une décision de refus de prise en charge de la CNS**

L'employeur dûment averti par le salarié de son incapacité de travail ou en possession du certificat médical n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable à un licenciement pour une période de 26 semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.

La nouvelle loi précise que cette période de protection de 26 semaines cesse à l'expiration du délai de recours de 40 jours courant à partir de la notification de la décision de refus de la CNS. La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable de 26 semaines est maintenue.

La protection contre le licenciement du salarié malade s'arrête donc après l'expiration d'une période de 26 semaines consécutives de maladie.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, la protection contre le licenciement peut également s'arrêter avant la fin de ces 26 semaines consécutives, quand intervient, pendant ce délai, une décision de cessation du maintien du salaire par la CNS :

1. en l'absence de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 40 jours suivant la notification de la décision de refus de la CNS, ce même si l'on se situe toujours dans la période des 26 semaines de protection ;
2. en cas de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 26 semaines consécutives de maladie.

Dans ce cas, le salarié est protégé contre le licenciement pendant 26 semaines tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose jugée prise par le comité directeur de la CNS ou par le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou par le Conseil supérieur de la sécurité sociale confirmant la position de la CNS. Si le recours du salarié lui donne gain de cause, la protection cesse, comme actuellement, après l'expiration du délai de 26 semaines consécutives de maladie.

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

## **1.3. Nouvelle procédure d'envoi du rapport médical circonstancié R4**

L'indemnité pécuniaire prend cours à l'expiration de la période de maintien de la rémunération par l'employeur, soit à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'indemnité pécuniaire était accordée par la CNS, sur avis du CMSS, qui se prononçait sur base du rapport médical circonstancié établi par le médecin traitant du salarié.

<sup>5</sup> ITM, Bulletin juridique n°1.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'indemnité pécuniaire est accordée par la CNS tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du CMSS. L'indemnité pécuniaire n'est pas payée par la CNS si l'assuré ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la CNS ou le CMSS.

Est visé également ici le rapport médical circonstancié R4, qui sera dorénavant demandé par le Contrôle médical de la sécurité sociale au cas par cas.

Sera supprimée l'automatisme de l'envoi dudit rapport au salarié quand ses périodes d'incapacité de travail déclarées atteignent six semaines au cours d'une période de référence de seize semaines.

Les assurés seront désormais convoqués en temps utile et le Contrôle médical utilisera le rapport R4 de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4.

## 2 CONCERNANT LE RECLASSEMENT

La réforme de la procédure de reclassement est intervenue par la loi du 23 juillet 2015<sup>6</sup>. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les nouvelles dispositions ne s'appliquent qu'aux salariés reclassés après le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Seule la nouvelle possibilité de réévaluations périodiques peut s'appliquer à l'égard des salariés reclassés avant cette date, ce qui permettra aux bénéficiaires d'une indemnité d'attente de bénéficier du nouveau statut protecteur, le cas échéant (voir ci-dessous point 2.5.1.).

### 2.1. Tentative d'accélération de la procédure au niveau de la Commission mixte

#### 2.1.1. Saisine simultanée de la Commission mixte et du médecin du travail

Lorsque le CMSS estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il saisit, en accord avec l'intéressé, la Commission mixte et le médecin du travail compétent.

Avant le 31 décembre 2015, c'est la Commission mixte qui saisissait le médecin du travail après sa propre saisine par le CMSS.

Le CMSS en informe l'employeur concerné. Le médecin du travail convoque et examine l'intéressé.

#### 2.1.2. Avis du médecin du travail dans les 3 semaines

##### *Avis d'incapacité*

Si le médecin du travail estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il envoie, dans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui décide le reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé.

Le médecin du travail qui estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail se prononce dans son avis sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur une adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'incapacité de travail et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à une réévaluation médicale. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans à moins que les restrictions à la capacité de travail aient un caractère définitif.

<sup>6</sup> 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, Mémorial A, n°143, 27 juillet 2015, page 2946.

***Avis de capacité***

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il envoie, dans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui prend une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour du constat d'aptitude par le médecin du travail compétent. La Commission mixte en informe le CMSS.

***Non présentation à la convocation du médecin du travail***

Si, dans le délai imparti, l'intéressé ne donne pas suite à la convocation du médecin du travail sans motif valable, il est considéré comme étant capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Le médecin du travail en informe, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le CMSS et la Commission mixte. La Commission mixte prend une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive, elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour de la date de convocation auprès du médecin du travail.

**2.1.3. Décision de la Commission mixte de reclassement dans les 40 jours**

La Commission mixte examine endéans les 40 jours les dossiers qui lui sont retournés par le médecin du travail en vue de la prise d'une décision relative au reclassement professionnel.

La Commission mixte dispose de 40 jours à compter de la réception de l'avis du médecin du travail, alors qu'auparavant ce délai courrait dès le jour de sa saisine.

**2.2. Renforcement du rôle du médecin du travail****2.2.1. Introduction d'une nouvelle voie d'accès à la procédure de reclassement dans le cadre des examens médicaux du médecin du travail**

Un salarié, sans être victime d'une incapacité de travail, peut être déclaré inapte au travail par le médecin du travail, lors d'un examen médical périodique, un examen de reprise ou un examen à la demande de l'employeur ou salarié.

Sont soumis, obligatoirement, à des examens médicaux périodiques les salariés :

1. âgés de moins de vingt et un ans ;
2. occupant un poste à risques ;
3. pour lesquels, lors de l'examen d'embauchage, le médecin du travail a jugé utile de procéder régulièrement à un examen médical ;
4. les salariés de nuit.

En outre, si un salarié reprend son travail après une absence ininterrompue de plus de six semaines pour cause de maladie ou d'accident, l'employeur est tenu d'en avvertir le médecin du travail. Le médecin peut soumettre le salarié à un examen médical ayant pour but d'apprécier son aptitude à reprendre son ancien emploi ou de déterminer l'opportunité d'une mutation, d'une réadaptation ou d'une adaptation du poste de travail.

Des examens médicaux peuvent également intervenir soit à la demande de l'employeur ou du salarié, soit à la demande des représentants du personnel, soit à l'initiative du médecin du travail.

Jusqu'au 31 décembre 2015, il n'existait ni obligation, ni possibilité (officielle) pour le médecin du travail de saisir la Commission mixte lorsqu'il constate l'inaptitude du salarié à occuper un poste de travail. Il lui suffisait d'en informer le salarié et l'employeur par lettre recommandée, indiquant les voies et délai de recours.

Le texte en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 disposait que « si l'employeur occupe régulièrement au moins 50 salariés et que le salarié inapte pour un poste à risques a été occupé pendant au moins 10 ans par l'entreprise, l'employeur est tenu de l'affecter à un autre poste pour lequel il est trouvé apte ». Aucune passerelle vers le reclassement n'existait à proprement dit.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, lorsque le médecin du travail déclare un salarié inapte au dernier poste suite à un examen médical en médecine du travail (examen périodique, examen de reprise ou examen à la demande de l'employeur ou du salarié), il peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel sous 2 conditions :

- le salarié doit avoir une ancienneté de plus de 10 ans dans l'entreprise ;
- le salarié doit occuper un poste à risques.

La saisine de la Commission mixte par le médecin du travail est différente en fonction de la taille de l'entreprise :

- pour les entreprises d'au moins 25 salariés, le médecin de travail saisit directement la Commission mixte et en informe l'employeur et le salarié ;
- si l'entreprise occupe moins de 25 salariés, le médecin du travail peut saisir la Commission mixte uniquement en cas d'accord préalable du salarié et de l'employeur. En cas de désaccord, le salarié se retrouve exposé au bon vouloir de son employeur.

L'employeur doit fournir la preuve qu'il occupe moins de 25 salariés. Pour les établissements multiples, chaque établissement est pris isolément.

Subordonner l'obligation de reclassement interne sur initiative du médecin du travail à l'occupation d'un poste à risques et une condition d'ancienneté d'au moins dix ans reste en contradiction avec la procédure de reclassement, décrite ci-dessus, sur initiative du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS), qui ne limite pas l'obligation pour l'employeur de procéder au reclassement interne aux salariés disposant de 10 ans d'ancienneté et occupant des postes à risques, mais exige seulement un seuil minimal d'effectifs d'au moins 25 salariés.

Persiste donc une différence de traitement des salariés selon que le reclassement intervienne sur saisine de la Commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale ou sur saisine de la Commission mixte par le médecin du travail.

**À noter :** Les constats du médecin du travail portant saisine de la Commission mixte ne peuvent pas faire l'objet, ni par le salarié ni par l'employeur, d'une demande en réexamen auprès du médecin chef de la Division de la Santé au Travail.

### 2.2.2. Nouvelle importance donnée au certificat d'aptitude au poste de travail

Le certificat d'aptitude au poste de travail, établi par le médecin du travail lors de l'embauche au dernier poste de travail, devient une condition d'ouverture à un éventuel reclassement interne ou externe pour les salariés engagés depuis moins de trois ans.

Rappelons que l'employeur est obligé de soumettre tout nouveau salarié à un examen médical d'embauche, sous peine de sanctions<sup>7</sup>.

Cet examen a pour objet de déterminer si le candidat est apte ou inapte à l'occupation envisagée. Il doit être effectué, outre sur les salariés et apprentis, sur les élèves et étudiants et sur les élèves en stage de formation, du moment qu'ils effectuent un travail sur un poste à risques.

Pour les salariés de nuit et pour les postes à risques, l'examen doit être fait avant l'embauche.

Pour les autres postes, l'examen doit être fait dans les deux mois de l'embauche.

Le temps consacré par les salariés pendant les heures de travail aux examens d'embauche est considéré comme temps de travail.

<sup>7</sup> Tout employeur qui occupe un salarié qui ne s'est pas soumis à un examen d'embauche encourt un emprisonnement de huit jours et une amende de 251 à 25.000 Euros ou d'une de ces peines seulement.

### 2.2.3. Réévaluation périodique du salarié reclassé

Cette réforme met en place un suivi médical régulier du salarié reclassé. Le salarié doit être vu par le médecin du travail au moins tous les deux ans, sauf si les restrictions de sa capacité de travail ont un caractère définitif.

Le médecin du travail procède, soit en fonction de la périodicité arrêtée dans son avis initial, soit sur demande de la Commission mixte à une réévaluation médicale de la personne en reclassement professionnel. Il en informe la Commission mixte par avis motivé.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que l'état de santé du salarié en reclassement professionnel, qui a repris le travail sur un poste adapté, nécessite une réduction du temps de travail ou une nouvelle adaptation du poste de travail, il saisit la Commission mixte pour prendre une décision relative au temps de travail ou aux modalités d'aménagement du poste de travail.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que la réduction du temps de travail accordée n'est médicalement plus justifiée, en partie ou dans sa totalité, il saisit la Commission mixte qui décide de l'adaptation du temps de travail. Cette décision prend effet après un préavis de 6 mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que le salarié en reclassement professionnel a récupéré les capacités de travail nécessaires pour exécuter des tâches similaires à celles correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit la Commission mixte qui décide la perte du statut spécifique et la cessation du paiement de l'indemnité compensatoire ou de l'indemnité professionnelle d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de 6 mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne en reclassement professionnel qui se soustrait à cette réévaluation médicale, se voit retirer les prestations en espèces y liées et, le cas échéant, le statut de salarié en reclassement professionnel externe. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

**À noter :** Les personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente au 31 décembre 2015 sont également soumises à cette réévaluation médicale, par des médecins mandatés par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi.

Le médecin compétent convoque et examine l'intéressé.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé est toujours incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail, l'indemnité d'attente continue à être payée. Le médecin compétent arrête dans son avis la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à une réévaluation médicale.

La personne incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail acquiert le statut de personne en reclassement professionnel.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit l'organisme de pension compétent qui décide la cessation du paiement de l'indemnité d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de 12 mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne qui se soustrait à un examen de réévaluation médicale, se voit retirer l'indemnité d'attente par décision de l'organisme de pension compétent saisi par le médecin compétent. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

## 2.3. Priorité au reclassement interne

### 2.3.1. Suppression du lien avec les salariés handicapés dans l'entreprise

Afin de renforcer l'obligation patronale du reclassement professionnel et d'assurer ainsi une amélioration quantitative du reclassement professionnel interne, le lien avec les travailleurs handicapés a été supprimé.

Tant l'assimilation des salariés reclassés aux travailleurs handicapés que l'application du quota des travailleurs handicapés ont disparu.

L'employeur est dès lors obligé d'engager un nombre de salariés handicapés en faisant abstraction des bénéficiaires d'un reclassement et vice versa.

En outre, l'employeur peut désormais être tenu de reclasser un salarié dès que le seuil de 25 salariés est atteint sans égard aux nombres de salariés d'ores et déjà reclassés.

Par contre, comme pour les travailleurs handicapés, est maintenue la possibilité d'une participation au salaire du travailleur en reclassement professionnel interne ou bénéficiant du statut de personne en reclassement professionnel externe à charge du Fonds pour l'emploi, au bénéfice des employeurs.

### 2.3.2. Protection contre le licenciement dès la saisine de la Commission mixte

Avant le 31 décembre 2015, l'employeur n'était pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail pendant la période se situant entre le jour de la saisine de la Commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale et le jour de la notification de la décision de la Commission mixte.

Étaient à considérer nuls et sans effet le licenciement notifié par l'employeur, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable du salarié, à partir du jour de la notification à l'employeur de la décision de l'obligation de procéder au reclassement interne jusqu'à l'expiration du douzième mois qui la suit.

Cette protection démarrait le jour de la notification à l'employeur de la décision de l'obligation de procéder à un reclassement interne jusqu'à l'expiration du 12<sup>ème</sup> mois qui la suit.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le point de départ de cette protection a été avancé au jour de la saisine de la Commission mixte par le CMSS ou le médecin du travail, ce toujours jusqu'à l'expiration du 12<sup>ème</sup> mois qui suit la notification à l'employeur de la décision l'obligeant à procéder au reclassement professionnel interne du salarié concerné.

#### Lacune de cette réforme: maintien du délai de 52 semaines d'indemnisation maximal et de la fin automatique du contrat de travail

La pratique a malheureusement montré que la procédure du rapport médical circonstancié (R4) à travers le Contrôle médical de la sécurité sociale s'est avérée inefficace sinon trop lente de sorte que les salariés concernés étaient souvent démunis de toutes ressources et de protection une fois le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie épuisé à l'expiration des 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines.

À partir de la saisine de la Commission mixte, comme le compteur pour le calcul des 52 semaines de maladie n'est pas remis à zéro, il devrait au moins être suspendu jusqu'à la décision de la Commission afin d'éviter que les personnes concernées épuisent leurs droits à l'indemnité pécuniaire et ne puissent plus bénéficier d'un reclassement interne.

Si la Commission mixte a besoin d'un certain temps pour analyser le dossier, éventuellement demander des pièces complémentaires au médecin du travail, au salarié, à son médecin ou à l'employeur, il n'est pas équitable que cela porte préjudice au salarié et le prive d'un reclassement interne et d'une indemnisation.

En outre, comme après une décision de reclassement interne, le délai de 52 semaines d'indemnisation maximal n'est pas remis à zéro, souvent les salariés reclassés en interne ont presque épuisé le droit des 52 semaines d'incapacité de travail. Si par malheur ils tombent malade ou sont victimes d'un accident de travail, ils dépassent la limite des 52 semaines avec la nouvelle période d'incapacité de travail qui n'a rien à voir avec l'incapacité de travail pour laquelle ils ont été reclassés.

### 2.3.3. Sanction renforcée en cas de non-respect de la décision de reclassement interne

L'employeur qui refuse d'opérer le reclassement professionnel interne en l'absence de dispense de la Commission mixte est tenu de verser au Fonds pour l'emploi une taxe de compensation.

Jusqu'au 31 décembre 2015, cette taxe s'élevait à 50% du salaire social minimum pendant une durée maximale de 24 mois.

Cette taxe a été augmentée en la faisant correspondre au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne. Elle sera à verser tant que l'employeur ne respecte pas son obligation avec une durée maximale de 24 mois.

La réforme a en outre introduit une procédure pour le paiement de cette taxe.

Après avoir constaté le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, la Commission mixte arrête le montant et décide de la durée du paiement de la taxe de compensation.

La notification de l'injonction de payer une taxe de compensation émise par la Commission mixte s'effectue moyennant lettre recommandée.

En cas de désaccord, l'employeur doit former opposition, par écrit motivé, dans un délai de 15 jours à compter de la date de notification de l'injonction de payer la taxe de compensation moyennant notification, par lettre recommandée adressée à la Commission mixte.

En cas d'opposition, la Commission mixte prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire. Cette décision pourra faire l'objet d'un recours devant les juridictions de sécurité sociale.

À défaut d'opposition régulièrement notifiée, la taxe devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition.

En cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.

## 2.4. Simplification du calcul de l'indemnité compensatoire

Au cas où le reclassement interne ou externe implique une diminution du salaire antérieurement perçu, le salarié a droit à une indemnité compensatoire.

Jusqu'au 31 décembre 2015, l'ancien salaire était calculé sur la base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des 12 mois entiers précédant immédiatement la décision de reclassement et résultant du dernier contrat de travail en vigueur avant la décision de reclassement. Devaient être compris dans l'ancien salaire servant au calcul de l'indemnité compensatoire, les indemnités pécuniaires de maladie ainsi que les primes et les suppléments courants, à l'exclusion toutefois des salaires pour heures supplémentaires et de toutes indemnités pour frais accessoires exposés. La gratification et le 13<sup>ème</sup> mois étaient mis en compte à raison d'un 12<sup>ème</sup> par mois.

La nouvelle loi a simplifié le calcul de l'indemnité compensatoire en prenant comme référence le revenu cotisable au titre de l'assurance pension. L'indemnité compensatoire représente, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la différence entre le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel et le nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

## 2.5. Nouvelles modalités pour le reclassement professionnel externe

### 2.5.1. Création d'un statut protecteur de salarié en reclassement professionnel externe

La nouvelle loi a créé un statut spécifique de « personne en reclassement professionnel externe », afin d'éviter que le salarié en reclassement professionnel externe refuse d'occuper un nouveau poste de travail, du fait du risque de perdre, avec la cessation du nouveau contrat de travail, les droits liés à la décision de reclassement.

Ce statut garantit ainsi au bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel externe le maintien des droits résultant de la décision prise par la Commission mixte tant qu'il n'a pas récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel.

#### ***Reclassement externe et perte d'emploi***

Le salarié en reclassement professionnel externe qui perd son nouvel emploi pour une raison indépendante de sa volonté, garde son statut de personne en reclassement professionnel à condition de s'inscrire, dans les 20 jours à partir de la fin du contrat de travail, comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM.

### **Reclassement externe sans emploi**

Pour la personne en reclassement professionnel externe sans emploi, le maintien du statut est subordonné à la continuation de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM et de sa disponibilité pour le marché de l'emploi.

### **Reclassement interne et perte d'emploi**

Rappelons que l'employeur n'a pas le droit de procéder au licenciement du salarié reclassé en interne jusqu'à l'expiration du 12<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la décision lui imposant un reclassement professionnel interne.

Le salarié ayant bénéficié d'un reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'employeur ou suite à un licenciement collectif, est en droit de saisir la Commission mixte, dans les 20 jours à partir de la fin du contrat de travail en vue d'un reclassement professionnel externe. La Commission mixte saisit alors le médecin du travail, qui fait parvenir à la Commission mixte son avis motivé portant sur les capacités résiduelles de la personne reclassée. Au cas où elle n'a pas récupéré les capacités nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant au poste de travail qu'elle occupait avant la décision de reclassement professionnel interne, la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe. Si le médecin du travail constate que la personne reclassée a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, la Commission mixte refuse le reclassement professionnel externe.

## **2.5.2. Remplacement de l'ancienne indemnité d'attente**

Si, au terme de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage, y compris la durée de prolongation éventuelle, le salarié sous statut de personne en reclassement professionnel pouvant se prévaloir d'une aptitude d'au moins dix ans au dernier poste de travail, constatée par le médecin du travail, ou d'une ancienneté de service d'au moins dix ans, n'a pas pu être reclassé sur le marché du travail, il bénéficie, sur décision de la Commission mixte d'une indemnité *professionnelle* d'attente.

### **Des nouvelles conditions d'obtention plus strictes**

Il faut dorénavant que le demandeur puisse se prévaloir d'une aptitude d'au moins dix ans au dernier poste de travail, constatée par le médecin du travail compétent, ou d'une ancienneté de service d'au moins dix ans.

### **Un revenu de remplacement dissocié de toute logique de pension**

Avant le 31 décembre 2015, le montant de l'indemnité d'attente correspondait à la pension d'invalidité à laquelle le salarié aurait eu droit. Afin de la rendre cotisable, la réforme l'a détachée de toute logique de pension. Ce qui lui attribue les caractéristiques d'un revenu de remplacement payé en continuation du chômage.

Cette indemnité professionnelle d'attente s'élève à 80% du revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel, ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, avec application du même plafond qu'en matière de chômage.

Elle sera soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaires et sera ainsi prise en considération ultérieurement lors du calcul de la pension.

Le financement y relatif est pour moitié à charge de l'organisme de pension et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi.

## **2.5.3. Possibilité d'affecter le demandeur d'emploi en reclassement externe à des travaux d'utilité publique**

La réforme permet au demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe d'être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'État, des communes et des syndicats communaux, des établissements publics et des fondations pour une durée de quatre mois au moins. Les promoteurs doivent fournir une description précise de la nature des travaux envisagés et prévoir la désignation d'un tuteur devant assister et encadrer le demandeur d'emploi en question.

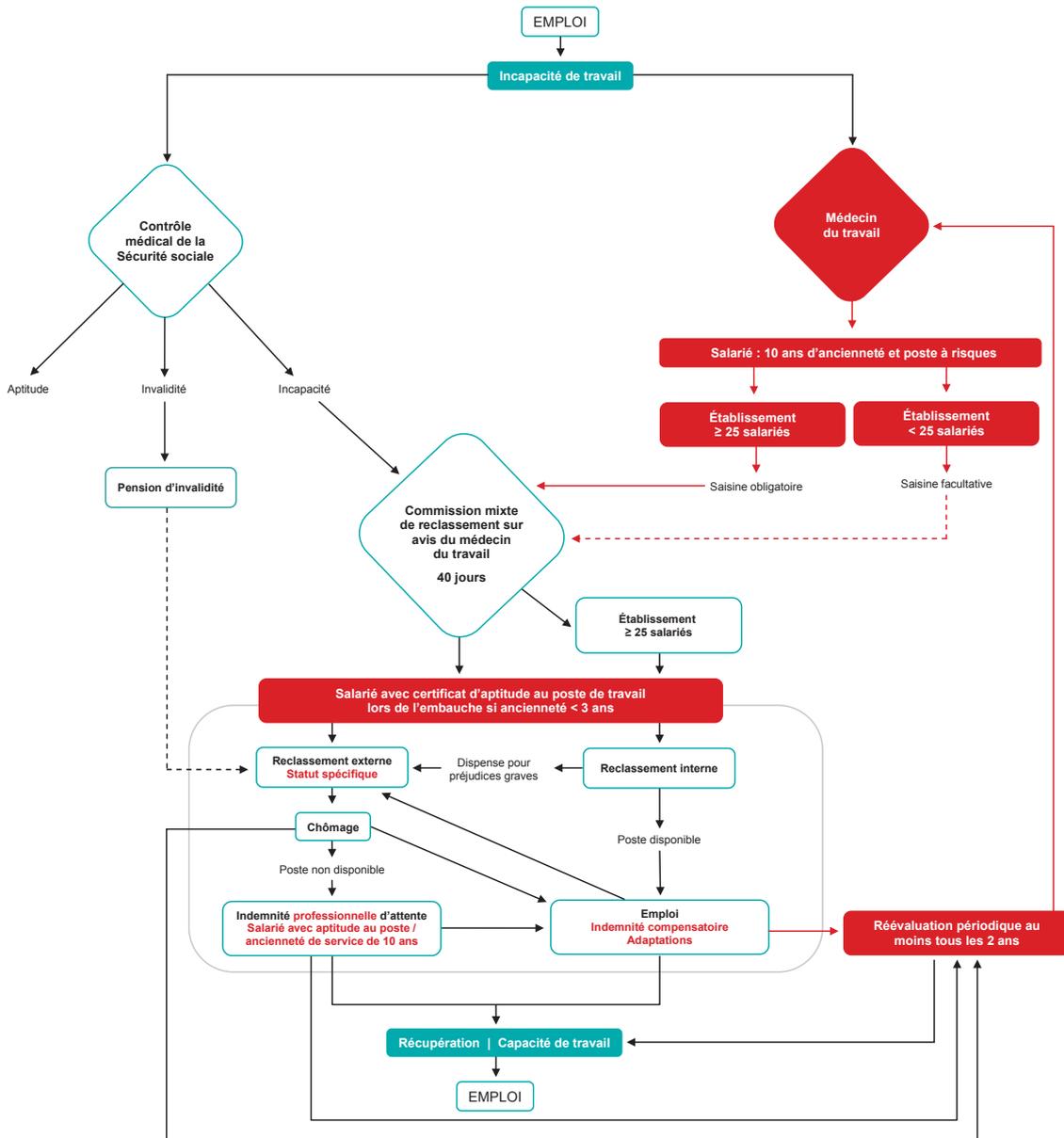


## Les nouveautés en un coup d'œil

Cette nouvelle mesure est largement inspirée par l'occupation temporaire indemnifiée et vise à procurer une occupation valorisante au demandeur d'emploi ayant le statut de personne en reclassement professionnel externe et qui, du fait de son statut, perçoit une indemnité pendant sa période d'inactivité.

### 2.6. La procédure de reclassement

Les nouveautés sont indiquées en rouge.





# GUIDE PRATIQUE : LA MALADIE DU SALARIÉ

1. La déclaration de l'incapacité de travail
2. La rémunération du salarié malade
3. La protection contre le licenciement du salarié malade
4. Le contrôle du salarié malade
5. Les effets de la procédure de reclassement

## Note de lecture :

Les modifications apportées par la loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif de reclassement figurent en rouge. Elles sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les modifications apportées par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. le Code du Travail ; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale figurent en vert. Elles sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2015.

# 1 LA DÉCLARATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

L'incapacité de travail du salarié l'empêche d'exécuter sa prestation de travail. La loi a cependant mis en place des mécanismes qui le protègent sous certaines conditions. Ces mécanismes jouent tant lors d'une maladie initiale que de sa prolongation.

## 1.1. Envers son employeur

Le salarié incapable de travailler a deux obligations<sup>8</sup> :

- ▶ **Le premier jour de son absence**, il doit avertir l'employeur ou un représentant de celui-ci de son incapacité de travail afin qu'il s'organise et connaisse les motifs de son absence.

Le salarié peut effectuer cette information personnellement ou par l'intermédiaire d'une tierce personne (par exemple son conjoint, un autre membre de la famille ou un ami).

L'information peut être faite de façon écrite (par exemple par fax ou sms) ou orale (par exemple par téléphone). Elle doit seulement être claire quant à son contenu.

La loi n'exige pas que le salarié avertisse l'employeur lui-même. Néanmoins, il doit informer son supérieur hiérarchique ou toute autre personne déléguée à cette fin par l'employeur. Ainsi ne doit-il pas se contenter de prévenir le collègue de son choix.

La loi oblige le salarié à effectuer l'avertissement « le jour même de l'empêchement ». Il est admis que le salarié a jusqu'à l'heure de fermeture normale de l'entreprise pour informer son entreprise. Une décision de justice a même étendu ce délai jusqu'à minuit (Arrêt de la Cour du 12 mars 2015, n°40824 du rôle, Infos Juridiques CSL, n°04/2015, page 6).

En pratique, il est conseillé au salarié de prévenir son employeur le plus rapidement possible, afin que celui-ci puisse organiser son remplacement. En fonction des circonstances, le salarié peut ne pas être en mesure de donner cet avertissement dans un temps proche de son heure de début de travail tel que prévu dans son contrat de travail, pour de justes motifs qui lui faudra établir en cas de litige ultérieur.

À noter que le salarié doit pouvoir établir qu'il a rempli son obligation d'information envers son employeur. Cette preuve peut être rapportée par tous moyens (relevés téléphoniques, attestations testimoniales par exemple).

- ▶ **Le troisième jour au plus tard de son absence**, le salarié doit soumettre à son employeur un certificat médical<sup>9</sup>.

Il convient de remarquer qu'il ne suffit pas au salarié de démontrer qu'il a remis le certificat dans le délai imparti à son employeur. Il doit au contraire prouver que celui-ci a reçu le certificat avant l'expiration des 3 jours. La preuve peut se faire par tous moyens.

**Attention :** Le délai de 3 jours dans lequel le salarié doit remettre son certificat médical à son employeur pour être protégé contre un licenciement est un délai préfix<sup>10</sup> non susceptible de prolongation ou de suspension. Peu importe qu'il inclut un dimanche ou d'autres jours chômés (Cour d'appel, 8 octobre 2009, n°33834 du rôle, Infos Juridiques CSL, n°2/10, page 10). Les juges tiennent néanmoins compte des jours de fermeture des services postaux pour excuser le salarié diligent, qui du fait des délais postaux, n'a pas pu respecter son obligation.

<sup>8</sup> Article L.121-6 du Code du travail.

<sup>9</sup> Les certificats médicaux provenant de médecins établis à l'étranger ont la même valeur probante que ceux établis par des médecins installés au Grand-duché de Luxembourg (Cour d'appel, 14 juillet 2005, n°29493). Par contre, s'ils ne sont pas établis dans une langue administrative officielle du pays (allemand, français et luxembourgeois), ils doivent être accompagnés d'une traduction.

<sup>10</sup> Un délai préfix est un délai accordé pour accomplir un acte, à l'expiration duquel on est frappé d'une forclusion. Le délai préfix ne peut, en principe, ni être interrompu, ni suspendu.



À noter que les deux obligations décrites ci-avant doivent être remplies cumulativement.

Le fait que le salarié ne remplit aucune des deux obligations peut constituer une faute grave et justifier un licenciement avec effet immédiat.

La solution est cependant différente si le salarié a informé son employeur le premier jour de son absence, mais qu'il omet de lui faire parvenir le certificat médical endéans les 3 jours.

Les situations sont à apprécier au cas par cas<sup>11</sup>. Même si le salarié n'a pas respecté scrupuleusement la loi, le licenciement n'est pas toujours justifié. La bonne foi doit guider la démarche des deux parties. Les juges sont, de manière générale, assez cléments envers les salariés quand ils arrivent à prouver que l'employeur avait connaissance de leur maladie, mais profite d'un retard dans le respect de l'une de ces deux obligations pour les licencier.

Si le salarié a satisfait aux obligations lui imposées par la loi, il est protégé contre un licenciement, même pour faute grave.

Cette protection est cependant limitée dans le temps : les salariés sont protégés contre un licenciement pendant 26 semaines consécutives à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.

Cette protection contre un licenciement ne fait pas obstacle à l'échéance d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD).

Si, malgré l'interdiction, l'employeur procède au licenciement du salarié malade, cette rupture du contrat est considérée comme abusive<sup>12</sup> et donne lieu, le cas échéant, au paiement de dommages-intérêts.

L'interdiction de licencier un salarié malade n'est cependant pas absolue. Dans plusieurs cas, l'employeur peut licencier le salarié malgré le fait que celui-ci soit malade :

- il est malade en raison d'un crime ou d'un délit auquel il a participé ;
- il remet le certificat médical à l'employeur après avoir reçu la lettre de licenciement ou la convocation à l'entretien préalable.

Il existe cependant une exception. Si le salarié a dû être hospitalisé d'urgence, il dispose d'un délai de 8 jours pour remettre le certificat médical. S'il est licencié avant qu'il n'ait pu soumettre le certificat, le licenciement est considéré comme nul<sup>13</sup> et sans effet.

Selon la jurisprudence, une hospitalisation transitoire de quelques heures n'est pas à considérer comme hospitalisation urgente au sens de l'article L.121-6 du Code du travail.

### **Quelles sont les obligations du salarié malade en cas de prolongation de son incapacité de travail initiale ?**

Le fait que le salarié a été malade auparavant n'implique pas automatiquement que la nouvelle absence soit due à la même cause et ne dispense pas le salarié d'informer l'employeur de la prolongation de son incapacité de travail pour cause de maladie (Cour d'appel, 14 juillet 2005, n°29086).

Les deux mêmes obligations que lors de sa maladie initiale pèsent sur le salarié (Cour d'appel, 9 mars 2006, n°29882) : information le jour où il aurait dû reprendre le travail et remise du certificat au plus tard le troisième jour.

La Cour a décidé dans un arrêt du 30 janvier 1997 (n°18791 et n°18841 du rôle) que le délai de protection déclenché par la remise d'un certificat de maladie couvre cette période sur des journées entières et que le droit pour licencier n'est recouvert que le premier jour ouvrable<sup>14</sup> qui suit celui couvert par le certificat de maladie.

Par application dans un litige du 13 juillet 2006 (n°29338 du rôle), il a été tenu compte du fait que le salarié était en maladie du 21 juillet au vendredi 1<sup>er</sup> août inclus suivant certificat de maladie pour considérer que le licenciement ayant eu lieu le samedi est intervenu en cours de protection légale contre le licenciement et est donc abusif, alors que le salarié bénéficiait d'une protection jusqu'au lundi 4 août.

11 Voir l'aperçu de jurisprudence sur le licenciement lié à la maladie du salarié sur le site [www.csl.lu](http://www.csl.lu).

12 Licenciement abusif : voir glossaire.

13 Licenciement nul : voir glossaire.

14 Selon l'article 1260 du Nouveau code de procédure civile, tout délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche, un jour férié légal est prorogé jusqu'au 1<sup>er</sup> jour ouvrable suivant. Sont donc à considérer comme jours ouvrables les jours de la semaine du lundi au vendredi inclus.

Dans l'hypothèse d'une prolongation de maladie, il apparaît que les juges ont plus tendance à sanctionner les employeurs, qui ont connaissance du fait que le salarié est bel et bien malade (hospitalisation pour une opération qui a pu entraîner des complications par exemple), mais profitent de l'omission par le salarié de les avertir le 1<sup>er</sup> jour suivant la fin du certificat initial ou de la non-réception du certificat médical dans le délai de trois jours pour le licencier.

### Le congé et la maladie du salarié

Au cas où le salarié tombe malade pendant son congé, il doit en avertir son employeur et lui remettre un certificat médical dans les 3 jours s'il se trouve au Luxembourg.

S'il est à l'étranger, il doit faire le nécessaire pour que le certificat parvienne à l'employeur dans les meilleurs délais.

La remise du certificat est importante, car les journées de maladie reconnues comme telles par un certificat médical ne sont pas considérées comme jours de congé. Le salarié doit néanmoins reprendre le travail à la date initialement convenue avec l'employeur, à condition évidemment qu'il ne soit plus incapable de travailler.

## 1.2. Envers la Caisse nationale de santé

Dans tous les cas où un certificat médical d'incapacité de travail est requis, l'assuré déclare l'incapacité, ainsi que son lieu de séjour lorsque celui-ci est différent de son adresse habituelle, à la Caisse nationale de santé (CNS).

Pour déclarer l'incapacité de travail, les salariés utilisent exclusivement les formulaires délivrés par un médecin<sup>15</sup>.

Ce formulaire comprend trois volets<sup>16</sup> et doit contenir obligatoirement les données suivantes :

- le matricule luxembourgeois de la personne concernée ;
- les dates de début et de fin de l'incapacité de travail ;
- la date du constat de l'incapacité de travail ;
- facultativement le code de la maladie.

Le salarié adresse le premier volet du formulaire — c'est-à-dire l'original — au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré<sup>17</sup> d'incapacité de travail (le cachet de la poste fait foi), à l'adresse suivante :

#### CAISSE NATIONALE DE SANTÉ

Indemnités pécuniaires  
L-2979 LUXEMBOURG

Comme il n'est pas toujours possible aux travailleurs frontaliers de se faire délivrer les certificats d'incapacité de travail dans la forme prévue par les statuts de la CNS, voici quelques recommandations pour faciliter la déclaration<sup>18</sup> :

- ▶ frontaliers français : l'avis d'arrêt de travail français présente un volet n°1 à adresser à la CNS ainsi qu'un volet destiné à l'employeur ;
- ▶ frontaliers allemands : le formulaire allemand « Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung » présente un volet à adresser à la CNS ainsi qu'un volet destiné à l'employeur ;
- ▶ frontaliers belges : comme la majorité des certificats comporte un seul volet, il est opportun de demander au médecin un duplicata pour le remettre à l'employeur.

15 Les certificats médicaux provenant de médecins établis à l'étranger ont la même valeur probante que ceux établis par des médecins installés au Grand-duché de Luxembourg (Cour d'appel, 14 juillet 2005, n°29493). Par contre, s'ils ne sont pas établis dans une langue administrative officielle du pays (allemand, français et luxembourgeois), ils doivent être accompagnés d'une traduction.

16 Pour les certificats établis au Grand-duché du Luxembourg. Pour les certificats établis en un seul exemplaire, il incombe au salarié de faire des copies.

17 Jour ouvré : voir glossaire.

18 Source : <http://www.cns.lu/assures/>



Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, le 1<sup>er</sup> volet du certificat doit être envoyé à la Caisse nationale de santé avant l'expiration du deuxième jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail.

Si le dernier jour du délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Le salarié transmet le deuxième volet du certificat à son employeur, qui doit l'obtenir le troisième jour de son absence. Le salarié doit pouvoir établir que son employeur a reçu le certificat avant l'expiration des 3 jours. La preuve peut se faire par tous moyens.

**Attention :** Le délai de 3 jours dans lequel le salarié doit remettre son certificat médical à son employeur pour être protégé contre un licenciement est un délai préfix non susceptible de prolongation ou de suspension. Peu importe qu'il inclut un dimanche ou d'autres jours chômés (Cour d'appel, 8 octobre 2009, n°33834 du rôle, Infos Juridiques CSL, n°2/10, page 10). Les juges tiennent néanmoins compte des jours de fermeture des services postaux pour excuser le salarié diligent, qui du fait des délais postaux, n'a pas pu respecter son obligation.

Le troisième volet du certificat est conservé par l'assuré pour ses propres besoins éventuels.

### Articles 171 et 209 des statuts de la CNS :

« La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés en vertu du Code de la sécurité sociale.

La personne susceptible de contrôle qui présente les caractéristiques d'un absentéisme correspondant à un profil basé sur des algorithmes définis par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé a l'obligation de communiquer toute absence au travail pour cause de maladie ou d'accident dès le premier jour d'absence par téléphone, fax ou voie électronique à la Caisse nationale de santé. Au cas où le premier jour de l'absence correspond à un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable. L'obligation de ce faire lors de tout arrêt de travail lui est communiquée par écrit par la Caisse nationale de santé. Cette obligation perdure pendant un délai de douze mois à compter de cette communication. Le comité directeur peut proroger ce délai à 24 mois. »

## 2 LA RÉMUNÉRATION DU SALARIÉ MALADE

### 2.1. Le maintien de la rémunération par l'employeur

#### 2.1.1. La durée pendant laquelle le salarié bénéficie du maintien de sa rémunération

Le salarié ayant droit au maintien intégral de son salaire, il s'agit d'un véritable droit à la conservation de son salaire, jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail, pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs<sup>19</sup>. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

Quand l'employeur a complété la période de 77 jours, il est toutefois obligé de maintenir le paiement de la rémunération jusqu'à la fin du mois en cours. Si les 77 jours sont atteints au dernier jour du mois, il a rempli ses obligations et l'indemnisation d'éventuelles périodes d'incapacité de travail ultérieures est à charge de la CNS. Si par contre les 77 jours sont atteints le premier jour d'un mois, la charge de l'indemnisation ne passe à la CNS qu'au premier jour du mois suivant.

<sup>19</sup> Article L.121-6 du Code du travail.

Afin d'exclure le retour de la charge de l'indemnisation de la CNS vers l'employeur par le jeu du changement des mois compris dans la période de référence dès le mois suivant celui au cours duquel la période de 77 jours a été parfaite, la loi prévoit que si la durée du maintien de la rémunération prise en compte tombe au-dessous de 77 jours, la charge retourne à l'employeur au plus tôt au début du mois suivant.

À la fin de chaque mois au plus tard, l'employeur sait si pour le mois suivant entier, il continue à supporter la charge du maintien de la rémunération ou si l'indemnisation de son salarié est à la charge de la CNS. Dans le premier cas, l'employeur verse le salaire mensuel habituel sans se préoccuper d'une incapacité éventuelle survenant avant la fin du mois.

### Exemples :

Si le 77<sup>ème</sup> jour tombe le 1<sup>er</sup> jour du mois, l'employeur maintient la rémunération jusqu'à la fin du mois en cours. La CNS prend le relais le 1<sup>er</sup> du mois suivant.

Si le 77<sup>ème</sup> jour tombe en cours de mois, l'employeur maintient le paiement de la rémunération jusqu'à la fin du mois en cours. La CNS prend le relais le 1<sup>er</sup> du mois suivant.

Si le 77<sup>ème</sup> jour est atteint le dernier jour du mois, l'employeur est déchargé le 1<sup>er</sup> du mois qui suit. La CNS prend le relais à partir de cette date.

### À noter :

Cette période de 77 jours se décompte en jours de calendrier<sup>20</sup> (et non en jours ouvrables).

La CNS dresse le décompte cumulatif des incapacités de travail sur base des déclarations mensuelles effectuées par l'employeur ainsi que des certificats médicaux reçus de la part du salarié.

La CNS prévient l'employeur lorsqu'il doit cesser ou reprendre le paiement des salaires en cas d'incapacité de travail d'un salarié.

En cas de maladie interrompue, la condition des 77 jours est vérifiée chaque mois par la CNS.

En cas de changement d'employeur, le compteur des 77 jours repart à zéro.

En cas de cessation du contrat de travail (Contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission dans une relation de travail intérimaire, licenciement dans le cadre d'un CDI), l'employeur est seulement tenu de payer le salaire jusqu'à l'échéance dudit contrat. Le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu par la CNS, à condition que le salarié ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation (la condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours).

## Exemple de calcul du seuil de 77 jours et détermination de la charge de paiement

2009												
Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Jour d'incapacité de travail	3	28	31	30	15	0	2	2	1	0	1	1
Cumul 12 mois	3	31	62	92	92	92	92	92	92	92	92	92
Charge	Empl.	Empl.	Empl.	Empl.	CNS	CNS	CNS	CNS	CNS	CNS	CNS	CNS

2010							
Mois	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.
Jour d'incapacité de travail	5	2	1	3	0	0	1
Cumul 12 mois	89	61	31	4	4	4	5
Charge	CNS	CNS	Empl.	Empl.	Empl.	Empl.	Empl.

L'employeur doit assurer la coordination de la rémunération de janvier à avril 2009, c-à-d jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail à sa charge pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. La charge revient à l'employeur au début du mois de mars 2010, la charge de la caisse s'arrêtant à la fin du mois au cours duquel la limite de 77 jours à charge de l'employeur n'est plus atteinte [c-à-d au mois de février 2010].

Source : [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

<sup>20</sup> Jours de calendrier : voir glossaire.



**Attention :** Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le droit au maintien de la rémunération par l'employeur cesse en cas de décision de refus de prise en charge<sup>21</sup> émise par la Caisse nationale de santé (CNS). Cette décision s'impose donc à l'employeur.

La CNS peut désormais prendre une décision de refus s'imposant en matière de droit du travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

La CNS peut prendre une telle décision lorsque le médecin conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale constate la capacité de l'assuré<sup>22</sup>, comme en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie (non-présentation de l'assuré au contrôle médical sans motif valable par exemple).

Cette décision de refus de la CNS sera notifiée à l'employeur en lui enjoignant de ne plus verser de rémunération au salarié malade.

Un recours est possible devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé dans les 40 jours de la notification, puis devant les juridictions de sécurité sociale (Conseil arbitral de la sécurité sociale en première instance et Conseil supérieur de la sécurité sociale en appel).

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

### Quand l'employeur doit-il stopper la conservation de la rémunération ?

La loi énonce que cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les 40 jours de la notification.

Selon l'Inspection du travail et des mines<sup>23</sup>, l'employeur qui a été informé par la CNS que le salarié a été déclaré apte à reprendre le travail à partir d'une certaine date, est obligé de cesser de payer le salaire au salarié durant la période du maintien du salaire, bien que le salarié soit en possession de nouveaux certificats de maladie allant au-delà de cette date.

Si le recours du salarié aboutit à la reconnaissance de son incapacité de travail, le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli. L'employeur en sera informé par la CNS.

L'employeur devra verser les salaires dus au titre du maintien de la rémunération rétroactivement. Le salarié voyant son incapacité de travail confirmée ne doit pas subir de perte de rémunération.

### 2.1.2. Le montant de la rémunération du salarié malade

Le salarié absent pour cause de maladie doit toucher la même rémunération que s'il était venu travailler. Il ne doit pas subir de préjudice du fait qu'il est absent pour un motif indépendant de sa volonté.

La période correspondant à une absence pour cause de maladie du salarié est par conséquent à assimiler à une période de travail effectif, au même titre que l'absence due à un congé de maternité.

Le congé de maladie donne droit au congé annuel de récréation. À noter en outre qu'une jurisprudence de la Cour de Justice des communautés européennes (CJCE)<sup>24</sup> précise que le salarié ne doit pas être déchu de son droit au congé annuel si du fait de son absence prolongée pour maladie, il n'a pas pu prendre son congé dans le délai légal. (CJCE du 20 janvier 2009 dans les affaires C-350/06 et C-520/06). La Cour confirme donc qu'un salarié absent pour cause de maladie doit être traité comme un salarié qui est au travail.

Étant donné que le salarié absent pour cause de maladie doit être rémunéré comme s'il était au travail, toutes les majorations du salaire de base dues pour :

- travail supplémentaire ;
- travail de jour férié légal ;
- travail de nuit ;
- travail de dimanche ;

21 Cette décision de refus entraîne la cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire.

22 Le contrôle de l'incapacité de travail par le CMSS peut avoir lieu pendant la période de maintien du salaire.

23 ITM, Bulletin juridique n°1.

24 Devenue la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

que le salarié en question aurait touchées en cas de travail effectif, doivent lui être versées au cours de la période de maintien intégral de sa rémunération (arrêt de la Cour d'appel du 18 octobre 2012, n°37413 du rôle, confirmé par un arrêt de la Cour de cassation du 4 juillet 2013, n°54/13).

Ainsi, si au cours de la période de maladie du salarié, il était prévu (avant qu'il ne tombe malade) qu'il travaille de nuit, le salarié en question doit avoir droit aux majorations de son salaire de base prévues par son contrat individuel de travail ou la convention collective applicable. Il en sera de même si du travail de jour férié légal, du travail de dimanche ou du travail supplémentaire était fixé au cours de cette période.

Si le salarié est soumis à un plan d'organisation du travail, la détermination de la rémunération revenant au salarié pour la période d'absence pour cause de maladie doit se baser sur ce plan et donc tenir compte des jours de travail tombant un dimanche, un jour férié, des heures de travail de nuit, ainsi que le cas échéant du travail supplémentaire.

**Attention :** En cas de litige, il appartient au salarié de prouver qu'il aurait dû prêter des heures de travail rémunérées à un taux majoré durant son incapacité de travail.

### 2.1.3. Le remboursement de l'employeur par la Mutualité des employeurs

La Mutualité des employeurs (Mutualité) a été créée par la loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique.

Cette institution de sécurité sociale a pour objet de prémunir les employeurs contre le coût financier que représente la continuation du paiement des salaires aux travailleurs frappés d'une incapacité de travail, obligation patronale dont bénéficient l'ensemble des salariés, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

La Mutualité a pour rôle de rembourser les employeurs à hauteur de 80%, 100% dans certains cas<sup>25</sup>, du coût occasionné par le principe du maintien de la rémunération exposé ci-dessus.

Toutes les entreprises occupant des salariés sont obligatoirement affiliées à la Mutualité.

La Mutualité est ouverte, par ailleurs, sur base d'une affiliation volontaire, aux travailleurs non-salariés. Le couple non salarié-aidant est inséparable pour l'affiliation à la Mutualité.

Les employeurs du secteur public (pour ce qui est de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps) et les ménages sont exemptés de l'affiliation.

#### **Calcul des prestations**

Le remboursement à l'employeur de la rémunération qu'il est obligée de payer à ses salariés incapables de travailler jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs est déterminé sur base :

1. de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question ;
2. des heures totales correspondant à cette assiette ;
3. des heures réclamées à titre de remboursement.

Sont considérées comme heures totales les heures de travail effectivement prestées, à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel, les heures correspondant au congé politique ainsi que les heures correspondant aux différents congés spéciaux définis dans le Code du travail (congé pour la recherche d'un nouvel emploi, temps de repos de compensation pour heures supplémentaires, congé pour mandats sociaux, etc.).

Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures réclamées et des heures totales, les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait dû travailler.

<sup>25</sup> Article 14 des statuts de la Mutualité des employeurs.



Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base que les heures totales définies ci-dessus.

Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur doit faire parvenir au Centre commun de la sécurité sociale une copie du certificat médical, sauf si l'incapacité de travail ne dépasse pas deux jours ouvrés.

Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de 80% de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour :

- l'assurance pension ;
- l'assurance maladie, en ce qui concerne tant le financement de l'indemnité pécuniaire que des soins de santé ;
- l'assurance accident.

Le montant à rembourser est mis au crédit de l'entreprise sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues. Un solde positif sur l'extrait de compte peut être liquidé sur demande expresse de l'employeur.

Les éventuelles contestations sont à porter devant le Conseil d'administration de la Mutualité.

### **Remboursement intégral de l'employeur**

Afin de ne pas soumettre les entreprises à des charges supplémentaires en raison de l'absence de salariés ou d'apprentis pendant la période d'essai, la loi retient le remboursement intégral par la CNS, via la Mutualité, des sommes exposées par l'employeur, au bénéfice, des apprentis et salariés malades en période d'essai. La période à prendre en considération comprend le mois de calendrier entier au cours duquel se situe la fin de la période d'essai ou la fin des trois premiers mois d'une période d'essai plus longue.

En outre, la Mutualité procédera, pour le compte de la CNS, pendant la période de continuation de la rémunération, à un remboursement intégral de la rémunération payée (augmentée de la part patronale des cotisations sociales) dans les cas suivants :

- congé pour raisons familiales ;
- congé d'accompagnement.

### **Personnel engagé dans les ménages privés**

Une procédure simplifiée existe pour la déclaration du personnel engagé dans les ménages privés, afin d'éviter une recrudescence du travail clandestin dans ce secteur. Les ménages sont exemptés de l'affiliation à la Mutualité des entreprises.

Pendant la période de la conservation de la rémunération, l'employeur continue à indemniser les incapacités de travail et sera remboursé intégralement par la CNS sur déclaration écrite. Après cette période, la CNS payera les prestations directement à l'assuré.

### **Mode de calcul des cotisations des employeurs**

Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire. Toutefois, aucune cotisation à la Mutualité n'est prélevée sur l'indemnité pécuniaire elle-même.

Les entreprises affiliées obligatoirement sont réparties en 4 classes de cotisation en fonction du taux d'absentéisme financier de leurs salariés au cours d'une période d'observation.

Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise, on entend la fraction définie :

- au numérateur par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés au cours de la période d'observation ;
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise pour la même période.

Ne sont prises en compte :

- ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois ;



- ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ni les absences correspondant à un congé maternité ou d'accueil ;
- ni les absences correspondant à un congé pour raisons familiales ;
- ni les absences correspondant à un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond :

- à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 juin 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2009 ;
- à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2010 ;
- aux trois exercices pleins précédant l'exercice de cotisation d'une année, à partir de l'exercice 2011.

Les taux de cotisation des 4 classes sont fixés à :

Classe de risque	1	2	3	4
Taux de cotisation 2016	0,46%	1,21%	1,85%	2,93%
Taux de cotisation 2015	0,51%	1,32%	1,94%	3,04%
Taux de cotisation 2014	0,47%	1,25%	1,76%	2,63%
Taux de cotisation 2013	0,42%	1,33%	1,83%	2,64%
Taux de cotisation 2012	0,48%	1,42%	2,05%	2,74%
Taux de cotisation 2011	0,62%	1,48%	2,01%	2,38%
Taux de cotisation 2010	0,88%	1,36%	1,77%	2,01%
Taux de cotisation 2009	0,35%	1,44%	1,93%	2,29%
Taux d'absentéisme financier à partir de 2011	<0,65%	<1,60%	<2,50%	≥2,50%
Taux d'absentéisme financier jusqu'en 2010	<0,75%	<1,75%	<2,75%	<2,75%

Source : [www.mde.lu](http://www.mde.lu)

### 2.1.4. Les déclarations par l'employeur<sup>26</sup>

En vue de financer les prestations de sécurité sociale, le Centre commun de la sécurité sociale perçoit des cotisations déterminées sur base de la rémunération des salariés.

À cet effet, les employeurs sont obligés de déclarer tous les mois les salaires bruts effectifs.

Il convient de relever que le salaire mensuel à déclarer doit être ventilé en rémunération de base et en compléments et accessoires payables mensuellement en espèces :

- la rémunération de base est celle qui est fixe et qui doit, selon le droit du travail, être définie comme telle dans le contrat de travail. Sont inclus dans la rémunération de base :
  - les suppléments dont l'attribution même dépend de la réalisation de certains aléas ou de certaines conditions mais dont le montant reste fixe d'un mois à l'autre (p.ex. allocation de famille en cas de mariage, prime de formation payée au profit des salariés ayant suivi certains cours de formation professionnelle, prime de responsabilité),
  - les augmentations de droit s'opérant en vertu des dispositions d'ordre public concernant le salaire social minimum et l'adaptation automatique de la rémunération à l'évolution du coût de la vie ainsi que les majorations régulières prévues par le contrat de travail ou des conventions collectives de travail.
- les compléments et accessoires sont définis comme étant des éléments de rémunération en espèces qui sont payables mensuellement mais dont le montant est susceptible de variation d'un mois à l'autre (p.ex. prime de rendement, commissions, prime sur objectifs). Ils se distinguent ainsi des éléments de salaire occasionnels tels que les gratifications.

<sup>26</sup> Source : <http://www.ccass.lu/salaries/remuneration/>



## Guide pratique : La maladie du salarié

Il est à noter que la dénomination que les parties ont conférée à ce complément (indemnité, allocation, prime, etc.) n'importe pas.

Outre la rémunération de base et les compléments et accessoires, l'employeur est obligé de communiquer au Centre commun toutes les autres informations relatives aux assiettes cotisables.

Ainsi l'employeur doit déclarer le nombre exact des heures de travail qui correspondent effectivement à la rémunération de base (et non pas d'office la moyenne mensuelle de 173 heures). Sont visées les heures de travail effectivement prestées par le salarié, à l'exclusion des heures supplémentaires. La règle de l'arrondi commercial, en la transposant aux heures de travail, conduit à arrondir les heures de travail vers le haut si le nombre de minutes atteint ou dépasse 30 minutes et vers le bas si le nombre d'heures de travail est inférieur à 30 minutes.

Sont assimilées aux heures de travail, les heures correspondant à une indemnisation à charge de l'employeur pour cause d'incapacité de travail ainsi que celles correspondant à des congés légaux (par exemple : congé annuel payé de récréation, congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel, congé pour la recherche d'un nouvel emploi ou temps de repos de compensation pour heures supplémentaires).

Ne doivent toutefois pas être incluses dans la déclaration des heures de travail, les heures d'absence pour incapacité de travail à charge de la Caisse nationale de santé. Il en est de même des jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

L'employeur est obligé de déclarer séparément la rémunération des heures supplémentaires non majorées (100%) et les heures correspondantes. Le montant des heures supplémentaires est exempt du paiement de cotisations sociales sauf pour les risques maladie (soins de santé) et dépendance. Les majorations sur les heures supplémentaires ne sont pas à déclarer. Par ailleurs, les heures supplémentaires non rémunérées mais compensées par du temps de repos rémunéré ou comptabilisées sur un compte épargne temps ne sont pas non plus à déclarer.

L'employeur doit également déclarer les gratifications, participations, avantages en espèces et en nature. Il s'agit de toutes les rémunérations en nature ainsi que celles en espèces qui ne sont pas payables mensuellement. Elles sont cotisables pour tous les risques à l'exception du risque maladie-espèces. Les recettes provenant de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur et l'allocation de repas ne sont pas cotisables et partant ne sont pas à déclarer.

Le chômage intempéries et le chômage conjoncturel ainsi que les heures afférentes sont à déclarer également alors que ces éléments sont cotisables pour tous les risques sauf pour l'assurance accidents.

Les informations ayant trait au salaire d'un mois déterminé sont collectées par le Centre commun au moyen :

- d'une liste de salaires, qui est envoyée à l'employeur ou, le cas échéant, à son mandataire au début du mois suivant ;
- de la procédure en ligne SECUline<sup>27</sup>.

La liste de salaires reproduit pour chaque assuré les informations déclarées par l'employeur pour le mois précédent.

L'employeur est obligé de vérifier l'exactitude des données pré-imprimées sur la liste et de faire les rectifications éventuelles.

Les listes de salaires dûment complétées sont à retourner dans les 10 jours au Centre commun.

Les amendes d'ordre pour non-déclaration de salaires sont prononcées trimestriellement par une décision présidentielle à raison de 25 euros par salaire manquant.

<sup>27</sup> SECUline est un système normalisé et sécurisé de communication électronique, il peut être utilisé par tout employeur pour toutes ses communications avec le Centre commun de la sécurité sociale. L'utilisation de SECUline fait l'objet d'abord d'une demande d'un numéro d'identification SECUline auprès du CCSS. Pour plus d'informations : <http://www.ccss.lu/seculine/>



**Tableau récapitulatif des éléments à déclarer et des assiettes cotisables**

Éléments à déclarer par l'employeur	Heures à déclarer	Maladie espèces	Maladie soins	Mutualité	Pension	Accident	Dépendance	Santé au travail
Rémunération de base	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Compléments et accessoires payables mensuellement en espèces	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rémunération heures supplémentaires, à l'exclusion des majorations sur ces heures	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non
Majorations sur heures supplémentaires	Non	Ne sont pas à déclarer !						
Gratifications, participations, avantages en espèces et en nature	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Chômage intempéries / conjoncturel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non

Source : [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

## 2.2. L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé

### 2.2.1. Point de départ

L'indemnité pécuniaire prend cours à l'expiration de la période de maintien de la rémunération par l'employeur, soit à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.

### 2.2.2. Nécessité pour l'assuré de répondre à toute demande de renseignements, documents ou pièces par la Caisse nationale de santé (CNS) ou le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

L'indemnité pécuniaire est accordée par la CNS, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'indemnité pécuniaire était accordée par la CNS, sur avis du CMSS, qui se prononçait sur base du rapport médical circonstancié établi par le médecin traitant du salarié.

Par rapport médical circonstancié on entend le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au CNSS et accepté comme tel par celui-ci.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, l'indemnité pécuniaire n'est pas payée par la CNS si le salarié ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la CNS ou le CMSS.

Est visé également ici le rapport médical circonstancié R4, qui sera dorénavant demandé par le Contrôle médical de la sécurité sociale au cas par cas.



Sera supprimée l'automatisme de l'envoi dudit rapport au salarié quand ses périodes d'incapacité de travail déclarées atteignent six semaines au cours d'une période de référence de seize semaines.

Les salariés seront désormais convoqués en temps utile et le CMSS utilisera le rapport R4 de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de lancer la procédure R4.

### 2.2.3. Base de calcul de l'indemnisation

Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire se compose, à l'image de la rémunération, de l'indemnité de base et, le cas échéant, de compléments et accessoires.

Ces deux éléments sont calculés séparément sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations différentes, l'indemnité est calculée séparément pour chacune d'elles.

Sont donc portées en compte séparément :

1. la rémunération de base la plus élevée touchée par le salarié au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la CNS. La rémunération de base comprend les éléments de la rémunération qui sont payables mensuellement en espèces et qui ne sont pas considérés comme compléments et accessoires ;
2. la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération, qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail comme étant des éléments payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variations d'un mois à l'autre (prime de productivité par exemple), à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires.

Si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

À défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.

La CNS ne prend pas en charge :

- les gratifications et participations qui sont, pour la plupart, payées annuellement ainsi que tous les autres avantages qui ne sont pas payés chaque mois (13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> mois, avantages occasionnels) ;
- les heures supplémentaires ;
- les rémunérations en nature (logement de fonction, voiture de société, chèques repas, etc.), dont le salarié continue en principe à bénéficier pendant son congé de maladie.

En attendant la déclaration par l'employeur des éléments servant au calcul de l'indemnité pécuniaire, la Caisse nationale de santé accorde à la fin de chaque mois une avance appropriée. Elle récupère le trop-payé résultant du décompte entre les avances et le montant définitif par compensation avec l'indemnité pécuniaire ou les prestations de soins de santé dues au cours des trois années civiles suivantes ou, si le montant total des trop-payés dépasse 200 euros, par recouvrement direct, le cas échéant, forcé auprès du bénéficiaire.

En l'absence de déclaration par l'employeur à la fin du mois suivant celui auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte, l'assuré peut demander la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas deux journées pendant lesquelles il affirme avoir été incapable de travailler sans devoir le justifier par un certificat médical.

Si l'incapacité de travail attestée par les certificats médicaux ne couvre pas un mois de calendrier entier, l'indemnité pécuniaire de base ainsi que, le cas échéant, les compléments et accessoires sont divisés par le nombre de jours du mois de calendrier en cause et multipliés par le nombre de jours d'incapacité de travail résultant du ou des certificats médicaux.

Après la déclaration par l'employeur du nombre de jours d'incapacité de travail effectifs et des autres données, l'indemnité pécuniaire due pour une partie seulement du mois et accordée pour une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident fait l'objet d'un second mode de calcul consistant à retrancher la rémunération payée par l'employeur de l'indemnité pécuniaire déterminée pour la totalité du mois.

Ce second mode de calcul se substitue à celui prévu ci-dessus à condition que la différence entre les deux montants obtenus dépasse 25 euros. Dans ce cas, le nombre d'heures de travail à mettre en compte au titre de l'indemnité pécuniaire est obtenu en retranchant les heures de travail déclarées par l'employeur du nombre d'heures d'incapacité de travail déclarées par le salarié lui-même.

Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice 100 du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

La loi prévoit que 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 strictement inférieures à cinq millièmes d'euros. Il s'agit des règles de l'arrondi commercial applicables en matière d'assurance pension.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement.

Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue à la fin du mois auquel elle se rapporte.

**À noter :** En cas de salaire supérieur au plafond de 5 fois le salaire social minimum, l'employeur qui ne résilie pas le contrat de travail du salarié après la période de protection de 26 semaines, est obligé de compléter l'indemnité pécuniaire de maladie versée par la CNS jusqu'à parfaire le montant de son salaire net au plus tard jusqu'à l'expiration des 12 mois qui suivent celui de la survenance de l'incapacité de travail.

### 2.2.4. Durée de l'indemnisation

Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. Le salarié peut demander un décompte de ses jours de maladie à la CNS.

On ne distingue pas selon la nature de la maladie : toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail sont mises en compte.

**À noter :** Les périodes de dispense de travail, congé maternité et congé d'accompagnement n'entrent pas en ligne de compte pour ce calcul. Les congés pour raisons familiales font l'objet de décomptes séparés par enfant.

Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour de cette incapacité si la limite des 52 semaines est atteinte. À cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelle ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacité dépasse 52 semaines.

#### **Cessation automatique du contrat de travail**

Suivant l'article L.125-4 du Code du travail, le contrat de travail du salarié cesse de plein droit le jour de l'épuisement de ses droits à l'indemnité pécuniaire de maladie. L'épuisement des droits à l'indemnité pécuniaire de maladie implique donc la fin automatique du contrat de travail du salarié.

Ainsi se peut-il qu'un salarié en incapacité de travail pour cause de maladie, bien que toujours protégé contre le licenciement (26 semaines à compter de la survenance de l'incapacité de travail), se voit opposer la fin automatique son contrat de travail alors qu'il a accumulé la durée maximale de prise en charge par la CNS.

**Exception :** Si l'incapacité de travail a perduré pendant 52 semaines en continu et que le salarié a repris son travail, ou était sur le point de le reprendre, la période d'indemnisation peut être étendue si une maladie survient (en principe distincte de celle qui a causé l'octroi de l'indemnité pécuniaire, comme une grippe p.ex.), à condition qu'elle ne dépasse pas 14 jours par mois et si, de l'avis du contrôle médical de la sécurité sociale, le salarié n'est pas atteint d'invalidité permanente ou transitoire. Une demande écrite du salarié est indispensable. La décision afférente est prise sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui peut demander un certificat médical détaillé et motivé du médecin traitant.



### **Invalidité permanente**

Dans le cas où le CMSS constate une invalidité permanente, le droit à l'indemnité pécuniaire vient à échéance à la fin du mois de la constatation par le CMSS.

### **Reclassement**

Dans le cas d'un reclassement professionnel (interne ou externe), le droit à l'indemnité pécuniaire prend fin le jour de la notification de la décision par la Commission mixte.

### **Cessation d'affiliation**

En cas de cessation du contrat de travail (Contrat de travail à durée déterminée ou contrat de mission dans le cadre d'une relation de travail intérimaire, licenciement dans le cadre d'un CDI), le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu à condition que le salarié ait été affilié pendant une période continue de 6 mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de 8 jours.

## 3 LA PROTECTION CONTRE LE LICENCIEMENT DU SALARIÉ MALADE

Si le salarié a informé son employeur le 1<sup>er</sup> jour et remis un certificat médical le 3<sup>ème</sup> jour, il est protégé contre un licenciement, même pour faute grave, ce pendant 26 semaines consécutives<sup>28</sup>.

Si pendant ce délai de 26 semaines, l'employeur procède au licenciement du salarié malade, cette rupture du contrat est considérée comme abusive<sup>29</sup> et donne lieu, le cas échéant, au paiement de dommages-intérêts.

Toutefois, en cas de faute grave du salarié commise antérieurement à sa maladie, le délai d'un mois dans lequel l'employeur peut sanctionner la faute grave dont il a connaissance est suspendu. L'employeur pourra donc licencier le salarié en raison de la faute grave commise avant sa maladie à son retour dans l'entreprise.

L'interdiction de licencier un salarié malade n'est cependant pas absolue. Dans plusieurs cas, l'employeur peut licencier le salarié malgré le fait que celui-ci soit malade :

- il est malade en raison d'un crime ou d'un délit auquel il a participé volontairement. La preuve de la réalité du crime ou du délit incombe à l'employeur ;
- il remet le certificat médical à l'employeur après avoir reçu la lettre de licenciement ou la convocation à l'entretien préalable<sup>30</sup>. Il existe cependant une exception. Si le salarié a dû être hospitalisé d'urgence, il dispose d'un délai de 8 jours pour remettre le certificat médical. S'il est licencié avant qu'il n'ait pu soumettre le certificat, le licenciement est considéré comme nul<sup>31</sup> et sans effet, ce quelque soit le motif invoqué. Selon la jurisprudence, une hospitalisation transitoire de quelques heures n'est pas à considérer comme hospitalisation urgente ;
- le salarié s'est conformé à ses obligations légales, mais il réduit à néant sa protection contre le licenciement par ses agissements. En effet, un salarié malade doit s'abstenir de certaines activités incompatibles avec son état de santé (voir ci-dessous le contrôle du salarié malade).

<sup>28</sup> Une reprise du travail pendant une seule journée interrompt ce délai et ouvre une nouvelle période de protection de 26 semaines.

<sup>29</sup> Licenciement abusif : voir glossaire.

<sup>30</sup> Dans les entreprises de 150 salariés et plus, la procédure de licenciement commence par un entretien préalable.

<sup>31</sup> Licenciement nul : voir glossaire.

La protection contre le licenciement est cependant limitée dans le temps. Les salariés sont protégés contre un licenciement pendant 26 semaines consécutives à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail. Une fois ce délai expiré, l'employeur recouvre le droit de licencier le salarié, mais toujours moyennant de justes motifs (voir points 3.1. et 3.2. ci-dessous).

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, la protection contre le licenciement peut également s'arrêter avant la fin de ces 26 semaines consécutives, quand intervient, pendant ce délai, une décision de refus de prise en charge par la CNS :

1. en l'absence de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 40 jours suivant la notification de la décision de refus de la CNS, ce même si l'on se situe toujours dans la période des 26 semaines de protection ;
2. en cas de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 26 semaines consécutives de maladie.

Dans ce cas, le salarié est protégé contre le licenciement pendant 26 semaines tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose jugée pris par le comité directeur de la CNS ou par le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou par le Conseil supérieur de la sécurité sociale confirmant la position de la CNS. Si son recours lui donne gain de cause, la protection cesse, comme actuellement, après l'expiration du délai de 26 semaines consécutives de maladie.

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

### Différentes hypothèses de fin de contrat à prendre en compte :

#### ► **Épuisement des droits à l'indemnité pécuniaire de maladie = fin automatique du contrat de travail du salarié**

Dans tous les cas, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines<sup>32</sup>. Le contrat de travail du salarié cesse de plein droit le jour de l'épuisement de ses droits à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Il se peut ainsi qu'un salarié en incapacité de travail pour cause de maladie, bien que toujours protégé contre le licenciement (26 semaines consécutives<sup>33</sup> à compter de la survenance de l'incapacité de travail), se voit opposer la fin automatique son contrat de travail alors qu'il a accumulé la durée maximale de prise en charge par la Caisse Nationale de Santé.

#### ► **Fin du CDD ou du CDI, dont la résiliation a été notifiée avant la période de maladie**

Cette protection contre le licenciement ne fait pas obstacle à l'échéance d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD) ou à la fin d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI), dont la résiliation a été notifiée avant la période de maladie.

Dans ce cas, la CNS indemniser le salarié après la fin de son contrat dans la limite des 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines, à condition qu'il ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

## 3.1. Absence de plus de 26 semaines consécutives

La protection contre le licenciement s'achève pour tout salarié après 26 semaines de maladie ininterrompue. L'employeur recouvre donc la possibilité de licencier le salarié, selon les règles ordinaires du licenciement.

Dans la majorité des cas, la fin de cette période de protection ne dispense pas l'employeur de l'observation du délai normal de préavis et au paiement d'une indemnité de départ si le salarié peut se prévaloir d'une ancienneté d'au moins cinq ans.

<sup>32</sup> Donc pas forcément consécutives.

<sup>33</sup> Une reprise du travail pendant une seule journée interrompt ce délai et ouvre une nouvelle période de protection de 26 semaines.



Il faut en outre que ce licenciement soit régulier au regard de l'article L.124-11(1) du Code du travail, c'est-à-dire fondé sur des motifs réels et sérieux liés à l'aptitude ou la conduite du salarié ou fondés sur des nécessités de fonctionnement de l'entreprise. Le seul fait de l'absence du salarié pendant 26 semaines consécutives ne constitue pas un tel motif et n'autorise pas l'employeur à procéder à son licenciement d'office.

Le critère principal sur lequel se basera le tribunal est celui de savoir si l'absence de 26 semaines a causé une gêne au bon fonctionnement de l'entreprise. Certaines jurisprudences exigent de l'employeur qu'il décrive de manière très précise quels problèmes organisationnels ont été causés. Le motif énoncé par l'employeur doit résider dans la perturbation de son entreprise, non dans la maladie.

Les situations sont à apprécier au cas par cas. La bonne foi doit guider la démarche des deux parties.

**À noter :** En cas de salaire supérieur au plafond de 5 fois le salaire social minimum, l'employeur qui ne résilie pas le contrat de travail du salarié après la période de protection de 26 semaines, est obligé de compléter l'indemnité pécuniaire de maladie versée par la CNS jusqu'à parfaire le montant de son salaire net au plus tard jusqu'à l'expiration des 12 mois qui suivent celui de la survenance de l'incapacité de travail.

### 3.2. Absences fréquentes

Même si le salarié n'atteint pas les 26 semaines consécutives d'absence, à son retour dans l'entreprise, il peut faire l'objet d'un licenciement fondé sur la fréquence de ses absences.

En effet, les absences habituelles pour raison de santé, caractérisées par des périodes longues ou nombreuses et répétées, peuvent être une cause de rupture du contrat de travail lorsqu'elles apportent une gêne indiscutable au fonctionnement de l'entreprise.

Il incombe à l'employeur de prouver qu'il y a une telle perturbation en démontrant par exemple qu'il a dû faire face à des mécontentements de clients ou des frais supplémentaires pour remplacer le salarié absent (CSJ, 9 novembre 1995, n°16927).

Une telle perturbation est présumée si la fréquence des absences, non fautives en elles-mêmes, du salarié, est telle qu'elle ne permet plus à l'employeur de compter sur une collaboration régulière du salarié pour les besoins normaux du service.

### 3.3. Maladie faisant suite à un accident de travail ou une maladie professionnelle

Il est de jurisprudence constante que le licenciement pour absences habituelles pour raison de santé, n'est pas justifié, si la maladie ayant causé les absences anormalement longues ou fréquentes a pour origine l'activité professionnelle du salarié (Cour d'appel 21 juin 2007, n°31728 du rôle, Cour d'appel du 23 janvier 2014, n°38037 du rôle).

De même, si une absence de longue durée de plus de 26 semaines peut, le cas échéant, constituer un motif de licenciement avec préavis, ce n'est pas le cas si l'incapacité de travail résulte d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (Cour d'appel, 17 décembre 2009, n°33932 et 34247).

L'employeur retrouve cependant le droit de licencier le salarié à partir du moment où son état de maladie ne se trouve plus en relation causale avec l'accident du travail subi. Cet état de fait résulte d'une décision de l'Association d'assurance contre les accidents, qui prend en charge l'accident du travail jusqu'à cette date seulement. Si par après, le salarié reste en état de maladie pendant plus de 26 semaines consécutives, l'employeur est en droit de le licencier avec préavis (Cour d'appel, 8 mars 2007, n°31315).

### 3.4. Incidence de la maladie prolongée du salarié sur la période d'essai convenue dans le cadre d'un CDI

L'incapacité de travail du salarié en période d'essai entraîne la prolongation de cette période pour la durée de l'absence.

Lorsque le salarié est absent pour cause de maladie pour une durée inférieure à un mois, l'exécution du contrat à l'essai est suspendue pendant cette absence et la période d'essai est dès lors prolongée de la même durée. Si l'incapacité est supérieure à 1 mois, la prolongation de l'essai reste toutefois limitée à un mois.

La période d'essai met en conflit d'une part le principe d'une résiliation aisée du contrat sans indication des motifs et d'autre part le principe de protection du salarié contre tout licenciement pendant sa maladie.

En effet, l'interdiction de licencier pendant l'incapacité de travail du salarié s'applique également pendant la période d'essai.

Dans le cadre d'une rupture du contrat de travail pendant la période d'essai, le délai de préavis doit se situer entièrement dans la période d'essai. À défaut, le contrat de travail devient définitif et l'employeur doit respecter les forme et délais d'un licenciement « normal ».

Au cours de la période d'essai, la jurisprudence reconnaît que l'employeur peut licencier le salarié malgré sa maladie prolongée, mais uniquement au tout dernier moment, lorsque le contrat risquerait de se transformer en contrat définitif, en l'absence de manifestation de volonté de résiliation des parties.

L'employeur doit donc procéder au calcul suivant pour déterminer la date précise à laquelle il peut prononcer la résiliation du contrat :

Date du licenciement =     date initiale de la fin de l'essai  
                                      + prolongation en raison de la maladie (maximum 1 mois)  
                                      - durée du préavis à respecter.

Tout licenciement notifié avant cette date serait abusif car intervenant en période de maladie du salarié. Tout licenciement notifié après cette date suivant les règles simplifiées de la période d'essai sera irrégulier en la forme puisqu'il aurait dû respecter les forme et délais du licenciement « normal » et l'employeur devra motiver sa décision.

## 4 LE CONTRÔLE DU SALARIÉ MALADE

Les personnes incapables de travailler pour cause de maladie peuvent être soumises à un contrôle administratif ou médical par la Caisse nationale de santé à partir du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail justifié ou non par un certificat médical d'incapacité de travail.

### 4.1. Le contrôle administratif du salarié malade

#### *Définition du contrôle administratif*

Par contrôle administratif des personnes incapables de travailler, on entend la présentation de contrôleurs, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne. Le contrôle peut également avoir lieu dans les endroits publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins.

Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés commis par la CNS. Les contrôleurs sont porteurs d'une carte d'habilitation et ont pour mission de constater si la personne incapable de travailler se conforme aux prescriptions sur les sorties autorisées.

D'une manière générale, le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informé de l'absence au travail d'un salarié en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident.

**Attention :** Ce contrôle s'étend tant aux périodes de maintien de la rémunération par l'employeur, qu'à celles à charge de la Caisse nationale de santé.



Le contrôle administratif peut être effectué en dehors des frontières du Grand-duché de Luxembourg. Dans ce cas le contrôle est effectué soit par des agents des autorités compétentes du pays de résidence ou de séjour, soit, si les instruments juridiques applicables le prévoient, également par des contrôleurs commis par la Caisse nationale de santé.

### **Sorties du malade**

Aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les 5 premières journées de l'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

Cette interdiction de sortie joue même si le certificat médical d'incapacité de travail indique que les sorties sont autorisées.

Les hypothèses permettant à la personne portée incapable de travailler de s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour sont les suivantes :

1. à partir du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité de travail :
  - a) pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande.  
  
La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens.
  - b) pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la CNS.
2. à partir du 5<sup>ème</sup> jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant en continu cinq jours : pour les sorties, non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail, uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures. Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de 6 semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43<sup>ème</sup> jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie énoncées ci-dessus.

### **Activités incompatibles**

Tant que dure l'incapacité de travail et qu'il n'y a pas reprise du travail par la personne portée incapable de travailler, celle-ci ne peut pas participer à des activités sportives, sauf si celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une recommandation ou prescription médicale précise, servant au rétablissement des causes de l'incapacité de travail.

La personne malade ne peut exercer aucune activité incompatible avec son incapacité de travail.

De même, il lui est interdit de fréquenter un débit de boissons ou un établissement de restauration, sauf pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la CNS. Cette incompatibilité ne joue évidemment pas pour les personnes domiciliées dans un tel établissement.

### **Lieu de séjour**

Le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut pas être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Il existe des exceptions à ce principe.

Cette règle ne s'applique pas dans l'hypothèse dans laquelle l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour à l'étranger.

Pour les séjours dans la région limitrophe, la personne est dispensée de demander une autorisation, si le séjour permet de réunir les conditions suivantes :

1. l'organisation du contrôle administratif ;
2. l'organisation du contrôle médical ;



3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document « S2 » prévu par la réglementation européenne.

Dans les autres cas, sur avis circonstanciés et concordants du médecin traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale, il peut être autorisé un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail dans les conditions limitativement énoncées ci-après :

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité ;
2. décès d'un membre de famille du 1<sup>er</sup> degré intervenu à l'étranger ;
3. accouchement du conjoint résidant à l'étranger.

Dans ces hypothèses, l'autorisation ne peut pas dépasser une semaine ouvrable.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

La Caisse nationale de santé peut suspendre l'indemnité pécuniaire pendant la période au cours de laquelle l'assuré séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ou qu'il se trouve en état de détention.

Par dérogation, les personnes bénéficiant du droit aux soins palliatifs sont autorisées à séjourner dans un pays différent de celui où elles sont domiciliées ou affiliées au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la CNS pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande préalable.

### **Modalités du contrôle**

Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 8.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqué comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

Lors du contrôle administratif, il est dressé un constat de présence ou d'absence de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

À l'occasion des contrôles constatant une absence, le contrôleur laisse une notice indiquant son passage. Cette notice est valablement déposée, dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. À défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne concernée.

La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de 3 jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet de la poste faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle.

Si un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

Pour des motifs dûment justifiés à consigner dans le dossier, les contrôleurs sont habilités à effectuer le même jour plusieurs contrôles auprès de la même personne.

Sur demande du contrôleur, la personne portée incapable de travailler est obligée de présenter à celui-ci une pièce d'identité officielle avec photo.

La personne portée incapable de travailler a l'obligation d'éviter sciemment toutes circonstances empêchant le contrôleur d'entrer en contact personnel avec elle.

### **Contrôles à la demande de l'employeur**

La loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique a introduit la possibilité d'un contrôle administratif sur demande écrite dûment motivée de l'employeur. Il doit avoir informé le service de contrôle de la Caisse nationale de santé de l'absence au travail du salarié. La demande en vue du contrôle est faite à l'aide d'un formulaire de demande transmise par l'employeur au service de contrôle par courrier postal, par fax ou par voie électronique.

L'employeur obtient une confirmation écrite par fax ou par courriel, ainsi qu'un numéro d'enregistrement.



L'employeur doit immédiatement signaler par la même voie toute reprise de travail anticipée par le salarié.

Une nouvelle demande pour un même salarié peut être introduite par l'employeur au plus tôt après l'écoulement d'un délai de 30 jours depuis la dernière demande.

### **Contrôles d'office**

Peuvent faire l'objet d'un contrôle d'office les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépasse une fréquence raisonnable respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire définitive.

Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de 4 médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs.

Le contrôle s'étend pareillement aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médicaux consignés sur 4 constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs.

Les personnes ayant fait l'objet d'un contrôle administratif d'office peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical. Le Contrôle médical de la sécurité sociale transmet à la CNS un avis écrit sur l'aptitude au travail des personnes en cause.

### **Sanctions**

Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué prononce à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux règles statutaires énoncées ci-avant des amendes d'ordre.

Seront sanctionnés par des amendes d'ordre les manquements suivants :

1. absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque
  - a) la notice contenant les justifications de l'absence
    - n'a pas été retournée par l'assuré
    - a été retournée en dehors du délai de 3 jours ouvrables.
  - b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.
2. manquement aux obligations de l'assuré, quant à son lieu de séjour et quant à ses sorties ;
3. manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

Le montant maximum de l'amende d'ordre s'élève à 3/30<sup>ème</sup> de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

La CNS peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

Le Comité directeur sera compétent pour vider les oppositions. Il peut accorder décharge de l'amende.

Les recours de droit commun prévues par le Code de la sécurité sociale restent également ouverts devant les juridictions de sécurité sociale.

### **Communications à l'employeur, à la Mutualité des employeurs ou aux juridictions du droit de travail**

Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles administratifs. Toutefois le résultat est communiqué seulement après l'écoulement du délai pendant lequel le salarié peut justifier son absence.

En cas de litige devant les juridictions du travail lié à l'absence du salarié pour maladie, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitives dans la limite des 12 mois de calendrier précédant le jour de la demande.

Ces relevés peuvent comprendre uniquement les décisions concernant des périodes auxquelles se rapporte le litige.

## 4.2. Le contrôle médical du salarié malade

### 4.2.1. Le contrôle médical du salarié malade par l'employeur

Selon la jurisprudence, l'employeur peut demander à un salarié de se soumettre, pendant la durée de la maladie médicalement constatée, à un nouvel examen médical chez un médecin de son choix, à condition que les sorties soient autorisées sur le certificat remis par le salarié.

Le médecin doit être proche géographiquement du domicile ou lieu de séjour du salarié. Ses honoraires sont pris en charge par l'employeur.

Le salarié ne peut pas refuser sans motifs valables. Si le salarié ne se soumet pas à cette contre-visite et ne donne aucune explication à son employeur, sa protection contre un licenciement disparaît.

Tandis que si le salarié se soumet au contre-examen, le certificat établi par ce médecin n'a aucune prééminence sur le certificat produit par le salarié. Il ne fait pas à lui seul échec à la valeur de l'attestation délivrée par le médecin traitant du salarié. L'employeur doit demander l'avis d'un troisième médecin aux fins de départager les deux autres. (Cour d'appel, 13 juillet 2006, n°30360).

Ce n'est que si le troisième médecin conclut à la capacité du salarié, que l'employeur peut valablement procéder à un licenciement avec préavis, sans attendre l'écoulement de la période de protection contre le licenciement.

Par contre, un arrêt de la Cour d'appel du 15 juillet 2014 (n°39910 du rôle, Infos Juridiques CSL, n°10/2014, page 4) a considéré que lorsque l'incapacité de travail du salarié constaté par son médecin traitant est confirmée par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale, elle ne peut pas être démentie par d'autres contre-examens médicaux à la demande de l'employeur.

La loi du 7 août 2015 a confirmé cette prééminence de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur.

### 4.2.2. Le contrôle médical par le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)

Du fait de la multiplication des cas de maladie de longue durée, la question d'un contrôle systématique des malades de longue durée par le CMSS avait fait l'objet d'une réglementation dans le cadre de deux lois du 21 décembre 2004<sup>34</sup> et du 1<sup>er</sup> juillet 2005<sup>35</sup>.

Une personne se trouvant pendant plusieurs semaines en congé de maladie peut être affectée :

- d'une maladie aiguë ;
- d'une pathologie chronique ;
- d'une invalidité permanente ou d'une invalidité temporaire ;
- d'une incapacité totale ou d'une incapacité de travail pour le dernier poste de travail.

Le cas de la maladie aiguë semble correspondre le plus à une incapacité de travail complète justifiant une indemnisation au moyen des indemnités pécuniaires de maladie.

Si la maladie aiguë n'est plus réversible, c'est-à-dire que la capacité de travail ne saurait plus être rétablie par des traitements curatifs, l'indemnité pécuniaire doit être arrêtée et remplacée par la pension d'invalidité.

Pour les maladies chroniques, la question qui se pose est celle de savoir si elles correspondent à une incapacité de travail totale, ou éventuellement à une incapacité de travail pour le dernier poste de travail ou à une incapacité de travail ne permettant pas un horaire de travail complet. Un reclassement interne devrait alors être envisagé au profit du salarié.

Il a été jugé que, au-delà d'une certaine durée de maladie, il n'est plus acceptable qu'un médecin puisse continuer à établir des simples certificats d'incapacité de travail sans devoir justifier avec un rapport plus détaillé les causes de l'incapacité effective de travail.

34 *Mémorial A n°5 du 20 janvier 2005, page 62.*

35 *Mémorial A n°97 du 8 juillet 2007, page 1718.*



### Première étape : le rapport médical circonstancié (R4) et/ou convocation par le Contrôle médical de la sécurité sociale

Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, si les périodes d'incapacité de travail atteignaient 6 semaines au cours d'une période de référence de 16 semaines, la Caisse nationale de santé invitait l'assuré par simple lettre à lui retourner le formulaire à utiliser par son médecin traitant pour l'établissement d'un rapport médical circonstancié.

Par rapport médical circonstancié on entend le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au CMSS et accepté comme tel par celui-ci.

Un rappel non recommandé était adressé au salarié malade, à la fin de la huitième semaine d'incapacité, le rendant attentif aux conséquences découlant pour lui du non-envoi dudit rapport (non-paiement de l'indemnité pécuniaire par la CNS).

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, le rapport médical circonstancié R4 n'est plus envoyé automatiquement.

Le CMSS utilise le rapport médical circonstancié de manière plus sélective, en décidant en connaissance de cause dans quels cas il y a lieu de demander ledit rapport et/ou de convoquer l'assuré.

Dès réception de ce document, le médecin-conseil du CMSS rend un avis.

Une nouvelle demande d'établissement d'un rapport médical circonstancié ne peut être adressée à l'assuré que si celui-ci a repris le travail pour une durée totale de dix semaines après réception du précédent rapport.

Avant l'expiration du droit à indemnisation du salarié (52 semaines sur une période de référence de 104 semaines), le CMSS doit aiguiller l'assuré vers le système de prise en charge approprié.

### a. La première alternative : capacité de travail

Si, après lecture du rapport médical circonstancié et/ou convocation du salarié, le CMSS est d'avis que le salarié est apte à travailler, l'indemnité pécuniaire n'est plus versée par la CNS.

**À noter :** Il existe d'autres motifs pouvant entraîner l'arrêt de l'indemnité pécuniaire<sup>36</sup> :

- le salarié se soustrait sans motif valable au contrôle médical ;
- le salarié séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la CNS ;
- le salarié se trouve en état de détention ;
- le salarié ne fournit pas tous les renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale.

### Cette décision de la CNS peut-elle prendre effet pendant la période de maintien du salaire par l'employeur ?

Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, une telle décision avait une portée limitée à la cessation du paiement des indemnités pécuniaires par la CNS.

La loi du 7 août 2015 a précisé au contraire que la conservation légale de la rémunération par l'employeur cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie par la CNS.

La CNS peut désormais prendre une décision de refus de prise en charge s'imposant en matière de droit de travail et mettant fin automatiquement au droit au maintien du salaire ou au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie selon que la charge se situe auprès de l'employeur ou de la Caisse nationale de santé.

La CNS peut prendre une telle décision lorsque le médecin conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale constate la capacité de l'assuré<sup>37</sup>, comme en présence d'un autre motif mettant fin au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie (non-présentation de l'assuré au contrôle médical sans motif valable par exemple).

Cette décision de refus de la CNS sera notifiée à l'employeur en lui enjoignant de ne plus verser de rémunération au salarié malade.

<sup>36</sup> Article 16 du Code la sécurité sociale.

<sup>37</sup> Le contrôle de l'incapacité de travail par le CMSS peut avoir lieu pendant la période de maintien du salaire par l'employeur.

Un recours est possible devant le comité directeur de la Caisse nationale de santé dans les 40 jours de la notification, puis devant les juridictions de sécurité sociale (Conseil arbitral de la sécurité sociale en première instance et Conseil supérieur de la sécurité sociale en appel).

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

### Quand l'employeur doit-il stopper la conservation de la rémunération ?

La loi du 7 août 2015 énonce que cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'assuré dans les quarante jours de la notification.

Selon l'ITM<sup>38</sup>, l'employeur, qui a été informé par la CNS que le salarié a été déclaré apte à reprendre le travail à partir d'une certaine date, est obligé de cesser de payer le salaire au salarié durant la période du maintien du salaire, bien que le salarié soit en possession de nouveaux certificats de maladie allant au-delà de cette date.

Si le recours du salarié aboutit à la reconnaissance de son incapacité de travail, le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli. L'employeur en sera informé par la CNS.

L'employeur devra verser les salaires dus au titre du maintien de la rémunération rétroactivement. Le salarié voyant son incapacité de travail confirmée ne doit pas subir de perte de rémunération.

### Se pose également la question de savoir si la reprise de travail est obligatoire ou non pour le salarié ? Une non-reprise constituerait-elle une absence injustifiée permettant le cas échéant à l'employeur de prononcer valablement un licenciement ?

Jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2015, selon la jurisprudence (Cour d'appel, 8 février 2001, n°24716), le seul certificat du médecin-conseil de la CNS était insuffisant pour renverser la présomption d'incapacité de travail découlant du certificat établi par le médecin traitant.

Ce n'était que si un troisième médecin concluait à la capacité du salarié, que l'employeur pouvait valablement procéder à un licenciement avec préavis et ce même avant l'écoulement de la période de protection contre le licenciement.

Cette jurisprudence a été renversée par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du CMSS, puisque désormais l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale l'emporte et s'impose à l'employeur.

L'employeur dûment averti par le salarié de son incapacité de travail ou en possession du certificat médical n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable à un licenciement pour une période de 26 semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.

La loi du 7 août 2015 a précisé que cette période de protection de 26 semaines cesse à l'expiration du délai de recours de 40 jours courant à partir de la notification de la décision de refus de prise en charge de la CNS. La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable de 26 semaines est maintenue.

L'employeur peut donc toujours résilier le contrat de travail du salarié après l'expiration de la période de 26 semaines consécutives de maladie.

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015, la protection contre le licenciement peut s'arrêter avant la fin de ces 26 semaines consécutives, quand intervient, pendant ce délai, une décision de cessation du maintien du salaire par la CNS :

1. en l'absence de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 40 jours suivant la notification de la décision de refus de la CNS, ce même si l'on se situe toujours dans la période des 26 semaines de protection ;
2. en cas de recours du salarié contre la décision de la CNS, après l'expiration de la période de 26 semaines consécutives de maladie.

38 ITM, Bulletin juridique n° 1.



Dans ce cas, le salarié est protégé contre le licenciement pendant 26 semaines tant qu'il n'existe pas de décision coulée en force de chose jugée prise par le comité directeur de la CNS ou par le Conseil arbitral de la sécurité sociale ou par le Conseil supérieur de la sécurité sociale, confirmant l'aptitude du salarié.

La CNS informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision de refus.

### b. La deuxième alternative : la maladie persiste

Le CMSS peut aussi arriver à la conclusion que la maladie persiste avec comme conséquence le paiement de l'indemnité pécuniaire, voire son maintien au titre de l'assurance maladie.

Quand l'incapacité de travail du salarié constaté par son médecin traitant est confirmée par le médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale, elle ne peut pas être démentie par d'autres contre-examens médicaux à la demande de l'employeur (Cour d'appel, 15 juillet 2014, n°39910 du rôle, Infos Juridiques CSL, n°10/2014, page 4)

Le CMSS peut, le cas échéant, convoquer l'assuré à un examen médical ultérieur.

Dans tous les cas, le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie est limité à un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines.

À cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail.

Les périodes pendant lesquelles l'assuré bénéficie d'un congé pour raisons familiales, d'un congé d'accompagnement, d'un congé de maternité, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé d'accueil sont mises en compte chacune séparément.

Les périodes d'incapacité de travail et les périodes de référence exprimées en semaines sont converties en journées en les multipliant par sept.

Le début de la période correspond au premier jour non travaillé en tout ou en partie. Le dernier jour non travaillé précédant celui de la reprise du travail constitue la fin de la période et compte pour le calcul de celle-ci. Si la journée de travail se situe à cheval sur deux jours, elle est imputée entièrement sur le premier jour.

Si, en accord avec le salarié et l'employeur, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime indiquée une reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, la Caisse nationale de santé en informe par écrit les deux parties. La moitié seulement de la période en cause est mise en compte comme période d'incapacité de travail, la fraction de jour étant négligée. Si le salarié devient totalement incapable de travailler, la période est mise en compte pleinement.

Notons qu'en cas de cessation de l'affiliation dans le cadre d'un contrat à durée déterminée par exemple, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

**À noter :** Avant l'arrivée de ces 52 semaines, le salarié devrait être orienté vers l'une des deux voies qui suivent, selon qu'il subit une incapacité de travail générale ou une incapacité de travail pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail.

### c. La troisième alternative : invalidité

#### Définition de la notion d'invalidité au Luxembourg<sup>39</sup>

Est considéré comme atteint d'invalidité, l'assuré qui par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a subi une perte de capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

Lorsque le CMSS constate une incapacité de travail par rapport au marché général de l'emploi, il invite l'assuré à introduire une demande de pension d'invalidité auprès de l'organisme de pension compétent, la Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) pour les salariés.

<sup>39</sup> Article 187 du Code de la sécurité sociale.

La pension d'invalidité n'est accordée que sur demande formelle des intéressés eux-mêmes. Le formulaire de demande peut être téléchargé sur le site [www.cnap.lu](http://www.cnap.lu) et doit être renvoyé par voie postale.

Pour les travailleurs frontaliers dont le dernier lieu de travail n'était pas au Luxembourg, il est recommandé de présenter leur demande auprès de l'organisme compétent du lieu de leur résidence.

La demande de pension d'invalidité entraînera sur une décision du président de la Caisse nationale d'assurance pension contre laquelle l'assuré peut, le cas échéant, introduire un recours devant les juridictions de sécurité sociale.

**À noter :** Si la maladie se prolonge et qu'aucune perspective de reprise de travail n'est envisageable, sans que le CMSS n'intervienne, il est conseillé d'introduire soi-même une demande de pension d'invalidité pour préserver ses droits au-delà des 52 semaines de maladie.

### d. La quatrième alternative : reclassement interne ou externe

Si le CMSS estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il saisit, en accord avec l'intéressé, la Commission mixte **et le médecin du travail compétent**.

Jusqu'au 31 décembre 2015, c'était la Commission mixte qui saisissait le médecin du travail après sa propre saisine par le CMSS.

#### Qui est la Commission mixte ?

La Commission mixte a été instituée par la loi de 2002, auprès du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi. Elle a pour mission de décider le reclassement interne ou externe des travailleurs jugés incapables d'exercer leur dernier poste de travail par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, elle prend les décisions relatives au reclassement professionnel interne ou externe des salariés, au statut de personne en reclassement professionnel, à l'indemnité professionnelle d'attente, à la taxe de compensation, à l'indemnité compensatoire et aux mesures de réhabilitation ou de reconversion.

Elle se compose :

- de deux délégués représentant les assurés ;
- de deux délégués des employeurs ;
- d'un délégué du CMSS ;
- d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail ;
- d'un délégué du ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ;
- d'un délégué de l'Agence pour le développement de l'emploi.

#### Qui peut saisir la Commission mixte ?

Jusqu'au 31 décembre 2015, la saisine de la Commission mixte se faisait uniquement par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016 a été introduite une nouvelle voie d'accès à la procédure de reclassement dans le cadre des examens médicaux du médecin du travail.

Lorsque le médecin du travail déclare un salarié inapte à son poste de travail suite à un examen médical en médecine du travail (examen périodique, examen de reprise ou examen à la demande de l'employeur ou du salarié), il peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel sous 2 conditions :

- le salarié doit avoir une ancienneté de plus de 10 ans dans l'entreprise ;
- le salarié doit occuper un poste à risques.



La saisine de la Commission mixte par le médecin du travail est différente en fonction de la taille de l'entreprise :

- pour les entreprises d'au moins 25 salariés, le médecin du travail saisit directement la Commission mixte et en informe l'employeur et le salarié ;
- si l'entreprise occupe moins de 25 salariés, le médecin du travail peut saisir la Commission mixte uniquement en cas d'accord préalable du salarié et de l'employeur. En cas de désaccord, le salarié se retrouve exposé au bon vouloir de son employeur.

**À noter :** Les constats du médecin du travail portant saisine de la Commission mixte ne peuvent pas faire l'objet, ni par le salarié ni par l'employeur, d'une demande en réexamen auprès du médecin chef de la Division de la santé au travail.

### Quelles sont les voies de recours contre une décision de la Commission mixte ?

Les décisions de la Commission mixte sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à partir de leur notification, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral. Un appel est possible devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale dans les 40 jours de la notification du jugement du Conseil arbitral de la sécurité sociale, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur.

Dans le cas d'une maladie de longue durée, la saisine de la Commission mixte se fait, en principe, par le CMSS, avec l'accord de l'intéressé afin de garantir le consentement éclairé des parties concernées. Le CMSS en informe l'employeur concerné en lui faisant parvenir une copie du document portant saisine.

La Commission mixte examine endéans les 40 jours les dossiers qui lui sont retournés par le médecin du travail en vue de la prise d'une décision relative au reclassement professionnel.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Commission mixte dispose de 40 jours à compter de l'avis du médecin du travail, alors qu'auparavant ce délai courrait dès le jour de sa saisine.

### **Reclassement interne : ouvert aux personnes bénéficiant d'un contrat de travail au moment de la saisine de la Commission mixte**

Disposer d'un contrat de travail au moment de la saisine de la Commission mixte constitue la condition préalable obligatoire en vue d'un reclassement interne.

Sont donc exclus les bénéficiaires du revenu minimum garanti et les attributaires de l'indemnité de chômage.

La réforme n'a rien changé au niveau de la définition du reclassement interne : le reclassement professionnel interne consiste, en ce qui concerne le secteur privé, dans un reclassement professionnel au sein de l'entreprise et, en ce qui concerne le secteur public, dans un reclassement professionnel au sein de l'administration ou du service public d'origine de l'agent, éventuellement à un autre poste ou sous un autre régime de travail adaptés à ses capacités résiduelles. L'aptitude à ce nouveau poste doit être constatée par le médecin du travail compétent. Ce constat d'aptitude au nouveau poste de travail par le médecin du travail est à considérer comme preuve que l'employeur a satisfait à son obligation de reclassement.

Sur avis du médecin du travail, le reclassement professionnel interne peut comporter une réduction du temps de travail qui ne peut être supérieure à la moitié du temps de travail fixé au contrat de travail en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel.

Toutefois, cette réduction peut être portée jusqu'à 75% du temps de travail initial, par décision de la Commission mixte, sur avis du médecin-conseil de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM). L'employeur **ou le salarié** doit à cet effet introduire une demande motivée à la suite de l'émission de l'avis du médecin du travail compétent. Le demandeur doit, sous peine d'irrecevabilité, joindre à sa demande la preuve que le salarié, respectivement l'employeur, a été dûment informé de l'introduction de la demande.

### **Reclassement externe**

Le reclassement externe consiste dans un reclassement sur le marché du travail.

Les personnes pouvant bénéficier d'un reclassement externe sont celles présentant une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à leur dernier poste de travail et :

- pour qui le reclassement interne n'a pas été possible ;
- qui se sont vues refuser une pension d'invalidité ;
- à qui une pension d'invalidité temporaire a été retirée ;
- qui se sont vues retirer une rente accident ;
- bénéficiaires de l'indemnité pécuniaire dont le contrat de travail a été résilié après la 26<sup>ème</sup> semaine d'incapacité de travail pour un motif autre qu'une faute grave ou dont le contrat de travail a pris fin pour une cause indépendante de leur volonté et qui ne sont pas à considérer comme invalide ;
- bénéficiaires d'une décision de reclassement interne, mais qui ont perdu leur emploi en raison de la cessation de l'activité de leur employeur ou suite à un licenciement collectif, à condition de s'adresser à la Commission mixte dans les 20 jours suivant la fin de leur contrat de travail.

**À noter :** L'existence d'un contrat de travail et le paiement d'une indemnité pécuniaire s'apprécient au moment de la saisine de la Commission mixte.

### **Nouvelle condition d'ouverture à un reclassement interne ou externe**

Pour les salariés occupant leur dernier poste de travail depuis moins de 3 ans, l'entrée dans la procédure ne peut se faire que s'ils sont en possession d'un certificat d'aptitude pour le poste en question, établi par le médecin du travail lors de leur embauche.

Rappelons que l'employeur est obligé de soumettre tout nouveau salarié à un examen médical d'embauche, sous peine de sanctions<sup>40</sup>.

L'examen médical d'embauchage a pour objet de déterminer si le candidat est apte ou inapte à l'occupation envisagée.

L'examen médical d'embauchage doit être effectué, outre sur les salariés et apprentis, sur les élèves et étudiants et sur les élèves en stage de formation, du moment qu'ils effectuent un travail sur un poste à risques.

Pour les salariés de nuit et pour les postes à risques l'examen doit être fait avant l'embauche.

Pour les autres postes l'examen doit être fait dans les 2 mois de l'embauche.

Le temps consacré par les salariés pendant les heures de travail aux examens d'embauche est considéré comme temps de travail.

### **Examen du salarié par le médecin du travail**

Le médecin du travail convoque et examine l'intéressé endéans les 15 jours. **Ce délai a été augmenté à 3 semaines à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016.**

Pour la visite médicale<sup>41</sup>, le salarié doit se munir de tous les éléments pouvant permettre au médecin du travail de statuer sur son dossier : dossier médical complet concernant son incapacité de travail (radiographies, rapports, analyses, etc.).

Il doit également se munir :

- d'une pièce d'identité ;
- de sa carte de sécurité sociale luxembourgeoise ;
- de son carnet de santé ou de vaccination ;
- de ses lunettes ou lentilles de contact (le cas échéant).

Les examens médicaux peuvent être réalisés en luxembourgeois, allemand, français et anglais. Les salariés ne parlant aucune de ces langues doivent être accompagnés par une personne de leur choix, pouvant assurer la traduction. Dans un souci de confidentialité, il n'est pas accepté qu'un supérieur hiérarchique accompagne le salarié.

<sup>40</sup> Tout employeur qui occupe un salarié qui ne s'est pas soumis à un examen d'embauche encourt un emprisonnement de huit jours et une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement.

<sup>41</sup> Source : <http://www.stm.lu/examen-medicaux/dans-le-cadre-du-reclassement-professionnel/#7>.



### Avis du médecin du travail dans les 3 semaines : 3 cas de figures peuvent se présenter

#### ► 1<sup>er</sup> CAS DE FIGURE : INCAPACITÉ POUR LE DERNIER POSTE DE TRAVAIL

Si le médecin du travail estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il envoie le dossier à la Commission mixte qui décide le reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé.

Le médecin du travail en informe l'employeur et le salarié concernés.

Le médecin du travail qui estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail se prononce dans son avis sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur une adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'incapacité de travail **et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à une réévaluation médicale.**

**Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de 2 ans à moins que les restrictions aient un caractère définitif.**

L'employeur a l'obligation de reclassement interne s'il :

- occupe régulièrement au moins 25 salariés ;

L'employeur doit fournir la preuve qu'il occupe moins de 25 salariés. Pour les établissements multiples, chaque établissement est pris isolément.

- *[supprimée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016] n'occupe pas le nombre de travailleurs bénéficiaires d'un reclassement interne ou externe requis par la loi. Pour voir si ce nombre est atteint, sont pris en compte les travailleurs handicapés et les travailleurs reclassés suite à un constat de leur inaptitude à leur poste de travail par le médecin du travail.*

#### Article L.562-3 du Code du travail :

L'État, les communes, les établissements publics et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois sont tenus d'employer à temps plein des travailleurs reconnus comme travailleurs handicapés, ceci dans la proportion de 5 % de l'effectif total de leur personnel occupé en qualité de fonctionnaires ou de salariés liés par un contrat de travail et à condition qu'ils remplissent les conditions générales de formation et d'admission légales ou réglementaires (sauf dérogation).

Tout employeur du secteur privé occupant au moins :

- 25 salariés est tenu d'employer à temps plein au moins un travailleur reconnu comme travailleur handicapé ;
- 50 salariés est tenu d'employer à temps plein, dans la proportion de 2% de l'effectif de ses salariés, des travailleurs reconnus comme travailleurs handicapés ;
- 300 salariés est tenu d'employer à temps plein, dans la proportion de 4% de l'effectif de ses salariés, des travailleurs reconnus comme travailleurs handicapés ;

si l'Agence pour le développement de l'emploi se trouve saisie de demandes d'emploi en nombre suffisant émanant de travailleurs handicapés répondant à l'aptitude requise dans l'entreprise.

*Cette deuxième condition a été supprimée au 1<sup>er</sup> janvier 2016.*

*Afin de renforcer l'obligation patronale du reclassement professionnel et d'assurer ainsi une amélioration quantitative du reclassement professionnel interne, le lien avec les travailleurs handicapés est supprimé. Tant l'assimilation des salariés reclassés aux travailleurs handicapés que l'application du quorum des travailleurs handicapés ont disparu.*

*L'employeur est dès lors obligé d'engager un nombre de salariés handicapés en faisant abstraction des bénéficiaires d'un reclassement et vice versa.*

*En outre, l'employeur peut désormais être tenu de reclasser un salarié dès que le seuil de 25 salariés est atteint sans regard au nombre de salariés d'ores et déjà reclassés.*

### Demande de dispense par l'employeur en raison de préjudices graves

L'employeur peut demander une dispense de reclassement interne en introduisant un dossier motivé auprès de la Commission mixte et en rapportant la preuve qu'un tel reclassement lui causerait des préjudices graves.

#### La notion de « préjudices graves » n'est pas définie par la loi.

Dans un arrêt du 28 avril 2004, le Conseil supérieur des assurances sociales<sup>42</sup> retient que :

*« Comme la réinsertion professionnelle est assortie d'aides financières importantes en faveur de l'employeur et que la pratique actuelle consiste à limiter massivement le temps d'occupation du salarié ayant bénéficié d'une réinsertion interne, il est difficile d'admettre que le législateur ait voulu viser uniquement le danger d'une déclaration en état de faillite que pourraient engendrer des mesures de réinsertion internes.*

*Le préjudice grave, c'est-à-dire un dommage important et sérieux engendré par un acte nuisible aux intérêts de l'employeur, acte susceptible de conséquences sérieuses et de suites fâcheuses, doit donc s'entendre aussi dans le sens d'une diminution de la productivité, d'une influence sur la compétitivité sur le marché du travail, sur la concurrence économique, la rationalisation et le coût et l'intérêt pour l'entreprise d'une formation spéciale du salarié concerné. ».*

En l'espèce, l'employeur a cessé toute activité et le Conseil supérieur des assurances sociales a décidé que l'on ne saurait imposer à un employeur, qui dans quelques mois fermera le site, d'engager en présence de sa situation financière désastreuse des frais d'une formation complémentaire qui ne lui profiteront plus.

Après avoir reçu la position de l'employeur, la Commission mixte prend une décision motivée relative au reclassement interne ou externe.

La Commission mixte examine dans les 40 jours du retour de l'avis du médecin du travail les dossiers qui lui sont présentés en vue du reclassement soit interne, soit externe d'un travailleur. Elle peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement interne ou externe de l'intéressé.

La décision de la Commission mixte est susceptible d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à partir de la notification de la décision.

#### Sanction renforcée en cas de non-respect de la décision de reclassement interne

L'employeur qui refuse d'opérer le reclassement professionnel interne en l'absence de dispense de la Commission de reclassement est tenu de verser au Fonds pour l'emploi une taxe de compensation.

Jusqu'au 31 décembre 2015, cette taxe s'élevait à 50% du salaire social minimum pendant une durée maximale de 24 mois.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette taxe a été augmentée en la faisant correspondre au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne. Elle est à verser tant que l'employeur ne respecte pas son obligation avec une durée maximale de 24 mois.

#### A été introduite en outre une procédure pour le paiement de cette taxe

Après avoir constaté le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, la Commission mixte arrête le montant et décide la durée du paiement de la taxe de compensation.

La notification de l'injonction de payer une taxe de compensation émise par la Commission mixte s'effectue moyennant lettre recommandée.

En cas de désaccord, l'employeur doit former opposition par écrit motivé endéans un délai de 15 jours à compter de la date de notification de l'injonction par lettre recommandée adressée à la Commission mixte.

En cas d'opposition, la Commission mixte prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire. Cette décision pourra faire l'objet d'un recours devant les juridictions de sécurité sociale.

À défaut d'opposition régulièrement notifiée, la taxe devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition.

<sup>42</sup> Conseil supérieur de la sécurité sociale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009.



### Incidence sur le contrat de travail du salarié

Le contrat de travail subsistant, l'employeur doit licencier le salarié, qui pourra demander des dommages et intérêts pour rupture abusive du contrat.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.

#### ► 2<sup>ème</sup> CAS DE FIGURE : CAPACITÉ POUR LE DERNIER POSTE DE TRAVAIL

Si, suite à l'examen de l'intéressé le médecin du travail compétent retient une capacité pour le dernier poste de travail, il en informe, par avis motivé, le CMSS et la Commission mixte.

La Commission mixte clôture alors le dossier.

Le CMSS émet son propre avis médical, sur base de l'avis du médecin du travail et le transmet à la CNS.

Jusqu'au 31 décembre 2015, la CNS prenait une décision de retrait de l'indemnité pécuniaire de maladie. Cette décision pouvait faire l'objet d'un recours contentieux devant les juridictions de sécurité sociale.

Quelques changements sont intervenus au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il envoie, dans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui prend une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive, elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour du constat d'aptitude par le médecin du travail compétent.

La Commission mixte en informe le CMSS.

Les décisions de la Commission mixte sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à partir de la notification de la décision.

La décision de la Commission mixte devient donc définitive :

- si le salarié ne forme pas de recours, une fois ce délai épuisé ;
- si le salarié forme un recours, une fois intervenue une décision définitive.

#### ► 3<sup>ème</sup> CAS DE FIGURE : NON PRÉSENTATION À LA CONVOCATION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Si l'intéressé refuse de se soumettre, sans motif valable, à l'examen médical auprès du médecin du travail, celui-ci en informe le CMSS et la Commission mixte, dans les 3 semaines de sa saisine.

La Commission mixte peut classer le dossier.

Jusqu'au 31 décembre 2015, le Contrôle médical de la sécurité sociale en informait la CNS, afin que celle-ci prenne la décision d'arrêter le paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie.

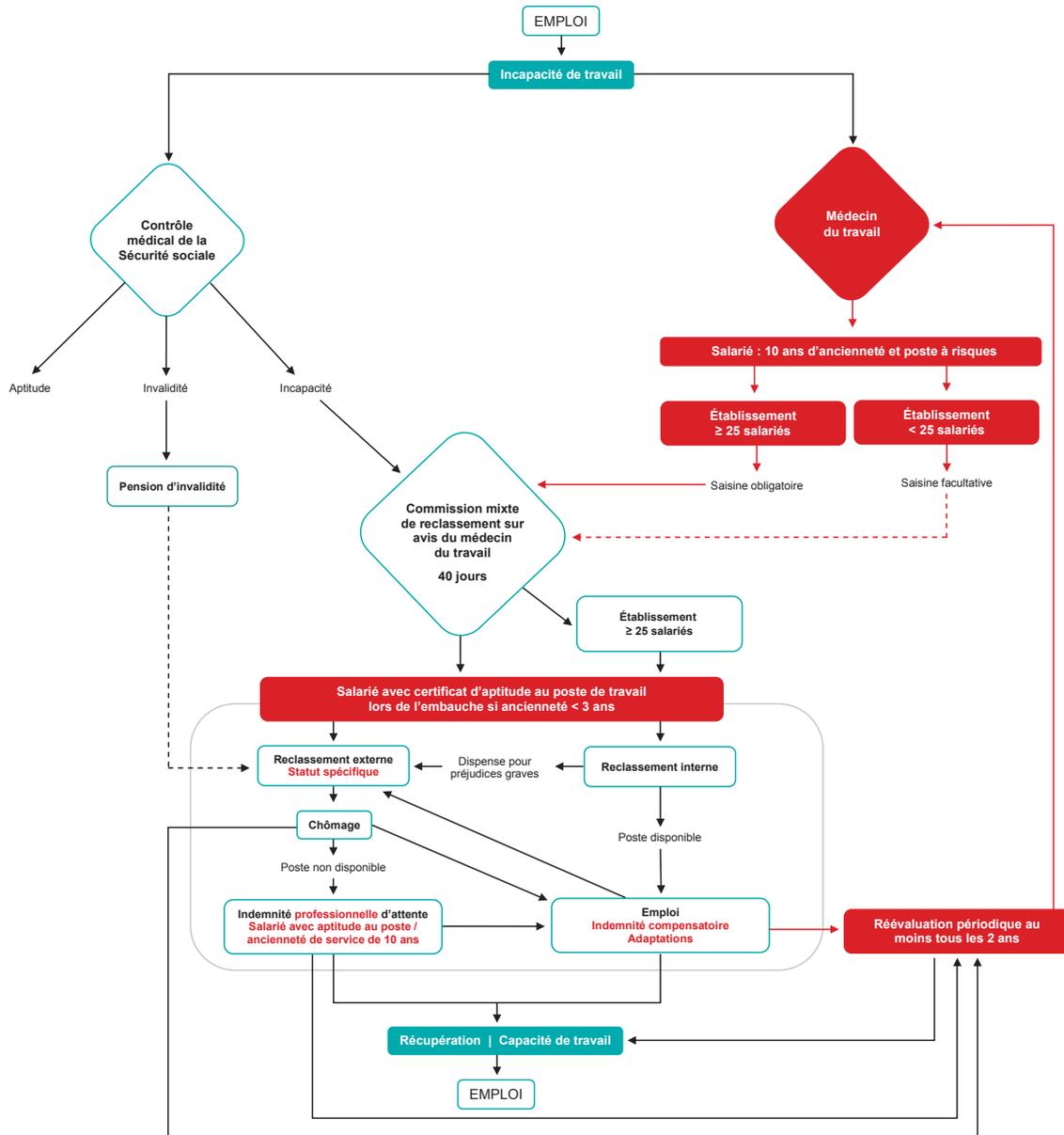
À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Commission mixte prend une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour de la date de convocation auprès du médecin du travail.



## 4.3. La procédure de reclassement

Les nouveautés sont indiquées en rouge.





## 5 LES EFFETS DE LA PROCÉDURE DE RECLASSEMENT

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, il existe deux voies permettant d'accéder à la procédure de reclassement professionnel :

► **Entrée dans la procédure de reclassement professionnel via le Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS)**

Cette voie concerne le salarié malade convoqué par le CMSS, qui estime qu'il présente une incapacité pour exercer les tâches correspondant à son dernier poste de travail.

Pour les salariés occupant leur dernier poste de travail depuis moins de 3 ans, l'entrée dans la procédure ne peut se faire que s'ils sont en possession d'une fiche d'examen médical d'embauche avec aptitude pour le poste en question.

Comme exposé plus haut, la procédure se déroule selon les étapes suivantes :

1. convocation auprès du médecin du travail ;
2. examen médical du salarié par le médecin du travail ;
3. transmission d'un avis par le médecin du travail à la Commission mixte ;
4. décision de la Commission mixte sur le reclassement interne ou externe.

► **Entrée dans la procédure de reclassement professionnel, sans être en incapacité de travail, via une visite auprès du médecin du travail compétent**

Cette voie vise le salarié, qui, sans être en incapacité de travail, se rend à une visite médicale auprès du médecin du travail (examen périodique, examen de reprise, examen à la demande du salarié ou de l'employeur ou des délégués du personnel).

La procédure de reclassement suit alors le déroulement suivant :

1. convocation à une visite médicale et réalisation d'un examen médical par le médecin du travail ;
2. constat de l'inaptitude au poste de travail ;

Le médecin du travail peut saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement professionnel sous 2 conditions :

- le salarié doit avoir une ancienneté de plus de 10 ans dans l'entreprise,
- le salarié doit occuper un poste à risques.

Quand l'une des deux conditions fait défaut, aucune passerelle vers un reclassement n'existe, néanmoins, l'employeur ne peut pas continuer à employer un salarié à un poste pour lequel il a été déclaré inapte par le médecin du travail. L'employeur doit dans la mesure du possible affecter le salarié à un autre poste de travail. En l'absence de possibilité de réaffectation du salarié à un autre poste, l'employeur ne peut que résilier le contrat de travail avec préavis. L'inaptitude du salarié à exécuter le travail pour lequel il a été engagé constitue, en cas de réelle impossibilité de réaffectation, un juste motif de licenciement avec préavis. La preuve de la réalité du motif de licenciement, à savoir l'impossibilité de réaffectation du salarié au sein de l'entreprise incombe à l'employeur.

3. étude du poste de travail ;

Pour apprécier l'inaptitude avant de prendre une décision, le médecin du travail peut réaliser une étude du poste en présence de l'employeur et du salarié.

4. saisine de la Commission mixte par le médecin du travail ;

La saisine de la Commission mixte par le médecin du travail est différente en fonction de la taille de l'entreprise :

- si l'entreprise occupe au moins 25 salariés, le médecin du travail saisit directement la Commission mixte et en informe l'employeur ;
- si l'entreprise occupe moins de 25 salariés, le médecin du travail peut saisir la Commission mixte uniquement en cas d'accord préalable du salarié et de l'employeur.

En cas de désaccord, le salarié se retrouve dans le cas d'une inaptitude classique. L'employeur est tenu de pourvoir à sa réaffectation à un autre poste de travail dans les limites disponibles dans l'entreprise. L'employeur qui entend, à l'inverse, mettre fin aux relations de travail, parce qu'il ne dispose pas d'une possibilité de réaffectation du salarié à un autre poste ne peut que résilier le contrat de travail avec préavis. L'inaptitude du salarié à exécuter le travail pour lequel il a été engagé constitue, en cas de réelle impossibilité de réaffectation, un juste motif de licenciement avec préavis. La preuve de la réalité du motif du licenciement, à savoir l'impossibilité de réaffectation du salarié au sein de l'entreprise incombe à l'employeur.

5. décision de la Commission mixte sur le reclassement interne ou externe.

### Qui est la Commission mixte ?

La Commission mixte a été instituée par la loi de 2002, auprès du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi. Elle a pour mission de décider le reclassement interne ou externe des travailleurs jugés incapables d'exercer leur dernier poste de travail par le CMSS.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, elle prend les décisions relatives au reclassement professionnel interne ou externe des salariés, relatives au statut de personne en reclassement professionnel, relatives à l'indemnité professionnelle d'attente, relatives à la taxe de compensation et relatives à l'indemnité compensatoire et aux mesures de réhabilitation ou de reconversion.

Elle se compose :

- de deux délégués représentant les assurés ;
- de deux délégués des employeurs ;
- d'un délégué du CMSS ;
- d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail ;
- d'un délégué du ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions ;
- d'un délégué de l'Agence pour le développement de l'emploi.

## 5.1. La protection contre le licenciement dès la saisine de la Commission mixte

Pour les salariés ayant un contrat de travail, l'employeur n'est pas autorisé à leur notifier la résiliation de leur contrat de travail, pendant la période se situant entre le jour de la saisine de la Commission mixte par le CMSS ou le médecin du travail et le jour de la notification de la décision de la Commission mixte.

Confirmant cette interdiction, la loi de 2015 a précisé que le licenciement notifié par l'employeur ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable est à considérer comme nul et sans effet, à partir du jour de la saisine de la Commission mixte.

Dans les 15 jours qui suivent la résiliation du contrat, le salarié peut demander au Président de la juridiction du travail de constater la nullité du licenciement et d'ordonner son maintien, ou, le cas échéant, sa réintégration.

L'ordonnance du Président de la juridiction du travail est exécutoire par provision. Elle est susceptible d'appel, dans les quarante jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat président la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les appels en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

**Attention :** Les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.



Les dispositions relatives à la cessation de plein droit du contrat de travail en raison du décès, de l'incapacité physique ou de la faillite de l'employeur et celles relatives à la cessation de plein droit du contrat de travail du fait de l'épuisement des droits du salarié à l'indemnité pécuniaire de maladie, sont applicables.

En cas de recours introduit par le travailleur contre une décision de reclassement professionnel interne de la Commission mixte, le contrat de travail est suspendu jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé.

### **Lacune de cette réforme: maintien du délai de 52 semaines d'indemnisation maximal et de la fin automatique du contrat de travail**

La pratique a malheureusement montré que la procédure du rapport circonstancié R4 à travers le CMSS s'est avérée inefficace sinon trop lente de sorte que les salariés concernés étaient souvent démunis de toutes ressources et de protection une fois le droit à l'indemnité pécuniaire de maladie épuisé à l'expiration des 52 semaines sur une période de référence de 104 semaines.

À partir de la saisine de la Commission mixte, comme le compteur pour le calcul des 52 semaines de maladie n'est pas remis à zéro, il devrait au moins être suspendu jusqu'à la décision de la Commission afin d'éviter que les personnes concernées épuisent leurs droits à l'indemnité pécuniaire et ne puissent plus bénéficier d'un reclassement interne.

Si la Commission mixte a besoin d'un certain temps pour analyser le dossier, éventuellement demander des pièces complémentaires au médecin du travail, au salarié, à son médecin ou à l'employeur, il n'est pas équitable que cela porte préjudice au salarié et le prive d'un reclassement interne et d'une indemnisation.

En outre, comme après une décision de reclassement interne, le délai de 52 semaines d'indemnisation maximal n'est pas remis à zéro, souvent les salariés reclassés en interne ont presque épuisé les 52 semaines d'incapacité de travail. Si par malheur ils tombent malade ou sont victimes d'un accident de travail, ils dépassent la limite des 52 semaines avec la nouvelle période d'incapacité de travail qui n'a rien à voir avec l'incapacité de travail pour laquelle ils ont été reclassés.

## 5.2. Le reclassement interne du salarié

### Qui peut bénéficier d'un reclassement interne ?

Les personnes bénéficiant d'un contrat de travail au moment de la saisine de la Commission mixte.

Le reclassement interne s'effectue sur un autre poste de travail et/ou sous un autre régime de travail. La procédure de modification unilatérale du contrat, que l'employeur doit respecter lorsqu'il modifie un élément essentiel du contrat de travail, ne s'applique pas.

L'aptitude à ce nouveau poste doit être constatée par le médecin du travail. Ce constat d'aptitude au poste aménagé est considéré comme preuve que l'employeur a rempli son obligation de reclassement interne.

L'entreprise doit communiquer au médecin du travail les tâches adaptées et définies pour le salarié en fonction de l'avis émis. Le médecin statue ensuite sur l'aptitude du salarié à son poste de reclassement interne et émet une fiche d'aptitude stipulant les tâches concernées. Si le poste ne convient pas, le médecin contacte l'entreprise afin d'adapter les tâches, car dans le cadre d'un reclassement interne lié à une inaptitude, l'entreprise a l'obligation de proposer un poste adapté.

### 5.2.1. Possible diminution de la durée du travail

La Commission mixte peut décider d'accompagner une mesure de reclassement d'une diminution de la durée de travail. Une indemnité compensatoire est payée par le Fonds pour l'emploi.

**La réforme a précisé que sur avis du médecin du travail**, le reclassement professionnel interne peut comporter une réduction du temps de travail qui ne peut être supérieure à la moitié du temps de travail fixé au contrat de travail en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel

Toutefois, cette réduction peut être portée jusqu'à 75% du temps de travail initial, par décision de la Commission mixte, sur avis du médecin-conseil de l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM). L'employeur **ou le salarié** doit à cet effet introduire une demande motivée à la suite de l'émission de l'avis du médecin du travail

compétent. Le demandeur doit, sous peine d'irrecevabilité, joindre à sa demande la preuve que le salarié, respectivement l'employeur, a été dûment informé de l'introduction de la demande.

### 5.2.2. L'indemnité compensatoire pour compenser la diminution de salaire éventuelle

La différence éventuelle entre l'ancienne et la nouvelle rémunération du salarié reclassé lui sera versée sous forme d'une indemnité compensatoire.

Avant la réforme, l'ancienne rémunération était calculée sur la base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des 12 mois entiers précédant immédiatement la décision de reclassement.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, le calcul de l'indemnité compensatoire a été simplifié en prenant comme référence le revenu cotisable au titre de l'assurance pension. L'indemnité compensatoire représente la différence entre le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel et le nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

Cette approche a entraîné une simplification administrative permettant un calcul informatisé par le Centre commun de la sécurité sociale. L'indemnité compensatoire devrait ainsi être liquidée plus rapidement.

Si la période de référence n'est pas entièrement couverte par l'occupation au service du dernier employeur, l'ancien revenu professionnel est obtenu en multipliant par 12 la moyenne de l'assiette cotisable se rapportant aux mois de calendrier entièrement couverts. À défaut d'un mois entièrement couvert au cours de la période de 12 mois, le revenu des assurés exerçant une activité pour compte d'autrui est déterminé sur base de la rémunération et, pour autant que de besoin, de l'horaire normal convenu dans le contrat de travail.

En cas de retrait d'une pension d'invalidité, respectivement d'une rente complète, l'indemnité compensatoire représente la différence entre l'ancien revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la mise en invalidité, respectivement précédant l'attribution d'une rente complète, et le montant du nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

Pour le calcul de l'indemnité compensatoire, l'ancienne rémunération servant de base est adaptée aux variations du coût de la vie (indexation) et revalorisée au niveau de vie (ajustement).

L'indemnité compensatoire est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements.

L'indemnité compensatoire reste acquise en cas de transfert d'entreprise.

L'indemnité compensatoire est prise en considération pour le calcul des indemnités de chômage, comme pour la détermination du montant de l'indemnité de préretraite.

Le paiement de l'indemnité compensatoire prend fin au moment de l'ouverture du droit à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

**À noter :** Si un employeur, qui ne relève pas de l'obligation de reclassement légale, procède au reclassement interne d'un salarié, l'indemnité compensatoire est due également. L'indemnité compensatoire est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

### 5.2.3. La protection contre le licenciement

Suite à une décision de reclassement interne, le salarié est protégé contre un licenciement jusqu'à l'expiration du 12<sup>ème</sup> mois qui suit la notification à l'employeur de la décision l'obligeant à procéder à son reclassement professionnel interne.

Dans les 15 jours qui suivent la résiliation du contrat, le salarié, peut demander au Président de la juridiction du travail de constater la nullité du licenciement et d'ordonner son maintien, ou, le cas échéant, sa réintégration.

L'ordonnance du Président de la juridiction du travail est exécutoire par provision et est susceptible d'appel dans les quarante jours à partir de sa notification. L'appel est porté, par le salarié, devant le magistrat président la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les appels en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.



Toutefois, les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

### 5.2.4. Pas de nouvelle décision de reclassement avant un an

La Commission mixte ne peut pas décider un nouveau reclassement d'un salarié dans l'année qui suit la décision de reclassement.

### 5.2.5. Le reclassement interne et la perte d'emploi

Rappelons que suite à une décision de reclassement interne, le salarié est protégé contre un licenciement jusqu'à l'expiration du 12<sup>ème</sup> mois qui suit la notification à l'employeur de la décision l'obligeant à procéder à son reclassement professionnel interne.

Avant le 31 décembre 2015, au cas où la relation d'emploi d'un salarié bénéficiaire d'un reclassement interne prend fin, suite :

1. au refus par l'employeur de procéder au reclassement interne ou
2. à la cessation de plein droit du contrat de travail par suite de décès, d'incapacité physique ou de faillite de l'employeur,

le salarié était assimilé au bénéficiaire d'une décision de reclassement externe, sous condition toutefois qu'il informe le service des salariés à capacité de travail réduite de l'ADEM de la cessation de la relation de travail par lettre recommandée à la poste, dans un délai de 20 jours ouvrables.

Peu de changements se sont opérés au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

En cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.

Le salarié en reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'employeur ou suite à un licenciement collectif, est en droit de saisir la Commission mixte endéans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail en vue d'un reclassement professionnel externe.

La Commission mixte saisit alors le médecin du travail qui fait parvenir à la Commission mixte son avis motivé portant sur les capacités résiduelles de la personne reclassée.

Dans l'hypothèse où elle n'a pas récupéré les capacités nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail qu'elle occupait avant la décision de reclassement professionnel interne, la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe, qui lui donne droit au statut protecteur.

Par contre, si le médecin du travail constate que la personne reclassée a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, la Commission mixte refuse le reclassement professionnel externe.

### 5.2.6. Les aides matérielles au profit de l'employeur

L'employeur<sup>43</sup> qui occupe un salarié en reclassement professionnel interne peut bénéficier d'aides matérielles :

- une participation au salaire fixée en fonction de la perte de rendement du travailleur due à la diminution de sa capacité de travail, de l'effort de maintien à l'emploi entrepris par l'employeur en faveur des travailleurs reclassés, de la nature et la durée du travail à prester ainsi que des conclusions découlant d'une étude du poste de travail à occuper par le travailleur reclassé et d'un bilan des déficits et des capacités résiduelles de ce dernier à établir par le médecin du travail compétent. Elle peut être limitée dans le temps et ne peut pas dépasser 75% du salaire versé au travailleur, y compris la part patronale des cotisations de sécurité sociale. Toutefois, elle peut être portée à 100% pendant la durée d'une mesure de réhabilitation ou de reconversion décidée par la Commission mixte. Le taux de participation pourra être revu périodiquement par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi ;

La rémunération prise en compte pour la participation au salaire ne peut pas dépasser le quintuple du salaire social minimum mensuel pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au

<sup>43</sup> Sont visés les employeurs du secteur privé et du secteur communal, ainsi qu'aux établissements publics.

moins travaillant à temps plein. Ce plafond est réduit proportionnellement en fonction de la durée de travail effective après reclassement.

Les rémunérations pour heures supplémentaires, les indemnités pour frais accessoires exposés ainsi que toute prime ou gratification sont exclues de la participation au salaire.

- une prise en charge totale ou partielle des frais résultant de l'aménagement du poste de travail et des accès au travail ;

Ces aides sont accordées sur demande de l'employeur au directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi et sont à charge du Fonds pour l'emploi.

- l'employeur peut également prétendre à une bonification d'impôt sur le revenu.

### 5.2.7. Refus du reclassement interne par l'employeur

Avant le 31 décembre 2015, le reclassement interne était obligatoire pour les entreprises qui employaient au moins 25 salariés et qui ne répondaient pas aux obligations légales prévues en matière de travailleurs handicapés ou à capacité réduite qu'une entreprise doit embaucher.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Commission mixte peut imposer un reclassement interne à tous les employeurs occupant au moins 25 salariés.

Pour les entreprises de moins de 25 salariés :

- si la saisine se fait par le CMSS, il n'y a pas d'obligation de reclassement interne. L'employeur peut toutefois accepter un reclassement interne. Si ce n'est pas le cas, le salarié sera redirigé vers le reclassement externe ;
- si le salarié est déclaré inapte sur un poste à risques lors d'une visite médicale auprès du médecin du travail et a une ancienneté de plus de 10 ans, l'employeur doit donner son accord préalable pour que le médecin du travail puisse saisir la Commission mixte en vue d'un reclassement interne. À défaut, l'employeur ne peut pas continuer à employer un salarié à un poste pour lequel il a été déclaré inapte par le médecin du travail. L'employeur doit dans la mesure du possible affecter le salarié à un autre poste de travail. En l'absence de possibilité de réaffectation du salarié à un autre poste, l'employeur ne peut que résilier le contrat de travail avec préavis. L'inaptitude du salarié à exécuter le travail pour lequel il a été engagé constituant, à défaut de possibilité de réaffectation, un juste motif de licenciement avec préavis. La preuve de la réalité du motif du licenciement, à savoir l'impossibilité de réaffectation du salarié au sein de l'entreprise incombe à l'employeur.

L'employeur doit fournir la preuve qu'il occupe moins de 25 salariés. Pour les établissements multiples, chaque établissement est pris isolément.

Lorsque l'employeur, occupant au moins 25 salariés, refuse d'opérer le reclassement interne, sans y être autorisé par la Commission mixte, il peut s'exposer à verser des dommages et intérêts au salarié ainsi qu'une taxe de compensation au Fonds pour l'emploi.

#### ***Demande de dispense par l'employeur en raison de préjudices graves***

L'employeur peut demander une dispense de reclassement interne en introduisant un dossier motivé auprès de la Commission mixte et en rapportant la preuve qu'un tel reclassement lui causerait des préjudices graves.

#### **La notion de « préjudices graves » n'est pas définie par la loi**

Dans un arrêt du 28 avril 2004, le Conseil supérieur des assurances sociales<sup>44</sup> retient que :

*« Comme la réinsertion professionnelle est assortie d'aides financières importantes en faveur de l'employeur et que la pratique actuelle consiste à limiter massivement le temps d'occupation du salarié ayant bénéficié d'une réinsertion interne, il est difficile d'admettre que le législateur ait voulu viser uniquement le danger d'une déclaration en état de faillite que pourraient engendrer des mesures de réinsertion internes.*

*Le préjudice grave, c'est-à-dire un dommage important et sérieux engendré par un acte nuisible aux intérêts de l'employeur, acte susceptible de conséquences sérieuses et de suites fâcheuses, doit donc s'entendre*

<sup>44</sup> Conseil supérieur de la sécurité sociale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009.



*aussi dans le sens d'une diminution de la productivité, d'une influence sur la compétitivité sur le marché du travail, sur la concurrence économique, la rationalisation et le coût et l'intérêt pour l'entreprise d'une formation spéciale du salarié concerné. ».*

En l'espèce, l'employeur a cessé toute activité et le Conseil supérieur des assurances sociales a décidé que l'on ne saurait imposer à un employeur, qui dans quelques mois fermera le site, d'engager en présence de sa situation financière désastreuse des frais d'une formation complémentaire qui ne lui profiteront plus.

Après avoir reçu la position de l'employeur, la Commission mixte prend une décision motivée relative au reclassement interne ou externe.

La Commission mixte examine dans les 40 jours du retour de l'avis du médecin du travail les dossiers qui lui sont présentés en vue du reclassement soit interne, soit externe d'un travailleur. Elle peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement interne ou externe de l'intéressé.

La décision de la Commission mixte est susceptible d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à partir de la notification de la décision.

### **Sanction renforcée en cas de non-respect de la décision de reclassement interne**

L'employeur qui refuse d'opérer le reclassement professionnel interne en l'absence de dispense de la Commission de reclassement est tenu de verser au Fonds pour l'emploi une taxe de compensation.

Avant le 31 décembre 2015, cette taxe s'élevait à 50% du salaire social minimum pendant une durée maximale de 24 mois.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette taxe a été augmentée en la faisant correspondre au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne. Elle est à verser tant que l'employeur ne respecte pas son obligation avec une durée maximale de vingt-quatre mois.

### **Nouvelle procédure pour le paiement de cette taxe**

Après avoir constaté le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, la Commission mixte arrête le montant et décide la durée du paiement de la taxe de compensation.

La notification de l'injonction de payer une taxe de compensation émise par la Commission mixte s'effectue moyennant lettre recommandée.

En cas de désaccord, l'employeur doit former opposition par écrit motivé endéans un délai de 15 jours à compter de la date de notification de l'injonction, par lettre recommandée adressée à la Commission mixte.

En cas d'opposition, la Commission mixte prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire. Cette décision pourra faire l'objet d'un recours devant les juridictions de sécurité sociale.

À défaut d'opposition régulièrement notifiée, la taxe devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition.

### **Effets sur le contrat de travail du salarié**

Lorsque l'employeur ne propose pas de reclassement interne, le contrat de travail subsiste mais l'employeur ne peut pas continuer à employer un salarié à un poste pour lequel il a été déclaré inapte par le médecin du travail.

Il doit licencier le salarié, qui pourra demander des dommages et intérêts pour rupture abusive du contrat.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, en cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.

## 5.3. Le reclassement externe du salarié

### Qui peut bénéficier d'un reclassement externe ?

Les personnes pouvant bénéficier d'un reclassement externe sont celles présentant une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à leur dernier poste de travail et :

- pour qui le reclassement interne n'a pas été possible ;
- qui se sont vues refuser une pension d'invalidité ;
- à qui une pension d'invalidité temporaire a été retirée ;
- qui se sont vues retirer une rente accident ;
- bénéficiaires de l'indemnité pécuniaire de maladie dont le contrat de travail a été résilié après la 26<sup>ème</sup> semaine d'incapacité de travail pour un motif autre qu'une faute grave ou dont le contrat de travail a pris fin pour une cause indépendante de leur volonté et qui ne sont pas à considérer comme invalide ;
- bénéficiaires d'une décision de reclassement interne, mais qui ont perdu leur emploi en raison de la cessation de l'activité de leur employeur ou suite à un licenciement collectif, à condition de s'adresser à la Commission mixte endéans les 20 jours à partir de la fin de leur contrat de travail.

La décision de reclassement externe entraîne la cessation automatique du contrat de travail.

Le travailleur est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM à partir du jour suivant la notification de la décision. Il sera pris en charge par le service des travailleurs à capacité réduite. Il va, dans un premier temps, bénéficier des indemnités de chômage par l'ADEM pendant 12 mois maximum, avec d'éventuelles possibilités de prolongations.

En cas de reclassement sur un poste de travail proposé par l'ADEM dont le salaire est inférieur au précédent salaire, le salarié peut avoir droit à une indemnité compensatoire dans les mêmes conditions applicables à un reclassement interne (voir point 5.3.3.).

À défaut, après avoir épuisé ses droits au chômage, il devra demander une indemnité **professionnelle** d'attente (voir point 5.3.2.) via un formulaire délivré par l'ADEM.

Cette indemnité d'attente est payée jusqu'au moment où le salarié reclassé retrouve un emploi ou jusqu'à l'âge de la pension.

La Commission mixte peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé. L'intéressé doit suivre ces mesures sous peine de perte du statut de personne en reclassement professionnel sur décision de la Commission mixte.

La réforme a introduit plusieurs nouveautés relatives au reclassement externe, qui s'appliquent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 :

- **création d'un statut protecteur de salarié en reclassement professionnel externe ;**
- **remplacement de l'ancienne indemnité d'attente assorti d'une condition d'obtention plus stricte ;**
- **possibilité d'affecter le demandeur d'emploi en reclassement externe à des travaux d'utilité publique.**

### 5.3.1. La création d'un statut protecteur de salarié en reclassement professionnel externe

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 a été créé un statut spécifique de « personne en reclassement professionnel externe », afin d'éviter que le salarié en reclassement professionnel externe refuse d'occuper un nouveau poste de travail, du fait du risque de perdre, avec la cessation du nouveau contrat de travail les droits liés à la décision de reclassement.

Ce statut garantit au bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel externe le maintien des droits résultant de la décision prise par la Commission mixte tant qu'il n'a pas récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel.



### **Reclassement externe et perte d'emploi**

Le salarié en reclassement professionnel externe qui perd son nouvel emploi pour une raison indépendante de sa volonté, garde son statut de personne en reclassement professionnel à condition de s'inscrire, dans les 20 jours à partir de la fin du contrat de travail, comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM.

### **Reclassement externe sans emploi**

Pour la personne en reclassement professionnel externe sans emploi le maintien du statut est subordonné à la continuation de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM et de sa disponibilité pour le marché de l'emploi.

### **Reclassement interne et perte d'emploi**

Le salarié en reclassement professionnel interne, qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'employeur ou suite à un licenciement collectif, est en droit de saisir la Commission mixte dans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail en vue d'un reclassement professionnel externe.

La Commission mixte saisit alors le médecin du travail qui fait parvenir à la Commission mixte son avis motivé portant sur les capacités résiduelles de la personne reclassée.

Dans l'hypothèse où elle n'a pas récupéré les capacités nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant au dernier poste de travail qu'elle occupait avant la décision de reclassement professionnel interne, la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe, qui lui donne droit au statut protecteur.

Par contre, si le médecin du travail constate que la personne reclassée a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, la Commission mixte refuse le reclassement professionnel externe.

## **5.3.2. Le remplacement de l'ancienne indemnité d'attente**

Au terme de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage y compris les prolongations éventuelles, le salarié, n'ayant pas retrouvé un emploi, bénéficie d'une indemnité d'attente, qui a été rebaptisée indemnité *professionnelle* d'attente.

L'indemnité professionnelle d'attente est suspendue si le salarié touche la rente d'attente suite à un accident du travail / accident de trajet ou à une maladie professionnelle.

Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité d'attente, le bénéficiaire doit rester inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM et être disponible pour le marché du travail.

### **Des nouvelles conditions d'obtention plus strictes**

Il faut dorénavant que le demandeur puisse se prévaloir d'une aptitude d'au moins dix ans au dernier poste de travail constatée par le médecin du travail compétent ou d'une ancienneté de service d'au moins dix ans.

Les périodes d'activité professionnelle effectuées sous le statut de personne en reclassement professionnel sont mises en compte au titre de la durée minimale d'aptitude au dernier poste de travail.

En outre, il est précisé que le bénéficiaire de l'indemnité professionnelle d'attente est tenu de se présenter aux services de l'ADEM aux jours et heures qui lui sont indiqués. Celui qui, sans excuse valable, ne se conforme pas à cette prescription, perd le droit à l'indemnité professionnelle d'attente pour 7 jours de calendrier, en cas de récidive pour 30 jours de calendrier.

La non-présentation à 3 rendez-vous consécutifs entraîne l'arrêt définitif de l'indemnité professionnelle d'attente à partir du premier jour de non-présentation et la clôture du dossier du bénéficiaire.

La perte temporaire ou définitive de l'indemnité professionnelle d'attente est décidée par la Commission mixte.

### **Un revenu de remplacement dissocié de toute logique de pension**

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le montant de l'indemnité d'attente correspondait à la pension d'invalidité à laquelle le salarié aurait eu droit. Afin de la rendre cotisable, la réforme l'a détachée de toute logique de pension. Ce qui lui a attribué les caractéristiques d'un revenu de remplacement payé en continuation du chômage.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette indemnité professionnelle d'attente s'élève à 80% du revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des 12 mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel, ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, avec application du même plafond qu'en matière de chômage.

Elle est soumise aux charges sociales et fiscales applicables en matière de salaires et sera ainsi prise en considération ultérieurement lors du calcul de la pension. Elle est indexée.

Son financement est pour moitié à charge de l'organisme de pension et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi, alors que jusqu'au 31 décembre 2015, seul l'organisme d'assurance pension était compétent.

Cette nouvelle approche devrait permettre de réagir à trois reproches contre le régime actuel :

- l'inégalité liée au fait que le montant de la prestation dépend de la durée de la carrière d'assurance au Luxembourg ;
- l'inégalité liée au fait que le mode de calcul actuel peut faire en sorte que le montant de l'indemnité d'attente est plus élevé que celui du salaire antérieur gagné sur le dernier poste de travail ;
- la difficulté d'attribuer une qualification uniforme dans le cadre de la coordination internationale, et éviter une pénalisation des frontaliers dans leur droit à pension.

### **Sans durée maximale de versement**

L'octroi de l'indemnité professionnelle d'attente est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité professionnelle autre qu'insignifiante<sup>45</sup>.

Est considérée comme activité insignifiante, toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu au Luxembourg ou à l'étranger qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum.

Le paiement de l'indemnité professionnelle d'attente prend fin au moment de l'ouverture du droit, au Luxembourg ou à l'étranger, à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

### **5.3.3. L'indemnité compensatoire en cas de nouvel emploi**

En cas de reclassement externe, une indemnité compensatoire peut être versée au salarié dans les mêmes conditions applicables à un reclassement interne (voir ci-dessus), à condition que le poste ait été proposé par les services de l'ADEM.

**Une condition a été ajoutée : le salarié doit avoir été déclaré apte au nouveau poste de travail lors de l'examen médical d'embauche.**

**À noter :** Lorsque que le salarié retrouve un travail, il est convoqué en médecine du travail pour évaluer son aptitude au nouveau poste.

S'il est examiné dans autre service de santé au travail que celui dans lequel a été émis l'avis d'inaptitude, il est important que le salarié se présente au rendez-vous avec une copie de cet avis<sup>46</sup>.

Les indemnités de chômage éventuellement versées avant le reclassement externe ne sont pas prises en considération pour le calcul de l'ancien salaire.

L'indemnité compensatoire due en cas de reclassement externe est liée à une condition de temps de travail : le nouvel emploi doit comporter un temps de travail au moins égal à la moitié du temps de travail fixé au dernier contrat. En cas d'une pluralité de relations de travail antérieures, le temps de travail cumulé de ces emplois antérieurs est pris en compte pour la détermination du nouveau temps de travail requis. Le temps de travail requis peut être atteint par le cumul de plusieurs emplois.

Sur demande motivée du travailleur et sur avis du médecin-conseil de l'Agence pour le développement de l'emploi, la Commission mixte peut réduire le temps de travail requis jusqu'à 25% du temps de travail initial.

Le nouvel employeur peut avoir droit aux aides prévues par la loi et à la bonification d'impôt.

45 Au titre de l'article 184, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

46 Source : <http://www.stm.lu/examen-medicaux/dans-le-cadre-du-reclassement-professionnel/#3>



### 5.3.4. La possibilité d'affecter le demandeur d'emploi en reclassement externe à des travaux d'utilité publique

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe peut être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'État, des communes et des syndicats communaux, des établissements publics et des fondations, pour une durée de quatre mois au moins.

Cette mesure prend fin dès que le demandeur d'emploi en question trouve un emploi ou, sur avis du médecin du travail compétent ou, au plus tard, au moment où il perd son statut de personne en reclassement professionnel.

Les employeurs intéressés peuvent introduire une demande motivée auprès du service des salariés à capacité de travail réduite.

La demande motivée doit contenir une description précise de la nature des travaux envisagés et prévoir la désignation d'un tuteur appelé à assister et encadrer le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe pendant la durée des travaux.

Elle est analysée par l'ADEM qui sélectionne des candidats potentiels parmi les demandeurs d'emploi ayant le statut de personne en reclassement professionnel.

La liste des candidats sélectionnés est transmise à la Commission mixte et au promoteur et le médecin du travail détermine la ou les personnes en reclassement professionnel externe qui peuvent être affectées aux travaux d'utilité publique en question.

L'avis du médecin du travail compétent est transmis à la Commission mixte.

La décision d'affectation est prise par le ministre ayant le Travail dans ses attributions, sur proposition de la Commission mixte.

Une dispense de travail sera accordée à la personne en reclassement professionnel externe pour lui permettre de se présenter à des emplois qui lui sont proposés par l'ADEM.

## 5.4. La réévaluation périodique du salarié reclassé

La réforme de la procédure de reclassement a mis en place un suivi médical régulier du salarié reclassé. Le salarié doit être vu par le médecin du travail au moins tous les 2 ans, sauf si les restrictions de sa capacité de travail ont un caractère définitif.

Le médecin du travail procède, soit en fonction de la périodicité arrêtée dans son avis initial, soit sur demande du président de la Commission mixte à une réévaluation médicale de la personne en reclassement professionnel. Il en informe la Commission mixte par avis motivé.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que l'état de santé du salarié en reclassement professionnel, qui a repris le travail sur un poste adapté, nécessite une réduction du temps de travail ou une nouvelle adaptation du poste de travail, il saisit la Commission mixte pour prendre une décision relative au temps de travail ou aux modalités d'aménagement du poste de travail.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que la réduction du temps de travail accordée n'est médicalement plus justifiée, en partie ou dans sa totalité, il saisit la Commission mixte qui décide de l'adaptation du temps de travail. Cette décision prend effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Si le médecin du travail constate lors de cette réévaluation périodique que le salarié en reclassement professionnel a récupéré les capacités de travail nécessaires pour exécuter des tâches similaires à celles correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit la Commission mixte qui décide la perte du statut spécifique et la cessation du paiement de l'indemnité compensatoire ou de l'indemnité professionnelle d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne en reclassement professionnel qui se soustrait à cette réévaluation médicale, se voit retirer les prestations en espèces y liées et, le cas échéant, le statut de salarié en reclassement professionnel externe. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

**Cette réévaluation s'applique également aux salariés ayant bénéficié d'un reclassement externe avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et leur permet d'acquérir le statut de personne en reclassement professionnel<sup>47</sup> :**

Les personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente sont soumises à l'examen de réévaluation médicale. Les médecins mandatés par le directeur de l'ADEM sont compétents pour procéder à ces examens de réévaluation médicale.

Le médecin compétent convoque et examine l'intéressé.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé est toujours incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail, l'indemnité d'attente continue à être payée. Le médecin compétent arrête dans son avis la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale.

La personne incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail acquiert le statut de personne en reclassement professionnel.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit l'organisme de pension compétent qui décide la cessation du paiement de l'indemnité professionnelle d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de 12 mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne qui se soustrait à l'examen de réévaluation médicale prévue ci-dessus, se voit retirer l'indemnité professionnelle d'attente par décision de l'organisme de pension compétent saisi par le médecin compétent. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

Les examens médicaux prévus au présent article sont remboursés annuellement par l'État à l'ADEM.

---

<sup>47</sup> Article IV de la loi du 23 juillet 2015.





## TEXTE COORDONNÉ DES NOUVELLES DISPOSITIONS APPLICABLES

1. Code du travail (extraits)
2. Loi du 23 juillet 2015 (extraits)
3. Code de la sécurité sociale (extraits)
4. Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale
5. Statuts de la CNS (extraits)
6. Statuts de la Mutualité des employeurs

## Note de lecture :

Les modifications apportées par la loi du 23 juillet 2015 portant modification du Code du travail et du Code de la sécurité sociale concernant le dispositif de reclassement figurent en rouge. Elles sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les modifications apportées par la loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. le Code du Travail ; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale figurent en vert. Elles sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Le présent document constitue une sorte de texte coordonné permettant de comparer la version antérieure des textes applicables et la version actuelle, telles qu'elles ont été modifiées par les :

- ▶ 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, Mémorial A, n°143, 27 juillet 2015, page 2946. Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 ;
- ▶ loi du 7 août 2015 modifiant les attributions du Contrôle médical de la sécurité sociale et modifiant 1. le Code de la sécurité sociale ; 2. le Code du Travail ; 3. la loi modifiée du 15 décembre 1993 déterminant le cadre du personnel des administrations, des services et des juridictions de la sécurité sociale, Mémorial A, n°159, 13 août 2015, page 3866. Cette loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2015.

Il ne s'agit pas d'une version officielle. Le présent document poursuit donc la seule finalité de mettre en évidence les différences entre les versions des textes ainsi que, par un jeu de couleurs, les différentes dates d'entrée en vigueur des dispositions.

## 1. Code du travail (extraits)<sup>48</sup>

### Section 4. – Protection en cas d'incapacité de travail du salarié

#### Article L.121-6

(1) Le salarié incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident est obligé, le jour même de l'empêchement, d'en avvertir personnellement ou par personne interposée l'employeur ou le représentant de celui-ci.

L'avertissement visé à l'alinéa qui précède peut être effectué oralement ou par écrit.

(2) Le troisième jour de son absence au plus tard, le salarié est obligé de soumettre à l'employeur un certificat médical attestant son incapacité de travail et sa durée prévisible.

(3) L'employeur averti conformément au paragraphe (1) ou en possession du certificat médical visé au paragraphe (2) n'est pas autorisé, même pour motif grave, à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable visé à l'article L.124-2 pour une période de vingt-six semaines au plus à partir du jour de la survenance de l'incapacité de travail.

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail cesse pour le salarié en cas de décision de refus émise par la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 47, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, qui s'impose à l'employeur. La période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède cesse à l'expiration du délai de recours de quarante jours courant à partir de la notification de la décision de la Caisse nationale de santé à l'assuré. La Caisse nationale de santé informe l'employeur en cas de recours exercé par le salarié contre la décision, auquel cas la période d'interdiction de notification de la résiliation du contrat de travail ou de convocation à l'entretien préalable visée à l'alinéa qui précède est maintenue. Le droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant du contrat de travail est rétabli en cas de révision de la décision de refus susvisée ayant mis fin au droit, l'employeur en étant informé par la Caisse nationale de santé.

Les dispositions des alinéas 1 et 2 cessent d'être applicables à l'égard de l'employeur si la présentation du certificat médical n'est pas effectuée avant l'expiration du troisième jour d'absence du salarié.

La résiliation du contrat effectuée en violation des dispositions du présent paragraphe est abusive.

<sup>48</sup> Source : [www.legilux.public.lu](http://www.legilux.public.lu) sous Textes coordonnés, Codes-loi.

(4) Les dispositions du paragraphe (3) ne sont pas applicables :

- si l'incapacité de travail constitue la conséquence d'un crime ou d'un délit auquel le salarié a participé volontairement ;
- si l'avertissement sinon la présentation du certificat d'incapacité de travail sont effectués après réception de la lettre de résiliation du contrat ou, le cas échéant, après réception de la lettre de convocation à l'entretien préalable, sauf en cas d'hospitalisation urgente du salarié, auquel cas la présentation du certificat d'incapacité de travail dans les huit jours de l'hospitalisation rend nulle et sans effets la lettre de notification de la résiliation du contrat, ou, le cas échéant, la lettre de convocation à l'entretien préalable.

(5) L'employeur peut résilier le contrat de travail du salarié après l'expiration de la période visée au paragraphe (3), alinéa 1 et 2.

L'employeur qui ne résilie pas le contrat de travail du salarié après la période visée au paragraphe (3), alinéa 1<sup>er</sup>, est obligé de compléter l'indemnité pécuniaire de maladie ou l'allocation lui servie jusqu'à parfaire le montant de son salaire net au plus tard jusqu'à l'expiration des douze mois qui suivent celui de la survenance de l'incapacité de travail.

(6) Si le salarié peut réclamer à un tiers, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage résultant pour lui de la maladie ou de l'accident, ce droit, pour autant qu'il concerne l'indemnisation pour pertes de salaire subies pendant les périodes visées aux paragraphes (4) et (5), passe à l'employeur jusqu'à concurrence du salaire et des indemnités par lui payées.

(Loi du 13 mai 2008)

« Les dispositions de l'article 453 du Code de la sécurité sociale concernant l'intervention des institutions d'assurance dans l'action dirigée contre le tiers responsable sont applicables à l'égard de l'employeur. »

Les procédures en cas de reclassement externe, au sens du livre V, titre V, chapitre 1<sup>er</sup> relatif à l'emploi des salariés incapables d'exercer leur dernier poste de travail, ne sauraient porter préjudice à l'application du présent article.

## Section 5. – Révision du contrat de travail

### Art. L.121-7.

Toute modification en défaveur du salarié portant sur une clause essentielle du contrat de travail doit, sous peine de nullité, être notifiée au salarié dans les formes et délais visés aux articles L.124-2 et L.124-3 et indiquer la date à laquelle elle sort ses effets. Dans ce cas, le salarié peut demander à l'employeur les motifs de la modification et l'employeur est tenu d'énoncer ces motifs dans les formes et délais prévus à l'article L.124-5.

La modification immédiate pour motif grave doit être notifiée au salarié, sous peine de nullité, dans les formes et délais prévus aux articles L.124-2 et L.124-10.

La résiliation du contrat de travail découlant du refus du salarié d'accepter la modification lui notifiée constitue un licenciement susceptible du recours judiciaire visé à l'article L.124-11.

~~Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas en cas de reclassement interne au sens du livre V, titre V, relatif à l'emploi des salariés incapables d'exercer leur dernier poste de travail.~~

(...)

## Chapitre VI. Examens médicaux

### Art. L.326-1.

Toute personne briguant un poste de travail est soumise en vue de l'embauchage à un examen médical fait par le médecin du travail.

Pour les salariés de nuit visés à l'article L.326-3 point 4. et pour les postes à risques dont question à l'article L.326-4 ci-après l'examen doit être fait avant l'embauchage. Pour les autres postes l'examen doit être fait dans les deux mois de l'embauchage.

L'examen médical d'embauchage a pour objet de déterminer si le candidat est apte ou inapte à l'occupation envisagée.

L'examen médical d'embauchage doit être effectué, outre sur les salariés visés à l'article L.321-1, paragraphe (4), sur les élèves et étudiants bénéficiant d'un contrat régi par le livre I<sup>er</sup>, titre V et sur les élèves en stage de formation, du moment qu'ils effectuent un travail sur un poste à risques visé à l'article L.326-4.

Au cas où l'examen médical d'embauchage a lieu après l'embauchage, le contrat de travail est conclu sous condition résolutoire.

La condition résolutoire est réalisée, et le contrat de travail se trouve en conséquence résilié de plein droit, du fait de la déclaration d'inaptitude du salarié à l'occupation envisagée lors de l'examen médical d'embauchage.

#### **Art. L.326-2.**

Si un salarié, ayant passé l'examen d'embauchage pour un premier poste, est affecté à un autre poste présentant des conditions de travail sensiblement différentes avec des risques virtuels pour la santé des salariés, l'employeur est tenu d'en avertir le médecin du travail qui décide de la nécessité éventuelle d'un nouvel examen.

Si un salarié change d'employeur, le médecin du travail compétent en vertu du nouveau poste peut, sur le vu de la dernière fiche d'examen médical établie en rapport avec le poste précédent conformément à l'article L.326-8, conclure à l'aptitude du salarié pour le nouveau poste, si celui-ci ne présente pas de conditions de travail sensiblement différentes avec le poste précédent. Si le poste nouveau relève d'un autre service de santé au travail que l'ancien, ce dernier est tenu de remettre la dernière fiche d'examen médical au service de santé au travail désormais compétent, à la demande de celui-ci.

#### **Art. L.326-3.**

Sont soumis obligatoirement à des examens médicaux périodiques les salariés :

1. âgés de moins de vingt et un ans ;
2. occupant un poste à risques visé à l'article L.326-4 ;
3. pour lesquels, lors de l'examen d'embauchage, le médecin du travail a jugé utile de procéder régulièrement à un examen médical ;
4. les salariés de nuit tels que définis à l'article L.211-14.

En cas de besoin, cette liste peut être complétée par règlement grand-ducal à prendre sur avis du Conseil d'État et après consultation de la Conférence des Présidents de la Chambre des députés.

La périodicité des examens est fixée par règlement grand-ducal, sur avis du conseil supérieur de la santé et de la sécurité au travail.

Ni les examens médicaux auxquels il est procédé en vertu du présent titre, ni aucun autre examen médical effectué en relation avec le contrat de travail ne peuvent comporter un dépistage direct ou indirect du VIH/SIDA.

#### **Art. L.326-4.**

(1) Est considéré comme poste à risques :

1. tout poste exposant le salarié qui l'occupe à un risque de maladie professionnelle, à un risque spécifique d'accident professionnel sur le lieu de travail lui-même, à des agents physiques ou biologiques susceptibles de nuire à sa santé, ou à des agents cancérigènes ;
2. tout poste de travail comportant une activité susceptible de mettre gravement en danger la sécurité et la santé d'autres salariés ou de tiers ainsi que tout poste de travail comportant le contrôle d'une installation dont la défaillance peut mettre gravement en danger la sécurité et la santé de salariés ou de tiers.

(2) Sont considérés comme postes dont le travail comporte des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes :

1. les activités qui aggravent la diminution de vigilance du salarié de nuit tels que les travaux qui impliquent la mise en œuvre de substances neurotoxiques, dans l'utilisation de substances organiques volatiles et des produits qui en contiennent, les tâches accomplies dans des conditions qui accroissent la monotonie et qui conduisent à l'hypovigilance, dans des tâches qui sollicitent une attention soutenue, ou qui sont répétitives ou peu variées ;

2. les activités qui exigent une augmentation de l'activation biologique du salarié de nuit tels que les travaux exigeant des efforts importants et provoquant une charge de travail importante et les travaux exécutés dans une ambiance de chaud ou froid excessif.

(3) Chaque employeur, en collaboration avec le médecin du travail, fait l'inventaire des postes à risque prévus au paragraphe (1) ci-dessus et des postes dont le travail comporte des risques particuliers ou des tensions physiques ou mentales importantes prévus au paragraphe (2) ci-dessus dans son entreprise et le met à jour au moins tous les trois ans. L'inventaire et les mises à jour sont communiqués au médecin chef de la division de la santé au travail auprès de la direction de la santé, qui arrête pour chaque employeur la liste des postes à risques. À défaut de communication par l'employeur, le médecin-chef de division précité arrête cette liste d'office, après avoir pris l'avis de l'Inspection du travail et des Mines et du comité mixte d'entreprise s'il en existe.

#### **Art. L.326-5.**

Lorsqu'il l'estime nécessaire en raison, soit de l'état de santé des intéressés, soit des conditions particulières de leur travail, soit d'incidents d'ordre sanitaire survenus dans l'entreprise, soit à la demande de l'employeur ou du salarié, soit à la demande du comité mixte, ou, à défaut, de la délégation du personnel, le médecin du travail peut procéder à des examens médicaux en dehors de ceux prévus à l'article L.326-3.

Si le médecin du travail estime que la santé des salariés est gravement menacée, il en informe le médecin-chef de division de la santé au travail qui expose la situation au directeur de l'Inspection du travail et des mines ou à son remplaçant.

Dans ce cas, le titre V du présent livre concernant la protection des salariés contre les risques liés à une exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques est applicable.

#### **Art. L.326-6.**

Si un salarié reprend son travail après une absence ininterrompue de plus de six semaines pour cause de maladie ou d'accident, l'employeur est tenu d'en avvertir le médecin du travail. Le médecin peut soumettre le salarié à un examen médical ayant pour but d'apprécier son aptitude à reprendre son ancien emploi ou de déterminer l'opportunité d'une mutation, d'une réadaptation ou d'une adaptation du poste de travail.

#### **Art. L.326-7.**

Les examens médicaux d'embauchage, les examens médicaux périodiques et les autres examens médicaux relevant de la médecine du travail sont effectués par le médecin du travail compétent pour l'employeur auprès duquel le salarié est ou sera occupé.

Toutefois, à la demande de l'employeur, le ministre ayant la Santé dans ses attributions peut agréer un médecin établi à l'étranger pour effectuer les examens dont question à l'alinéa qui précède sur des salariés dont le poste de travail est situé exclusivement à l'étranger.

#### **Art. L.326-8.**

Le médecin du travail communique dans les trois jours qui suivent l'examen ou l'obtention des résultats d'examens complémentaires, s'il en a ordonnés, ses conclusions au salarié et à son employeur ou futur employeur au moyen d'une fiche d'examen médical qui émerge respectivement l'aptitude ou l'inaptitude pour le poste envisagé sans indication de diagnostic, le secret médical devant être strictement observé.

Le modèle de la fiche d'examen médical, les modalités suivant lesquelles l'employeur est tenu de garder les fiches d'examen médical des salariés de son entreprise, ainsi que les modalités de transmission entre employeurs de ces fiches en cas de changement d'employeur par le salarié, sont déterminés par règlement grand-ducal.

La transmission de la fiche d'examen médical entre employeurs en cas de changement d'employeur par le salarié ne peut se faire qu'avec l'accord du salarié.

#### **Art. L.326-9.**

(1) Lorsque le médecin du travail constate l'inaptitude du salarié à occuper un poste de travail, il doit en informer le salarié et l'employeur par lettre recommandée, indiquant les voies et délais de recours.

(2) Sauf dans les cas où le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé ou la sécurité du salarié ou celles de tiers, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du sala-

rié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail et, le cas échéant, un réexamen du salarié après deux semaines. L'étude du poste comporte une visite du poste faite en présence du salarié et de l'employeur si l'étude des conditions de travail l'exige.

L'étude du poste doit porter sur les possibilités de mutation et de transformation du poste, justifiées par des considérations relatives notamment à la résistance physique ou à l'état de santé des salariés et comporte des propositions pour l'adaptation du poste que l'employeur devra prendre en considération, le tout dans la mesure du possible.

(3) L'employeur ne peut continuer à employer un salarié à un poste pour lequel il a été déclaré inapte par le médecin du travail.

(4) Sans préjudice des dispositions qui précèdent, l'employeur doit dans la mesure du possible affecter le salarié déclaré inapte pour un poste à un autre poste de travail.

~~(5) Si l'employeur occupe régulièrement au moins cinquante salariés et que le salarié déclaré inapte pour un poste à risques a été occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise, l'employeur est tenu de l'affecter à un autre poste pour lequel il est trouvé apte.~~

(5) Si l'employeur occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total d'au moins vingt-cinq travailleurs et que le salarié occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise est déclaré inapte pour son poste de travail, étant un poste à risques, l'employeur est tenu de procéder au reclassement professionnel interne au sens de l'article L.551-1.

Pour apprécier, le cas échéant, l'inaptitude visée à l'alinéa qui précède, le médecin du travail compétent examine l'intéressé et procède à une étude détaillée du poste comportant une visite du poste faite en présence du salarié et de l'employeur.

Le médecin du travail compétent établit un avis motivé constatant, le cas échéant, l'inaptitude du salarié pour le poste à risques occupé. Dans son avis, le médecin du travail compétent se prononce sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur les possibilités de mutation et d'adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'inaptitude et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L.551-6, paragraphe 4. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail compétent peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans, à moins que les restrictions aient un caractère définitif.

Le médecin du travail compétent saisit la Commission mixte en lui transmettant son avis. Celle-ci décide soit d'admettre soit de refuser le reclassement professionnel interne conformément à l'article L.552-1, paragraphe 1<sup>er</sup>.

Le médecin du travail compétent en informe l'employeur et le salarié concernés en leur faisant parvenir une copie du document portant saisine.

~~(6) Pour les besoins de l'application de la législation sur les salariés handicapés, le poste occupé conformément aux paragraphes (4) et (5) est imputé sur le contingent des postes à réserver en vertu de ladite législation.~~

(6) Si l'employeur occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif total de moins de vingt-cinq travailleurs et que le salarié occupé pendant au moins dix ans par l'entreprise est déclaré inapte pour son poste de travail, étant un poste à risques, le médecin du travail compétent peut, en accord avec le salarié et l'employeur, saisir la Commission mixte conformément au paragraphe 5, alinéas 2 à 5 ci-avant. La Commission mixte décide soit d'admettre, soit de refuser le reclassement professionnel interne. L'accord du salarié et de l'employeur doit être transmis par le médecin du travail compétent à la Commission mixte au moment de la saisine.

(7) Les salariés de nuit souffrant de problèmes de santé reconnus, liés au fait que ces salariés accomplissent un travail de nuit, sont réaffectés, dans la mesure du possible, à un travail de jour pour lequel ils sont aptes.

### **Art. L.326-10.**

Le temps consacré par les salariés pendant les heures de travail aux examens prévus par le présent titre est considéré comme temps de travail.

[...]

**Art. L.327-1.**

Les constats, visés à l'article L.326-9 ci-dessus, peuvent faire l'objet, tant par le salarié que par l'employeur, d'une demande en réexamen auprès du médecin-chef de division de la santé au travail, ou de tout autre médecin de cette division qu'il délègue à cet effet, qui décidera et qui en informera le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou son remplaçant.

Les constats, visés à l'article L.326-9, à l'exception des paragraphes 5 et 6, peuvent faire l'objet, tant par le salarié que par l'employeur, d'une demande en réexamen auprès du médecin-chef de division de la santé au travail de la Direction de la santé, ou de tout autre médecin de cette division qu'il délègue à cet effet, qui décide et qui en informe le directeur de l'Inspection du travail et des mines ou son remplaçant.

La même faculté appartient au salarié déclaré apte à l'occasion d'un examen effectué en vertu des articles L.326-3 à L.326-6, et qui, remplissant les conditions de l'article L.326-9 paragraphe (5) demande de voir constater son inaptitude pour le poste actuel en vue de sa réaffectation à un autre poste auprès du même employeur. Pour être recevable, la demande en réexamen doit être étayée par un certificat médical circonstancié.

La demande en réexamen doit être introduite sous peine de forclusion avant l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de la notification du constat. Le médecin chef de division décidera également si la décision du médecin du travail du service compétent est suspensive de travail et s'il existe un danger immédiat pour la santé du salarié.

Contre la décision du médecin chef de division de la direction de la santé un recours est ouvert devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

L'appel contre le jugement du conseil arbitral est porté devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

Le Conseil arbitral et le Conseil supérieur statuent dans les formes prévues aux articles ~~293~~ et suivants **454 et suivants** du Code de la sécurité sociale.

Les règles de procédure, de délai et de composition des juridictions sont celles applicables en matière d'assurance accidents. Ni le recours devant le Conseil arbitral, ni l'appel devant le Conseil supérieur des assurances sociales n'ont d'effet suspensif.

Les arrêts du Conseil supérieur des assurances sociales sont susceptibles d'un recours en cassation conformément à l'~~alinéa 5 de l'article 294~~ **alinéa 4 de l'article 455** du Code des assurances sociales.

Un règlement grand-ducal peut adapter la procédure aux particularités de la matière. Les conclusions des examens d'embauchage ne sont pas sujettes à recours.

**Art. L.327-2.**

Sont punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de 251 à 25.000 euros ou d'une de ces peines seulement :

1. tout employeur qui occupe un salarié qui ne s'est pas soumis à un des examens médicaux prévus aux articles L.326-1 à L.326-9 ou aux règlements grand-ducaux pris en leur exécution ;
2. tout employeur qui occupe un salarié visé sous l'article L.326-9 malgré l'interdiction qui lui en est faite en vertu de cet article ;
3. tout employeur dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L.322-1, et notamment tout employeur qui, bien qu'étant dans les conditions prévues au dit article, n'organise pas un service ;
4. tout employeur, membre d'une association d'entreprises, dont le service n'est pas conforme aux exigences prévues à l'article L.322-1 ;
5. tout employeur qui refuse ou fait refuser au médecin du travail l'exécution des mesures inscrites à l'article L.325-3 ;
6. tout employeur ou tout médecin du travail qui contrevient à l'article L.326-3, dernier alinéa.

En cas de récidive dans les deux ans, ces peines peuvent être portées au double du maximum.

(...)

### Section 3. – Mesures d'intervention sur le marché de l'emploi

#### Art. L.512-4.

Lorsque le seuil 1 est atteint, aucune autorisation d'établissement au sens de la loi modifiée du 28 décembre 1988 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ne peut plus être délivrée:

Lorsque le seuil 1 est atteint, aucune autorisation d'établissement au sens de la loi du 2 septembre 2011 réglementant l'accès aux professions d'artisan, de commerçant, d'industriel ainsi qu'à certaines professions libérales ne peut plus être délivrée :

1. aux titulaires d'une telle autorisation, qui bénéficient de ce chef d'une pension de retraite et dont les ressources globales dépassent le niveau du salaire social minimum ;
2. ~~aux salariés en activité, aux retraités et aux bénéficiaires d'une indemnité d'attente, en cas de préretraite dont respectivement le salaire, la pension et l'indemnité d'attente dépassent le salaire social minimum;~~
2. aux salariés en activité, aux retraités et aux bénéficiaires d'une indemnité d'attente, d'une indemnité professionnelle d'attente ou d'une indemnité de préretraite dont respectivement le salaire, la pension, l'indemnité d'attente, l'indemnité professionnelle d'attente ou l'indemnité de préretraite dépassent le salaire social minimum.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables lorsque l'octroi de l'autorisation est susceptible de créer de nouveaux emplois ou d'éviter la suppression d'emplois existants.

Un règlement grand-ducal précise la date d'entrée en vigueur des dispositions du premier alinéa.

(...)

## Titre V – Emploi de salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail

### Chapitre Premier - Reclassement des salariés incapables d'occuper leur dernier poste de travail

#### Art. L.551-1.

{1} ~~Le salarié sous contrat de travail qui n'est pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du Code des assurances sociales, mais qui présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail, bénéficie d'un reclassement interne ou d'un reclassement externe. L'existence d'un contrat de travail est appréciée au moment de la saisine de la commission mixte en vertu de l'article L.552-1.~~

{1} Le salarié qui n'est pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du Code de la sécurité sociale, mais qui par suite de maladie ou d'infirmité présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, peut bénéficier, dans les conditions prévues au présent Titre, d'un reclassement professionnel interne ou d'un reclassement professionnel externe, ainsi que du statut de personne en reclassement professionnel.

Les salariés qui occupent leur dernier poste de travail depuis moins de trois ans ne sont éligibles pour le reclassement professionnel que sous condition qu'ils soient en possession d'un certificat d'aptitude au poste de travail, établi par le médecin du travail compétent lors de l'embauche à ce dernier poste de travail. Le médecin du travail compétent en informe la Commission mixte lors de la saisine.

{2} Peut encore bénéficier d'un reclassement externe :

1. ~~le bénéficiaire d'une pension d'invalidité auquel celle-ci a été retirée en vertu de l'article 193 du Code des assurances sociales au motif qu'il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187 du même code;~~
1. Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité auquel cette dernière a été accordée immédiatement à la suite de l'exercice d'une activité salariée auquel celle-ci a été retirée en vertu de l'article 193 du Code de la sécurité sociale au motif qu'il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187 du même Code, mais qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail ;
2. ~~le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance acci-~~

dent du chef d'une activité assurée obligatoirement en vertu des articles 1<sup>er</sup>, premier alinéa, point 1, et 85, premier alinéa, point 1 du Code des assurances sociales dont le contrat de travail a été résilié après la vingt-sixième semaine d'incapacité de travail ou dont le contrat de travail a pris fin pour une cause indépendante de la volonté de l'assuré et qui n'est pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du même code, mais qui présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail:

2. le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident du chef d'une activité assurée obligatoirement en vertu des articles 1<sup>er</sup>, alinéa 1, point 1, et 85, alinéa 1, point 1 du Code de la sécurité sociale dont le contrat de travail a été résilié après la vingt-sixième semaine d'incapacité de travail pour un motif autre que celui prévu à l'article L.124-10 ou dont le contrat de travail a pris fin pour une autre cause indépendante de la volonté de l'assuré et qui n'est pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du Code de la sécurité sociale, mais qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail ;
3. le bénéficiaire d'une rente complète résultant d'une activité salariée allouée en vertu de l'article 102 du Code de la sécurité sociale auquel celle-ci est retirée en application de l'article 123, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale au motif qu'il n'est plus frappé d'une incapacité de travail totale, mais qui présente une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail.

(3) Le reclassement interne consiste, en ce qui concerne le secteur privé, dans un reclassement au sein de l'entreprise et, en ce qui concerne le secteur public, dans un reclassement au sein de l'administration ou du service public d'origine de l'agent, éventuellement à un autre poste ou à un autre régime de travail. En cas de reclassement interne avec réduction du temps de travail, cette réduction ne peut être supérieure à la moitié du temps de travail fixé au contrat en vigueur avant la première décision de reclassement.

(3) Le reclassement professionnel interne consiste, en ce qui concerne le secteur privé, dans un reclassement professionnel au sein de l'entreprise et, en ce qui concerne le secteur public, dans un reclassement professionnel au sein de l'administration ou du service public d'origine de l'agent, éventuellement à un autre poste ou sous un autre régime de travail adaptés à ses capacités résiduelles. L'aptitude à ce nouveau poste doit être constatée par le médecin du travail compétent. Ce constat d'aptitude au nouveau poste de travail par le médecin du travail compétent est à considérer comme preuve que l'employeur a satisfait à son obligation de reclassement au sens de l'article L.551-3, paragraphe 2.

Sur avis du médecin du travail compétent le reclassement professionnel interne peut comporter une réduction du temps de travail qui ne peut être supérieure à la moitié du temps de travail fixé au contrat de travail en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel.

Toutefois, cette réduction peut être portée jusqu'à soixante-quinze pour cent du temps de travail initial, par décision de la commission mixte prévue à l'article L.552-1, sur avis du médecin-conseil de l'Agence pour le développement de l'emploi ou d'un médecin chargé à cet effet en application de l'article ~~L.623-1~~ L.623-2.

L'employeur doit introduire une demande motivée à la suite de l'émission de l'avis du médecin du travail compétent en vertu de l'article L.552-2, paragraphe (3).

L'employeur ou le salarié doit à cet effet introduire une demande motivée à la suite de l'émission de l'avis du médecin du travail compétent en vertu de l'article L.552-2, paragraphe 3. La partie demanderesse doit, sous peine d'irrecevabilité, joindre à sa demande la preuve que le salarié, respectivement l'employeur, a été dûment informé de l'introduction de la demande.

Un règlement grand-ducal, à prendre sur avis du Conseil d'État, peut déterminer les modalités du reclassement interne.

(4) Le reclassement professionnel externe consiste dans un reclassement professionnel sur le marché du travail.

#### Art. L.551-2.

(1) À l'obligation de reclasser le salarié visé à l'article L.551-1, l'employeur qui occupe régulièrement plus de vingt-cinq salariés et qui n'occupe pas le nombre de salariés bénéficiaires d'un reclassement interne ou externe dans les limites des taux prévus à l'article L.562-3. Aux fins de cette obligation, sont assimilés aux salariés bénéficiaires d'un reclassement interne ou externe les salariés handicapés au sens du titre VI du présent livre ainsi que les salariés reclassés conformément aux dispositions de l'article L.326-9. Il appartient

à l'employeur de fournir la preuve du respect de son obligation:

(1) L'employeur qui occupe au jour de la saisine de la Commission mixte un effectif d'au moins vingt-cinq travailleurs a l'obligation de reclasser le salarié visé à l'article L.551-1. Il appartient à l'employeur de fournir la preuve qu'il occupe moins de vingt-cinq travailleurs. Pour les entreprises à établissements multiples, cette obligation de reclassement s'applique pour chaque établissement pris isolément.

(2) Sont à considérer nuls et sans effet le licenciement notifié par l'employeur, ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable du salarié, à partir du jour de la notification à l'employeur de la décision de l'obligation de procéder au reclassement interne jusqu'à l'expiration du douzième mois qui la suit.

(2) Sans préjudice des dispositions des articles L.125-1, paragraphe 1<sup>er</sup> et L.125-4, est à considérer comme nul et sans effet le licenciement notifié par l'employeur ou, le cas échéant, la convocation à l'entretien préalable avec le salarié, à partir du jour de la saisine de la Commission mixte prévue à l'article L.552-1 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suit la notification à l'employeur de la décision de procéder obligatoirement au reclassement professionnel interne.

Dans les quinze jours qui suivent la résiliation du contrat, le salarié bénéficiant d'une mesure de reclassement peut demander, par simple requête, au président de la juridiction du travail qui statue d'urgence et comme en matière sommaire, les parties entendues ou dûment convoquées, de constater la nullité du licenciement et d'ordonner son maintien, ou, le cas échéant, sa réintégration conformément aux dispositions de l'article L.124-12, paragraphe (4). L'ordonnance du président de la juridiction du travail est exécutoire par provision ; elle est susceptible d'appel qui est porté par simple requête, dans les quarante jours à partir de la notification par la voie du greffe, devant le magistrat présidant la chambre de la Cour d'appel à laquelle sont attribués les appels en matière de droit du travail. Il est statué d'urgence, les parties entendues ou dûment convoquées.

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée ou à la résiliation du contrat de travail pour motifs graves procédant du fait ou de la faute du salarié.

{Loi du 21 décembre 2012}

«(3) Au cas où le reclassement interne comporte une diminution du salaire, le salarié sous contrat de travail a droit à une indemnité compensatoire représentant la différence entre l'ancien salaire et le nouveau salaire. L'ancien salaire est calculé sur la base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des douze mois entiers précédant immédiatement la décision de reclassement et résultant du dernier contrat de travail en vigueur avant la décision de reclassement. Au cas où ce contrat de travail est en vigueur depuis moins de douze mois, l'ancien salaire est calculé sur la base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des mois entiers précédant immédiatement la décision de reclassement. Doivent être compris dans l'ancien salaire servant au calcul de l'indemnité compensatoire, les indemnités pécuniaires de maladie ainsi que les primes et les suppléments courants, à l'exclusion toutefois des salaires pour heures supplémentaires et de toutes indemnités pour frais accessoires exposés. La gratification et le treizième mois sont mis en compte à raison d'un douzième par mois. L'aide à la mobilité géographique ainsi que l'aide au réemploi prévues à l'article L.631-2 ainsi que les indemnités payées en application de l'article 97 du Code de la sécurité sociale ne sont pas prises en considération pour le calcul de l'ancien salaire:

Au cas où l'indemnité compensatoire est due au bénéficiaire d'une pension d'invalidité auquel celle-ci a été retirée, l'ancien salaire est calculé sur base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des douze derniers mois précédant immédiatement la mise en invalidité et résultant du dernier contrat de travail en vigueur avant la mise en invalidité. Au cas où ce contrat était en vigueur depuis moins de douze mois, l'ancien salaire est calculé sur la base du salaire mensuel brut effectivement touché par le salarié au cours des mois entiers précédant immédiatement la mise en invalidité. L'ancien salaire pris en compte ne peut dépasser le maximum cotisable prévu à l'article 241, alinéa 3, du Code de la sécurité sociale. L'ancien salaire entrant en compte est adapté aux variations du coût de la vie conformément à l'article 11 de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État. Si la décision de reclassement se situe après le 31 décembre 2013 les salaires sont revalorisés au niveau de vie en les divisant par le facteur de revalorisation visé à l'article 220 du Code de la sécurité sociale de l'avant-dernière année précédant la décision de reclassement et en les multipliant ensuite par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début de l'indemnité compensatoire. Les salaires ainsi revalorisés sont ensuite réajustés en les multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début de l'indemnité compensatoire, mais au plus tôt à partir de l'année 2014, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3. Si la décision de reclassement se situe avant le 1<sup>er</sup> janvier 2014 les salaires sont revalorisés en les divisant par le facteur de revalorisation de l'année de la décision de reclassement visé à l'article 220 du Code de la sécurité sociale et en les multipliant ensuite par le facteur de revalorisation de

l'année 2009, fixé par dérogation à l'article 220, alinéa 7 du Code de la sécurité sociale à 1,405. Les salaires ainsi revalorisés sont ensuite réajustés en les multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début de l'indemnité compensatoire, mais au plus tôt à partir de l'année 2014, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3. Au cas où le salarié était bénéficiaire de l'indemnité compensatoire, celle-ci est mise en compte pour la détermination du calcul de l'ancien salaire lors d'une nouvelle ouverture au droit à l'indemnité compensatoire. L'indemnité compensatoire reste acquise en cas de transfert d'entreprise conformément au livre Ier, titre II, chapitre VII.»

L'indemnité compensatoire est prise en considération pour le calcul des indemnités de chômage.

L'indemnité compensatoire est également prise en compte pour la détermination du montant de l'indemnité de préretraite prévue à l'article L.584-1.

L'indemnité compensatoire est payée par le Fonds pour l'emploi. Elle est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de «salaires».

(3) Au cas où le reclassement professionnel comporte une diminution de la rémunération, le salarié sous contrat de travail a droit à une indemnité compensatoire représentant la différence entre le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel et le nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

Toutefois, si la période de référence visée à l'alinéa qui précède n'est pas entièrement couverte par l'occupation au service du dernier employeur, l'ancien revenu professionnel est obtenu en multipliant par douze la moyenne de l'assiette cotisable se rapportant aux mois de calendrier entièrement couverts. À défaut d'un mois entièrement couvert au cours de la période de douze mois, le revenu des assurés exerçant une activité pour compte d'autrui est déterminé sur base de la rémunération et, pour autant que de besoin, de l'horaire normal convenu dans le contrat de travail.

En cas de retrait d'une pension d'invalidité, respectivement d'une rente complète, l'indemnité compensatoire représente la différence entre l'ancien revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la mise en invalidité, respectivement précédant l'attribution d'une rente complète, et le montant du nouveau revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension.

Le revenu mensuel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, est adapté aux variations du coût de la vie conformément à l'article 11, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Le revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète est revalorisé au niveau de vie en le divisant par le facteur de revalorisation visé à l'article 220 du Code de la sécurité sociale de l'avant-dernière année précédant la décision de reclassement et en le multipliant ensuite par le facteur de revalorisation de la quatrième année précédant le début de l'indemnité compensatoire. Ce revenu cotisable ainsi revalorisé est ensuite réajusté en le multipliant par le produit des facteurs de réajustement par année de calendrier suivant le début de l'indemnité compensatoire, mais au plus tôt à partir de l'année 2015, tels que définis à l'article 225bis, alinéas 2 et 3 du Code de la sécurité sociale. L'indemnité compensatoire reste acquise en cas de transfert d'entreprise conformément au chapitre VII du Titre II du Livre 1<sup>er</sup>.

L'indemnité compensatoire est prise en considération pour le calcul des indemnités de chômage.

L'indemnité compensatoire est prise en compte pour la détermination du montant de l'indemnité de préretraite prévue à l'article L.584-1.

Le paiement de l'indemnité compensatoire prend fin au moment de l'ouverture du droit à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

L'indemnité compensatoire est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements.

L'indemnité compensatoire est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

[4] L'indemnité compensatoire est suspendue si le travailleur touche la rente partielle prévue à l'article 107 du Code de la sécurité sociale.

**Art. L.551-3.**

(1) Sans préjudice des dispositions de l'article L.551-2, paragraphe (1), la commission mixte prévue à l'article L.552-1 peut dispenser du reclassement **professionnel** interne l'employeur ayant introduit à cet effet un dossier motivé, s'il rapporte la preuve qu'un tel reclassement **professionnel** lui causerait des préjudices graves.

~~(2) L'employeur qui, sans y être autorisé par la commission mixte, refuse d'opérer le reclassement interne, est tenu de verser une taxe de compensation équivalant à cinquante pour cent du salaire social minimum pendant une durée maximale de vingt-quatre mois au Fonds pour l'emploi. Le paiement de la taxe ne relève pas l'employeur de ses obligations prévues par le livre Ier, titre II relatif au contrat de travail.~~

**(2) L'employeur qui refuse d'opérer le reclassement professionnel interne décidé par la Commission mixte, est tenu de verser une taxe de compensation équivalant au revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel interne, pendant une durée maximale de vingt-quatre mois au Fonds pour l'emploi. Le paiement de la taxe ne décharge pas l'employeur de ses obligations prévues par le Titre II du Livre I<sup>er</sup>, relatif au contrat de travail.**

**Le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne est constaté par la Commission mixte sur rapport d'un agent de l'Agence pour le développement de l'emploi, délégué à cet effet par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi en application de l'article L.623-2.**

~~(3) Toutefois, le contrat de travail peut être résilié d'un commun accord, si le salarié est tenu de suivre des mesures de réhabilitation ou de reconversion pendant la période de protection contre le licenciement, suite au refus de l'employeur d'opérer le reclassement interne.~~

~~Dans ce cas, l'employeur est tenu de verser au salarié une indemnité correspondant aux salaires du salarié pendant la partie de la période de protection contre le licenciement restant à courir tout comme de lui verser une prime correspondant aux indemnités prévues par le livre Ier, titre II relatif au contrat de travail.~~

~~En outre, l'employeur est tenu de verser la taxe de compensation prévue au paragraphe (2).~~

~~En cas de reprise par le salarié d'un emploi auprès d'un nouvel employeur, l'ancien employeur est tenu au versement unique au salarié d'une indemnité équivalant à douze mois de salaire ou, le cas échéant, à la partie de la période de protection contre le licenciement restant à courir.~~

~~Le refus de l'employeur de procéder au reclassement interne décidé par la commission mixte est constaté par un agent de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup>, chargé à cet effet par le directeur de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> en application de l'article «L.623-2»<sup>2</sup>.~~

**(3) Après avoir constaté le refus de l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, la Commission mixte arrête le montant et décide la durée du paiement de la taxe de compensation.**

**La notification de l'injonction de payer une taxe de compensation émise par la Commission mixte s'effectue moyennant lettre recommandée.**

**En cas de désaccord, l'employeur doit former opposition par écrit motivé endéans un délai de quinze jours à compter de la date de notification de l'injonction de payer la taxe de compensation moyennant notification, par lettre recommandée à la Commission mixte.**

**En cas d'opposition, la Commission mixte prend au vu de la motivation écrite lui notifiée par l'employeur, une nouvelle décision motivée, à caractère contradictoire, qui est à son tour notifiée tel que disposé à l'alinéa 2 du présent paragraphe.**

**À défaut d'opposition régulièrement notifiée, la taxe devient immédiatement exigible à l'expiration du délai d'opposition. L'Administration de l'enregistrement est chargée de l'encaissement de la taxe de compensation.**

**En cas de non-paiement suivant le mode de règlement prescrit, le recouvrement se fait comme en matière de droits d'enregistrement.**

**(4) En cas de refus par l'employeur de procéder au reclassement professionnel interne, dûment constaté par la Commission mixte, le salarié peut demander à la Commission mixte une décision de reclassement professionnel externe.**

**Art. L.551-4.**

Si un employeur, qui ne relève pas de l'obligation de reclassement prévue à l'article L.551-2, paragraphe (1), procède au reclassement interne d'un salarié visé à l'article L.551-1, l'indemnité compensatoire est due d'après les modalités prévues par l'article L.551-2, paragraphe (3).

**Art. L.551-5.**

(1) Lorsqu'un reclassement interne s'avère impossible, la commission mixte prévue à l'article L.552-1 décide le reclassement externe. Le «salarié» visé à l'article L.551-1 est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> à partir du jour suivant la notification de la décision, conformément aux dispositions du titre II du présent livre en vue d'un reclassement externe.

En cas de reclassement externe, l'indemnité compensatoire est due d'après les modalités prévues par l'article L.551-2, paragraphe (3), à condition que le «salarié» visé à l'article L.551-1 ait été assigné par les services de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup>. Les indemnités de chômage éventuellement versées avant le reclassement externe ne sont pas prises en considération pour le calcul de l'ancien «salaire». L'indemnité compensatoire n'est due au «salarié» bénéficiaire d'un reclassement externe que si le nouvel emploi comporte un temps de travail au moins égal à la moitié du temps de travail fixé au dernier contrat en vigueur avant la première décision de reclassement. Au cas où le reclassement externe d'un «salarié» se rapporte à plusieurs relations de travail antérieures, le temps de travail cumulé de ces emplois antérieurs est pris en compte pour la détermination du nouveau temps de travail requis en vue de l'ouverture du droit à l'indemnité compensatoire. Le temps de travail requis peut être atteint par le cumul de plusieurs emplois. Sur demande motivée du «salarié» et sur avis du médecin-conseil de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> ou d'un médecin chargé à cet effet en application de l'article «L.623-1»<sup>2</sup>, la commission mixte peut réduire le temps de travail requis jusqu'à vingt-cinq pour cent du temps de travail initial.

(1) Lorsque la Commission mixte prévue à l'article L.552-1 estime qu'un reclassement professionnel interne est impossible, elle décide le reclassement professionnel externe et le salarié ayant le statut de personne en reclassement professionnel est inscrit d'office comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi à partir du jour suivant la notification de la décision, conformément aux dispositions du Titre II du présent Livre.

En cas de reclassement professionnel externe, l'indemnité compensatoire est due d'après les modalités prévues par l'article L.551-2, paragraphe 3, à condition que la personne reclassée ait été assignée par les services de l'Agence pour le développement de l'emploi et qu'elle ait été déclarée apte au nouveau poste de travail lors de l'examen médicale d'embauchage visé à l'article L.326-1.

Les indemnités de chômage éventuellement versées avant le reclassement professionnel externe ne sont pas prises en considération pour le calcul de l'ancien salaire. L'indemnité compensatoire n'est due au salarié bénéficiaire d'un reclassement professionnel externe que si le nouvel emploi comporte un temps de travail au moins égal à la moitié du temps de travail fixé dans le dernier contrat en vigueur avant la première décision de reclassement professionnel. Au cas où le reclassement professionnel externe d'un salarié se rapporte à plusieurs relations de travail antérieures, le temps de travail cumulé de ces emplois antérieurs est pris en compte pour la détermination du nouveau temps de travail requis en vue de l'ouverture du droit à l'indemnité compensatoire. Le temps de travail requis peut être atteint par le cumul de plusieurs emplois. Sur demande motivée du salarié et sur avis du médecin-conseil de l'Agence pour le développement de l'emploi ou d'un médecin délégué à cet effet en application de l'article L.623-1, la Commission mixte peut réduire le temps de travail requis jusqu'à vingt-cinq pour cent du temps de travail initial.

(2) Si, au terme de la durée légal de paiement de l'indemnité de chômage y compris la durée de prolongation, le salarié visé à l'article L.551-1 n'a pu être reclassé sur le marché du travail, il bénéficie d'une indemnité d'attente, dont le montant correspond à la pension d'invalidité à laquelle il aurait eu droit. L'indemnité d'attente est à charge de l'organisme d'assurance pension compétent.

Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité d'attente, le bénéficiaire doit rester inscrit comme demandeur d'emploi auprès du Service des «salariés» à capacité réduite de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> et être disponible pour le marché du travail.

Les articles 187, alinéa 5, 188, 189, 192, 193, alinéa 2 et 194 et pour autant que de besoin les autres dispositions du livre III du Code des assurances sociales sont applicables à l'indemnité d'attente.

L'indemnité d'attente est retirée si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies ou si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement.

Les institutions de sécurité sociale peuvent être appelées à fournir aux services compétents de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> toutes informations nécessaires à l'instruction des dossiers à traiter dans le cadre du présent titre. De même, «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> peut être appelée à fournir aux institutions de sécurité sociale toutes informations nécessaires relatives à l'attribution, au maintien ou au retrait de l'indemnité d'attente.

(2) Si, au terme de la durée légale de paiement de l'indemnité de chômage, y compris la durée de prolongation, le salarié sous statut de personne en reclassement professionnel pouvant se prévaloir d'une aptitude d'au moins dix ans au dernier poste de travail, constatée par le médecin du travail compétent, ou d'une ancienneté de service d'au moins dix ans, n'a pu être reclassé sur le marché du travail, il bénéficie, sur décision de la Commission mixte d'une indemnité professionnelle d'attente dont le montant correspond à quatre-vingt pour cent du revenu mensuel moyen cotisable au titre de l'assurance pension réalisé au cours des douze mois de calendrier précédant la décision de reclassement professionnel, ou, le cas échéant, précédant la mise en invalidité, respectivement l'attribution d'une rente complète, sans que ce montant ne puisse dépasser le plafond visé à l'article L.521-14, paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 5. L'indemnité professionnelle d'attente est adaptée aux variations du coût de la vie conformément aux dispositions de l'article 11, paragraphe 1<sup>er</sup> de la loi modifiée du 22 juin 1963 fixant le régime des traitements des fonctionnaires de l'État.

Les périodes d'activité professionnelle effectuées sous le statut de personne en reclassement professionnel sont mises en compte au titre de la durée minimale d'aptitude au dernier poste de travail, requise en vertu de l'alinéa 1 qui précède.

Le paiement de l'indemnité professionnelle d'attente prend fin au moment de l'ouverture du droit, au Luxembourg ou à l'étranger, à l'indemnité de préretraite, à la pension d'invalidité, à la pension de vieillesse anticipée et à la pension de vieillesse.

L'indemnité professionnelle d'attente est soumise aux charges sociales et fiscales généralement prévues en matière de salaires et traitements.

{Loi du 12 mai 2010}

~~«(3) L'indemnité d'attente est suspendue si le travailleur touche la rente d'attente prévue à l'article 111 paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale.»~~

(3) Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité professionnelle d'attente, le bénéficiaire doit rester inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et être disponible pour le marché du travail.

Le bénéficiaire de l'indemnité professionnelle d'attente est tenu de se présenter aux services de « l'Agence pour le développement de l'emploi » aux jours et heures qui lui sont indiqués.

Le bénéficiaire de l'indemnité professionnelle d'attente qui, sans excuse valable, ne se conforme pas à cette prescription, perd le droit à l'indemnité professionnelle d'attente pour sept jours de calendrier, en cas de récidive pour trente jours de calendrier.

La non-présentation à trois rendez-vous consécutifs entraîne l'arrêt définitif de l'indemnité professionnelle d'attente à partir du premier jour de non-présentation et la clôture du dossier du bénéficiaire.

La perte temporaire ou définitive de l'indemnité professionnelle d'attente est décidée par la Commission mixte.

(4) L'octroi de l'indemnité professionnelle d'attente est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité professionnelle autre qu'insignifiante au titre de l'article 184, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale.

(5) L'indemnité professionnelle d'attente est retirée sur décision de la Commission mixte, si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies ou si l'intéressé se soustrait aux mesures de reclassement professionnel. La décision qui retire l'indemnité professionnelle d'attente est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée.

(6) L'indemnité professionnelle d'attente est suspendue si le salarié touche la rente d'attente prévue à l'article 111 paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale.

(7) L'indemnité professionnelle d'attente est pour moitié à charge de l'organisme d'assurance pension compétent et pour moitié à charge du Fonds pour l'emploi. Elle est payée par l'Agence pour le développement de l'emploi et avancée par le Fonds pour l'emploi.

**Art. L.551-6.**

(1) La commission mixte prévue à l'article L.552-1 ne peut décider un nouveau reclassement d'un salarié endéans l'année suivant la décision de reclassement précédente.

(2) Au cas où la relation d'emploi d'un salarié bénéficiaire d'un reclassement interne prend fin, suite:

1. — au refus par l'employeur de procéder au reclassement interne ou
2. — à la cessation de plein droit du contrat de travail en application de l'article L.125-1, paragraphe (1), le «salarié» est assimilé au bénéficiaire d'une décision de reclassement externe, sous condition toutefois qu'il informe le Service des «salariés» à capacité de travail réduite de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup> de la cessation de la relation de travail par lettre recommandée à la poste, dans un délai de vingt jours ouvrables.

**Art. L.551-6.**

(1) Le salarié acquiert le statut de personne en reclassement professionnel par la notification de la décision de reclassement professionnel externe prise par la Commission mixte prévue à l'article L.552-1.

Ce statut garantit au bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel externe qui accepte un nouvel emploi, le maintien des droits résultant de la décision prise par la Commission mixte tant qu'il n'a pas récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel.

Pour la personne en reclassement professionnel externe sans emploi le maintien du statut est subordonné à la continuation de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi et de sa disponibilité pour le marché de l'emploi.

(2) Le salarié en reclassement professionnel interne qui perd son emploi en raison de la cessation de l'activité de l'employeur ou suite à un licenciement collectif, est en droit de saisir la Commission mixte endéans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail en vue d'un reclassement professionnel externe.

La Commission mixte saisit le médecin du travail compétent qui fait parvenir à la Commission mixte son avis motivé portant sur les capacités résiduelles de la personne reclassée. Au cas où elle n'a pas récupéré les capacités nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail qu'elle occupait avant la décision de reclassement professionnel interne, la Commission mixte décide le reclassement professionnel externe. Si le médecin du travail compétent constate que la personne reclassée a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, la Commission mixte refuse le reclassement professionnel externe.

(3) Le salarié en reclassement professionnel externe qui perd son nouvel emploi pour une raison indépendante de sa volonté, garde son statut de personne en reclassement professionnel à condition de s'inscrire, endéans les vingt jours à partir de la fin du contrat de travail, comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. L'article L.551-5, paragraphe 2 s'applique.

(4) Le médecin du travail compétent procède, soit en fonction de la périodicité arrêtée dans l'avis visé à l'article L.552-2, paragraphe 2, alinéa 4, soit sur demande du président de la Commission mixte à une réévaluation médicale de la personne en reclassement professionnel. Il en informe la Commission mixte par avis motivé.

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que l'état de santé du salarié en reclassement professionnel, qui a repris le travail sur un poste adapté, nécessite une réduction du temps de travail ou une nouvelle adaptation du poste de travail, le médecin du travail compétent saisit la Commission mixte pour prendre une décision relative au temps de travail ou aux modalités d'aménagement du poste de travail.

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que la réduction du temps de travail accordée n'est médicalement plus justifiée, en partie ou dans sa totalité, il saisit la Commission mixte qui décide de l'adaptation du temps de travail. Cette décision prend effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Si le médecin du travail compétent constate lors de cette réévaluation périodique que le salarié en reclassement professionnel a récupéré les capacités de travail nécessaires pour exécuter des tâches similaires à celles correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit la Commission mixte qui décide la perte du statut spécifique et la cessation du paiement de l'indemnité

compensatoire ou de l'indemnité professionnelle d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de six mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne en reclassement professionnel qui se soustrait à la réévaluation médicale prévue ci-dessus, se voit retirer les prestations en espèces y liées et, le cas échéant, le statut prévu au paragraphe 1<sup>er</sup> par décision de la Commission mixte saisie par le médecin du travail compétent. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

#### **Art. L.551-7.**

~~(1) Les bénéficiaires d'un reclassement interne ou externe sont assimilés aux salariés handicapés aux fins de l'obligation prévue à l'article L.562-3.~~

(1) Une participation au salaire du travailleur en reclassement professionnel interne ou bénéficiant du statut de personne en reclassement externe à charge du Fonds pour l'emploi peut être allouée par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi aux employeurs du secteur privé et du secteur communal, ainsi qu'aux établissements publics. Cette participation au salaire est fixée en fonction de la perte de rendement du travailleur due à la diminution de sa capacité de travail, de l'effort de maintien à l'emploi entrepris par l'employeur en faveur des travailleurs reclassés, de la nature et la durée du travail à prester ainsi que des conclusions découlant d'une étude du poste de travail à occuper par le travailleur reclassé et d'un bilan des déficits et des capacités résiduelles de ce dernier à établir par le médecin du travail compétent. Elle peut être limitée dans le temps et ne peut pas dépasser soixante-quinze pour cent du salaire versé au travailleur, y compris la part patronale des cotisations de sécurité sociale. Toutefois, elle peut être portée à cent pour cent pendant la durée d'une mesure de réhabilitation ou de reconversion décidée par la Commission mixte en application de l'article L.552-2, paragraphe 4. Le taux de participation pourra être revu périodiquement par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi.

La rémunération prise en compte pour la participation au salaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum mensuel pour un salarié non qualifié âgé de dix-huit ans au moins travaillant à temps plein. Ce plafond est réduit proportionnellement en fonction de la durée de travail effective après reclassement.

Les rémunérations pour heures supplémentaires, les indemnités pour frais accessoires exposés ainsi que toute prime ou gratification sont exclues de la participation au salaire.

Une prise en charge totale ou partielle des frais résultant de l'aménagement du poste de travail et des accès au travail peut être accordée à l'employeur par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi à charge du Fonds pour l'emploi.

Un règlement grand-ducal peut préciser les modalités d'exécution du présent paragraphe.

~~(2) Les mesures prévues par le titre VI, chapitre II du présent livre sont applicables aux bénéficiaires d'un reclassement externe ou interne et sont accordées par le directeur de «l'Agence pour le développement de l'emploi»<sup>1</sup>. Un règlement grand-ducal peut déterminer les modalités d'exécution.~~

(2) Les dispositions de la loi du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs s'appliquent aux contribuables qui ont procédé au reclassement interne d'un salarié ou embauché dans leur entreprise un bénéficiaire d'un reclassement externe.

~~(3) Les dispositions de la loi du 24 décembre 1996 portant introduction d'une bonification d'impôt sur le revenu en cas d'embauchage de chômeurs s'appliquent aux contribuables qui ont procédé au reclassement interne d'un salarié ou embauché dans leur entreprise un bénéficiaire d'un reclassement externe.~~

(3) Les mesures prévues aux paragraphes (1) et (2) du présent article ne sont pas cumulables avec les mesures prévues aux articles L.562-1, L.562-8 et L.562-9.

#### **Art. L.551-8.**

L'assuré peut, sans préjudice de l'application des mesures prévues dans le cadre du présent chapitre, exercer les voies de recours contre la décision prise sur base de l'article 187 du Code des assurances sociales. L'exercice d'un tel recours ou l'introduction d'une demande en obtention de la pension d'invalidité ne cause pas préjudice en ce qui concerne son aptitude au travail ou sa disponibilité pour le marché du travail au regard de l'article L.521-3 et au regard de l'article 6, premier alinéa, sous b) de la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti.

**Art. L.551-9.**

Aux fins de l'application des articles L.551-1 à L.551-8, les salariés frontaliers sont assimilés aux salariés résidents.

Toutefois, l'indemnité de chômage reste suspendue jusqu'à concurrence d'une prestation étrangère de même nature.

**Art. L.551-10.**

(1) Sans préjudice des dispositions des articles L.125-1, paragraphe (1) et L.125-4, l'employeur n'est pas autorisé à notifier au salarié la résiliation de son contrat de travail pendant la période se situant entre le jour de la saisine de la commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale en application de l'article L.552-2 et le jour de la notification de la décision de la commission mixte. En cas de recours introduit par le salarié contre la décision de reclassement interne conformément à l'article L.552-3, le contrat de travail est suspendu jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé.

(2) Les dispositions de l'article L.121-7 ne s'appliquent pas en cas de reclassement interne.

(3) Les procédures en cas de reclassement externe ne sauraient porter préjudice à l'application de l'article L.121-6.

(1) En cas de recours introduit par le salarié contre la décision de reclassement professionnel interne conformément à l'article L.552-3, le contrat de travail est suspendu jusqu'au jour où le recours est définitivement vidé.

(2) Les dispositions de l'article L.121-7 ne s'appliquent pas en cas de reclassement professionnel interne résultant immédiatement d'une décision de la Commission mixte.

**Art. L.551-11.**

(1) Le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe peut être affecté à des travaux d'utilité publique auprès de l'État, des Communes et des Syndicats communaux, des Établissements publics et des Fondations.

La durée de cette affectation sera de quatre mois au moins.

Elle prendra fin dès que le demandeur d'emploi en question aura trouvé un emploi ou, sur avis du médecin du travail compétent ou, au plus tard, au moment où il perd son statut de personne en reclassement professionnel.

(2) Les promoteurs prévus au paragraphe qui précède peuvent introduire une demande motivée auprès du service des salariés à capacité de travail réduite.

La demande motivée doit contenir une description précise de la nature des travaux envisagés et prévoir la désignation d'un tuteur appelé à assister et encadrer le demandeur d'emploi en reclassement professionnel externe pendant la durée des travaux.

Elle est analysée par l'Agence pour le développement de l'emploi qui sélectionne des candidats potentiels parmi les demandeurs d'emploi ayant le statut de personne en reclassement professionnel.

La liste des candidats sélectionnés est transmise à la Commission mixte et au promoteur et le médecin du travail détermine la ou les personnes en reclassement professionnel externe qui peuvent être affectées aux travaux d'utilité publique en question.

L'avis du médecin du travail compétent est transmis à la Commission mixte.

(3) La décision d'affectation est prise par le ministre ayant le Travail dans ses attributions, sur proposition de la Commission mixte.

(4) Une dispense de travail sera accordée par le tuteur prévu au paragraphe 2, pour permettre à la personne en reclassement professionnel externe de se présenter à des emplois qui lui sont proposés par le service compétent de l'Agence pour le développement de l'emploi.

## Chapitre II.- La Commission mixte

### Art. L.552-1.

(1) Il est institué une commission mixte auprès du ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions. Elle décide le reclassement interne ou externe des salariés.

(1) Il est institué une Commission mixte auprès du ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions. Elle prend les décisions relatives au reclassement professionnel interne ou externe des salariés, relatives au statut de personne en reclassement professionnel, relatives à l'indemnité professionnelle d'attente, relatives à la taxe de compensation et relatives à l'indemnité compensatoire et aux mesures de réhabilitation ou de reconversion.

(2) La commission mixte se compose :

1. de deux délégués représentant les assurés ;
2. de deux délégués des employeurs ;
3. d'un délégué du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
4. d'un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail ;
5. d'un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi ;
6. d'un délégué de « l'Agence pour le développement de l'emploi »<sup>49</sup>.

Pour chaque membre effectif, il y a un membre suppléant.

La Commission mixte est assistée par des fonctionnaires du service des « salariés » à capacité de travail réduite de l'Agence pour le développement de l'emploi auxquels elle peut déléguer certaines de ses compétences dans le cadre de l'instruction des dossiers. Le secrétaire de la Commission mixte est désigné par le ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi. Le secrétaire peut être remplacé par un secrétaire-adjoint désigné de la même manière. Le secrétaire établit pour chaque réunion un procès-verbal indiquant le nom des membres présents ou excusés, l'ordre du jour de la réunion ainsi que les décisions prises avec indication des motifs à la base. Le procès-verbal est signé par le président, ou celui qui le remplace, et par le secrétaire et communiqué aux membres de la Commission mixte pour approbation. La décision de la Commission mixte est signée par le président, ou celui qui le remplace, et par le secrétaire.

La Commission mixte peut s'adjoindre des experts.

La Commission est assistée dans sa mission par une cellule administrative.

(3) Le mode de désignation et d'indemnisation des membres effectifs et suppléants, les règles de fonctionnement et les délais de procédure de la commission mixte sont déterminés par règlement grand-ducal.

### Art. L.552-2.

(1) Lorsque le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exercer son dernier poste de travail, il saisit la commission mixte, en accord avec l'intéressé. Le Contrôle médical de la sécurité sociale en informe l'employeur concerné en lui faisant parvenir une copie du document portant saisine.

Si l'intéressé remplit les conditions prévues pour un reclassement interne ou externe, la commission mixte saisit le médecin du travail compétent en application du livre III, titre II concernant les services de santé au travail. En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations, seul est saisi le médecin du travail compétent en raison de l'occupation principale.

(2) Le médecin du travail compétent convoque et examine l'intéressé endéans les quinze jours.

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail, il retourne le dossier à la Commission mixte, qui décide le reclassement interne ou externe de l'intéressé. Il en informe l'employeur et le salarié concernés en leur faisant parvenir une copie du document portant saisine.

Si l'estime que l'intéressé est capable d'exercer son dernier poste de travail, il en informe par avis motivé le Contrôle médical de la sécurité sociale et la commission mixte.

<sup>49</sup> Termes remplacés par la loi du 18 janvier 2012.

Si, dans le délai imparti, le bénéficiaire de l'indemnité pécuniaire ne donne pas suite à la convocation du médecin du travail compétent sans motif valable, celui-ci en informe le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Commission mixte.

(3) Est considéré comme médecin du travail compétent, celui compétent en application du livre III, titre II concernant les services de santé au travail pour l'employeur auprès duquel le salarié est occupé ou a été occupé en dernier lieu ou le médecin du travail de la fonction publique prévu par la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État, sinon le Service de santé au travail multisectoriel.

Pour les personnes ne disposant plus d'un contrat de travail, les examens médicaux prévus au paragraphe (2) sont remboursés annuellement par l'État au médecin du travail qui a procédé auxdits examens.

(4) La Commission mixte peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement interne ou externe de l'intéressé.

(5) La Commission mixte examine endéans les quarante jours de sa saisine les dossiers qui lui sont présentés en vue du reclassement soit interne, soit externe d'un salarié.

(1) Lorsque le Contrôle médical de la sécurité sociale estime que la personne concernée est susceptible de présenter une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il saisit, en accord avec l'intéressé, la Commission mixte et le médecin du travail compétent en application du Titre II du Livre III concernant les services de santé au travail.

Le Contrôle médical de la sécurité sociale en informe l'employeur concerné en lui faisant parvenir une copie du document portant saisine.

En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations, seul est saisi le médecin du travail compétent en raison de l'occupation principale.

(2) Le médecin du travail compétent convoque et examine l'intéressé.

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il retourne, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui décide conformément à l'article L.552-1, paragraphe 1<sup>er</sup> le reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé après avoir constaté que l'assuré remplit les conditions prévues pour un reclassement professionnel interne ou externe. L'existence d'un contrat de travail et le paiement d'une indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie et de l'assurance accident s'apprécient au moment de la saisine de la Commission mixte par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin du travail compétent en informe l'employeur et le salarié concernés en leur faisant parvenir une copie du document portant saisine.

Le médecin du travail compétent qui estime que l'intéressé est incapable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail se prononce dans son avis sur les capacités de travail résiduelles du salarié, sur une réduction du temps de travail éventuelle, sur une adaptation éventuelle du poste de travail, sur le caractère transitoire ou définitif de l'incapacité de travail et il arrête la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L.551-6, paragraphe 4. Lors de chaque réévaluation médicale le médecin du travail compétent peut modifier la périodicité arrêtée initialement. La périodicité doit être de moins de deux ans à moins que les restrictions aient un caractère définitif.

Si le médecin du travail compétent estime que l'intéressé est capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, il retourne, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le dossier à la Commission mixte qui prend, conformément à l'article L.552-1, paragraphe 1<sup>er</sup>, une décision de refus de reclassement professionnel.

Une fois cette décision devenue définitive au sens de l'article L.552-3 elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indemnité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour du constat d'aptitude par le médecin du travail compétent. La Commission mixte en informe le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Si, dans le délai imparti, l'intéressé ne donne pas suite à la convocation du médecin du travail compétent sans motif valable, il est considéré comme étant capable d'exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail. Le médecin du travail compétent en informe, endéans les trois semaines à partir de sa saisine, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Commission mixte. La Commission mixte prend une décision de refus de reclassement professionnel. Une fois cette décision devenue définitive au sens de l'article L.552-3 elle s'impose en matière de sécurité sociale et met fin automatiquement au droit à l'indem-

nité pécuniaire de maladie ou au droit à une rente complète d'assurance accident et ceci avec effet au jour de la date de convocation auprès du médecin du travail compétent.

(3) Est considéré comme médecin du travail compétent, celui compétent en application du Titre II du Livre III concernant les services de santé au travail pour l'employeur auprès duquel le salarié est occupé ou a été occupé en dernier lieu ou le médecin du travail de la fonction publique prévu par la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'État, sinon le Service de santé au travail multisectoriel.

En cas de changement du Service de santé au travail compétent, les avis prévus au paragraphe (2) ci-avant ainsi qu'au paragraphe (4) de l'article L.551-6 sont transmis au Service de santé au travail compétent.

Pour les personnes ne disposant plus d'un contrat de travail, les examens médicaux prévus au paragraphe 2 et à l'article L.551-6, paragraphe 4 sont remboursés annuellement par l'État au Service de santé au travail compétent qui a procédé auxdits examens.

(4) La Commission mixte peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement professionnel interne ou externe de l'intéressé. L'intéressé doit suivre ces mesures sous peine de perte du statut de personne en reclassement professionnel sur décision de la Commission mixte.

(5) La Commission mixte examine endéans les quarante jours les dossiers qui lui sont retournés par le médecin du travail compétent en vue de la prise d'une décision relative au reclassement professionnel.

**Art. L.552-3.**

La décision de la commission mixte est susceptible d'un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision. Les articles 293 et 294 du Code des assurances sociales sont applicables par analogie.

**Art. L.552-3.**

Les décisions de la Commission mixte sont susceptibles d'un recours devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision. Les articles 454 et 455 du Code de la sécurité sociale sont applicables.

**Art. L.552-4.**

Si le salarié en reclassement professionnel peut réclamer, en vertu d'une disposition légale, la réparation du dommage qui lui est occasionné par un tiers, ce droit à réparation passe au Fonds pour l'emploi jusqu'à concurrence des prestations et pour autant qu'il concerne les éléments de préjudice couverts par le Fonds pour l'emploi dans le cadre de la procédure de reclassement professionnel visée au Titre V du Livre V du Code du travail.

Lors de la saisine de la juridiction compétente, le Fonds pour l'emploi est mis en intervention par le salarié en reclassement professionnel. À défaut de cette mise en intervention du Fonds pour l'emploi, la juridiction saisie l'ordonne en cours d'instance jusqu'au jugement sur le fond. Il en est de même pour le Fonds pour l'emploi qui peut intervenir à tout moment dans l'instance engagée.

[...]

**Titre III – Fonds pour l'emploi**

**Art. L.631-2.**

(1) Le Fonds pour l'emploi est destiné à couvrir les dépenses résultant :

[...]

45° de la moitié de l'octroi d'une indemnité professionnelle d'attente visée à l'article L.551-5, paragraphe 2 et de la prise en charge de la moitié de la part patronale des charges sociales afférentes à cette indemnité.

## 2. Loi du 23 juillet 2015 (extraits)

### **Art. IV.**

Les personnes bénéficiant d'une indemnité d'attente sont soumises à l'examen de réévaluation médicale visée à l'article L.551-6, paragraphe 4 du Code du travail. Les médecins mandatés par le directeur de l'Agence pour le développement de l'emploi sont compétents pour procéder à ces examens de réévaluation médicale.

Le médecin compétent convoque et examine l'intéressé.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé est toujours incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail, l'indemnité d'attente continue à être payée. Le médecin compétent arrête dans son avis la périodicité endéans laquelle le salarié doit se soumettre à la réévaluation médicale visée à l'article L.551-6, paragraphe 4 du Code du travail.

La personne incapable d'exercer son dernier poste ou régime de travail acquiert le statut de personne en reclassement professionnel.

Si le médecin compétent constate que l'intéressé a récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper un poste similaire à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel, il saisit l'organisme de pension compétent qui décide la cessation du paiement de l'indemnité d'attente. Cette décision prend effet après un préavis de douze mois qui commence à courir à la date de sa notification.

Toute personne qui se soustrait à l'examen de réévaluation médicale prévue ci-dessus, se voit retirer l'indemnité d'attente par décision de l'organisme de pension compétent saisi par le médecin compétent. Cette décision prend effet à la date de sa notification.

Les examens médicaux prévus au présent article sont remboursés annuellement par l'État à l'Agence pour le développement de l'emploi.

### 3. Code de la sécurité sociale (extraits)<sup>50</sup>

#### A. Assurance maladie

##### Art. 9

(1) En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie.

(2) L'indemnité pécuniaire de maladie est due pareillement pendant les périodes de congé pour raisons familiales, déterminées par référence à l'article L.234-51 (lisez : L.234-52) du Code du travail.

(3) L'indemnité pécuniaire de maladie est encore due pendant les périodes déterminées par référence à l'article L.234-66 du Code du travail.

##### Art. 10

(1) Pour les salariés, l'indemnité pécuniaire de maladie est calculée sur la base du revenu professionnel défini à l'article 34<sup>51</sup> relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39.

(2) Sont portées en compte séparément :

1. la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse ;
2. la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail ; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

(3) À défaut d'un seul mois entièrement couvert, la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires sont portés en compte suivant leur valeur convenue dans le contrat de travail.

(4) Par dérogation aux alinéas qui précèdent l'indemnité pécuniaire pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indemnité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

(5) Les éléments de la rémunération entrant dans le calcul de l'indemnité pécuniaire sont réduits au nombre indice cent du coût de la vie et adaptés à l'évolution de cet indice suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'État.

(6) 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 strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

(7) Le paiement du montant total de l'indemnité pécuniaire s'effectue postnumerando.

(8) L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul. L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum.

<sup>50</sup> Source : [www.cns.lu](http://www.cns.lu) rubrique Législation.

<sup>51</sup> Art. 34

(1) Pour les activités salariées, le revenu professionnel visé à l'article qui précède correspond à la rémunération de base ainsi qu'aux compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires.

(2) Les indemnités légales dues par l'employeur au titre d'un préavis sont sujettes à cotisation et sont portées en compte pour la mensualité qu'elles représentent.

(3) Un règlement grand-ducal peut préciser les éléments de l'assiette de cotisation.

**Art. 11**

(1) L'indemnité pécuniaire due à un salarié prend cours à partir du premier jour ouvré de l'incapacité de travail, à condition que celle-ci ait été déclarée dans les formes et délais prévus par les statuts.

(2) L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes visées à l'article 426, alinéa 1.

(3) La Caisse nationale de santé rembourse à l'employeur les sommes payées à titre d'indemnisation des incapacités de travail au cours de la période de conservation légale de la rémunération aux assurés visés à l'article 426, alinéa 2.

(4) Nonobstant la conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, les assurés sont tenus de déclarer les incapacités de travail à la Caisse nationale de santé conformément à l'alinéa 1.

(5) La conservation légale de la rémunération cesse pour les mêmes motifs de refus que l'indemnité pécuniaire de maladie.

(6) L'indemnité pécuniaire due à un salarié est soumise aux cotisations au titre de l'assurance maladie, de l'assurance pension et de l'assurance dépendance, à l'instar de la rémunération sur base de laquelle elle est calculée, mais exempte des cotisations en matière d'assurance accidents et d'allocations familiales.

**Art. 12**

(1) Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire est calculée sur la base du revenu professionnel défini aux articles 35 et 36 relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail et respectant les limites définies à l'article 39. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification du revenu professionnel implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

(2) L'indemnité pécuniaire ne peut dépasser le quintuple du salaire social minimum de référence.

(3) L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

**Art. 13**

En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement. Pour la computation du minimum prévu à l'article 10, alinéa final, il est également tenu compte de l'ensemble des différentes indemnités pécuniaires.

**Art. 14**

(1) L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts. ~~Après la période de suspension visée aux articles 11, alinéas 2 et 12, alinéa 3, l'indemnité pécuniaire ne peut être accordée que si l'assuré présente un rapport médical circonstancié, établi par son médecin traitant.~~

(2) Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de cinquante-deux semaines pour une période de référence de cent quatre semaines. À cette fin sont mises en compte toutes les périodes d'incapacité de travail personnelle pour cause de maladie, de maladie professionnelle ou d'accident du travail, intervenues au cours de la période de référence qui prend fin la veille d'une nouvelle période d'incapacité de travail. Les statuts peuvent définir des situations particulières pour lesquelles la limite et la période de référence sont adaptées.

(3) En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas précédents à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours. ~~La Caisse nationale de santé peut préciser dans ses statuts les renseignements, documents et pièces relatifs à la cessation de l'affiliation à fournir par les personnes ayant droit au maintien de l'indemnité pécuniaire.~~

**Art. 15**

(1) L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes âgées de moins de soixante-huit ans et assurées en vertu de l'article 1<sup>er</sup>, numéros 1) à 5), 7) et 18).

(2) L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant l'échéance du risque invalidité prend fin à la date où les conditions d'attribution de la pension d'invalidité visées aux articles 186 et 187 du présent code sont remplies. Au cas où l'indemnité pécuniaire a été versée au-delà de cette date, le versement cesse à la fin du mois au cours duquel le contrôle médical de la sécurité sociale a constaté l'invalidité, le trop-perçu éventuel restant acquis à l'intéressé. En cas de reprise d'une activité soumise à l'assurance, l'article 14, alinéa 2 est applicable.

(3) L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement en application du titre V du livre V du Code du travail.

**Art. 16**

(1) 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, 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 le bénéficiaire se trouve en état de détention ;
5. 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.

(2) 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.

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

(4) 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.

[...]

**Art. 47**

(1) Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

(2) La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie 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'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.

(3) Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 3 fait l'objet d'une décision du président du comité directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la Commission de surveillance prévue à l'article 72.

(4) Si un litige porte tant sur une question visée à l'alinéa 1 que sur une question visée à l'alinéa 3, le litige visé à l'alinéa 3 doit être vidé préalablement.

[5] Tout litige opposant un prestataire de soins à la Caisse nationale de santé dans le cadre de la prise en charge directe prévue à l'article 24 fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par le prestataire dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par la Commission de surveillance prévue à l'article 72 ou, s'il s'agit d'un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77.

## B. Assurance accident

### Risques couverts

#### Art. 95

Le tableau des maladies professionnelles est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition d'une Commission supérieure des maladies professionnelles dont l'organisation et le fonctionnement sont réglés par règlement grand-ducal.

Le tableau des maladies professionnelles est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition d'une Commission supérieure des maladies professionnelles dont l'organisation, le fonctionnement et l'indemnisation des membres et experts commis sont déterminés par un règlement grand-ducal. Les frais de fonctionnement de la commission sont entièrement à charge de l'État.

Ne peuvent être inscrites au tableau des maladies professionnelles que des maladies qui, d'après les connaissances médicales, sont causées par des influences spécifiques appelées risques et auxquelles certains groupes de personnes sont particulièrement exposés par rapport à la population générale du fait de leur travail assuré.

[...]

### Rente partielle

#### Art. 105

L'assuré subissant une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de soixante-cinq ans à condition

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de dix pour cent au moins au sens de l'article 119;
- que la perte de revenu atteigne dix pour cent au moins au cours des périodes de référence visées aux articles 107 et 108 et que, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

L'assuré subissant une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de soixante-cinq ans à condition :

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de dix pour cent au moins au sens de l'article 119 du chef de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause ;
- que la perte de revenu du même chef atteigne dix pour cent au moins au cours des périodes de référence visées aux articles 107 et 108 ;
- que l'assuré soit reconnu, par le médecin du travail compétent, incapable d'exercer pour le compte d'autrui son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail ou qu'il soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, incapable d'exercer sa dernière activité pour son propre compte ;
- que l'incapacité prévue au tiret qui précède soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Si la Commission mixte visée à l'article L.552-1 du Code du travail a décidé le reclassement professionnel interne ou externe de l'assuré, cette décision initiale de reclassement s'impose à l'Association d'assurance accident.

#### **Art. 106**

Par consolidation il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

#### **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 l'indemnité compensatoire prévue à l'article L.551-2, paragraphe 3 et L.551-5, paragraphe 1 du Code du travail, à condition que l'incapacité de l'assuré pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail soit imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. La rente partielle est versée à titre de compensation au Fonds pour l'emploi jusqu'à concurrence de l'indemnité compensatoire avancée indûment.

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.

(...)

#### **Rente d'attente Rente professionnelle d'attente**

#### **Art. 111**

Si un assuré ayant exercé une activité professionnelle pour compte d'autrui présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et bénéficie de ce chef d'un reclassement externe conformément aux articles L.551-1 et suivants du Code du travail, il est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi, mais a droit, à la place de l'indemnité de chômage, à une rente d'attente dont le montant est fixé à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète.

Tant que le reclassement externe n'est pas possible, la rente d'attente susvisée remplace l'indemnité d'attente prévue à l'article L.551-5, paragraphe 2 du Code du travail. La rente d'attente est versée à titre de compensation à l'Administration de l'emploi ou à la Caisse nationale d'assurance pension jusqu'à concurrence de l'indemnité de chômage ou de l'indemnité d'attente avancées indûment.

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

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.

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

#### **Art. 112**

Si de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, un assuré ayant exercé une activité professionnelle pour son propre compte ou pour le compte d'autrui sans tomber dans le champ d'application des articles L.551-1 et suivants du Code du travail au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ne peut plus exercer principalement à cause de cet accident ou de cette maladie son activité professionnelle sans être invalide au sens de l'article 187, il a droit à la rente d'attente prévue à l'article 111 jusqu'à sa reconversion professionnelle à condition qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi.

Si de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, un assuré ayant exercé une activité professionnelle pour son propre compte au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle ne peut plus exercer principalement à cause de cet accident ou de cette maladie son activité professionnelle sans être invalide au sens de l'article 187, il a droit à la rente professionnelle d'attente prévue à l'article 111 jusqu'à sa reconversion professionnelle à condition qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi.

#### **Art. 113**

La rente d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement visées à l'article 114 ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle.

La rente d'attente est retirée si l'assuré touche à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.

{...}

#### **Art. 114**

Lorsque, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré est incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'Association d'assurance accident prend en charge les mesures de reconversion professionnelle suivies dans le cadre du reclassement interne ou externe.

L'Association d'assurance accident prend en charge les mesures de reconversion professionnelle nécessitées par les assurés qui remplissent les conditions prévues aux articles 105 ou 111.

Le comité directeur de l'Association d'assurance accident peut décider, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, de la prise en charge des mesures de reconversion professionnelle nécessitées en raison des séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et demandées par les assurés visés à l'article 112.

### ***Détermination, révision, limitation et prescription des prestations***

#### **Art. 121**

En cas d'accidents ou de maladies professionnelles successifs, les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux sont cumulables sans limitation, mais il n'est alloué qu'une seule rente complète ou une seule rente d'attente.

Il est alloué une rente partielle distincte pour chaque accident ou maladie professionnelle ouvrant droit à une telle rente. La rente partielle est calculée abstraction faite des rentes partielles allouées en vertu d'accidents ou de maladies professionnelles antérieurs. Toutefois, il peut être alloué une seule rente partielle pour indemniser la perte de revenu globale imputable aux accidents ou maladies professionnelles successifs dont les périodes de référence se recoupent.

Si les prestations en nature, l'indemnité pécuniaire et les rentes ne peuvent être rattachées à un accident ou une maladie professionnelle déterminés, elles sont imputées sur le plus récent sinon sur celui ayant provoqué l'incapacité de travail la plus importante.

Il n'est pas alloué de rente complète au bénéficiaire d'une rente professionnelle d'attente.

#### Art. 122

Les prestations visées aux articles 98 à 101 ne font l'objet d'une décision de l'Association d'assurance accident qu'en cas de contestation sur le refus ou le montant de la prestation ainsi que, le cas échéant, sur son imputation à l'assurance accident.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, la décision prise sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale est du ressort de la seule Caisse nationale de santé s'il s'agit du retrait ou du refus de l'indemnité pécuniaire et au titre de l'assurance maladie et au titre de l'assurance accident.

#### Art. 123

Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, aucune prestation n'est accordée à charge de l'Association d'assurance accident si l'accident ne lui est pas déclaré dans l'année de sa survenance. Pour les maladies professionnelles, ce délai ne prend cours que le jour où l'assuré ou l'ayant droit a eu connaissance de l'origine professionnelle de la maladie.

Sans préjudice des dispositions de l'alinéa 1, les rentes accident et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux sont accordées sur demande à présenter par l'assuré ou les ayants droits sous peine de déchéance dans le délai de trois ans à partir de la consolidation ou de la reconversion professionnelle. La rente complète et la rente d'attente ne sont pas allouées pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande. La rente partielle et la rente professionnelle d'attente ne peuvent être demandées qu'après l'octroi de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément correspondant à un taux d'incapacité de dix pour cent aux moins.

La demande n'est recevable après l'expiration du délai prévu à l'alinéa qui précède que s'il est prouvé que les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle n'ont pu être constatées qu'ultérieurement ou que l'intéressé s'est trouvé, en raison de circonstances indépendantes de sa volonté, dans l'impossibilité de formuler sa demande. Dans ces cas, la demande doit être présentée endéans les trois ans de la constatation des suites de l'accident ou de la cessation de l'impossibilité d'agir.

L'indemnité pour dégâts matériels prévue à l'article 99 est accordée sur demande à présenter par l'assuré ou les ayants droits sous peine de déchéance dans l'année de la survenance de l'accident.

Les prestations au sens de l'alinéa 2 sont accordées dans la mesure du possible par une seule décision qui fixe leur montant et, s'il s'agit de rentes, leur début et, le cas échéant, leur fin. Elles ne peuvent être refusées ou retirées que par une décision motivée.

(...)

#### 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. (R. 17.12.2010)

Les prestations prévues aux articles 99 et 100, les rentes et les indemnités pour préjudices extra patrimoniaux 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.

Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative.

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.

## C. Assurance pension

### *Pension d'invalidité*

#### **Art. 186**

À droit à une pension d'invalidité avant l'âge de soixante-cinq ans tout assuré justifiant d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171, 173 et 173bis pendant les trois années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie, s'il est atteint d'une invalidité au sens de l'article 187 ci-après. Cette période de référence de trois ans est étendue pour autant et dans la mesure où elle se superpose à des périodes visées à l'article 172 ainsi qu'à des périodes correspondant au bénéfice du complément prévu par la loi modifiée du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti. Toutefois, ce stage n'est pas exigé en cas d'invalidité imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle reconnue en vertu des dispositions du présent code, survenus pendant l'affiliation.

#### **Art. 187**

(1) Est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. Pour les personnes visées à l'article 171, alinéa 1, sous 17), est prise en compte l'activité exercée dans l'atelier protégé.

(2) Les critères pour l'appréciation médicale de l'état d'invalidité peuvent être précisés par règlement grand-ducal, le Collège médical, le Contrôle médical de la sécurité sociale et la Direction de la santé, service de la santé au travail, demandés en leurs avis.

(3) abrogé

(4) abrogé

(5) L'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce au Luxembourg ou à l'étranger à toute activité non salariée soumise à l'assurance ou à toute activité salariée autre qu'insignifiante.

#### **Art. 188**

La pension est suspendue si l'activité professionnelle est exercée par autrui pour le compte de l'assuré.

#### **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 sur proposition du contrôle médical de la sécurité sociale.

### *Début de la pension d'invalidité*

#### **Art. 190**

(1) La pension d'invalidité court du premier jour de l'invalidité établie, mais au plus tôt du jour où la condition de stage prévue à l'article 186 est remplie; en cas d'exercice d'une activité non salariée soumise à l'assurance, elle ne commence à courir qu'à partir du jour de la cessation de cette activité. Toutefois en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque elle ne court qu'à partir du jour de la cessation de cette rémunération.

Si l'invalidité est principalement due à un accident du travail survenu ou une maladie professionnelle déclarée après le 31 décembre 2010, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à partir de la consolidation au sens de l'article 105.

(2) Pour la période pendant laquelle l'assuré bénéficiaire d'une pension d'invalidité a touché également une indemnité pécuniaire de maladie découlant de l'activité salariée exercée avant l'échéance du risque, la pension d'invalidité est versée à la caisse de maladie compétente qui transmet la différence éventuelle à l'assuré.

(3) Toutefois, si l'assuré a bénéficié d'une indemnité pécuniaire d'un régime d'assurance maladie non luxembourgeois, la pension d'invalidité ne prend cours qu'à l'expiration du droit à cette indemnité.

(4) Lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire, la pension prend cours à l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire accordée conformément aux articles 9 à 16 ou 97 ou, à défaut d'un tel droit, à l'expiration d'une période ininterrompue d'invalidité de six mois.

(5) Dans le cas prévu à l'alinéa qui précède, la pension d'invalidité est réallouée pour les périodes ultérieures d'invalidité se situant avant le rétablissement du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie conformément à l'article 14, alinéa 3, pour autant que l'assuré remplisse les conditions prévues à l'article 186 au moment du début de chaque nouvelle période d'invalidité.

(6) La pension d'invalidité n'est pas allouée pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande.

#### **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.

### ***Reconduction de la pension de vieillesse anticipée et d'invalidité en pension de vieillesse***

#### **Art. 192**

(1) Sans qu'une décision formelle ait à intervenir en ce sens, toutes les pensions de vieillesse anticipées et d'invalidité en cours sont reconduites en tant que pensions de vieillesse, lorsque les bénéficiaires ont accompli l'âge de soixante-cinq ans.

(2) Lorsque le bénéficiaire justifie de salaires, traitements ou revenus cotisables mis en compte au titre de l'article 171 se situant pendant la période de jouissance de la pension, il est procédé à un recalcul des majorations proportionnelles conformément aux articles 214 et 215 et, le cas échéant, à une réduction du complément pension minimum, sans que le total de la pension puisse subir une diminution. À cet effet, le taux déterminé à la date du début du droit à la pension conformément à l'article 214, alinéa 1 point 1) reste applicable.

### ***Retrait de la pension d'invalidité***

#### **Art. 193**

(1) La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187.

(2) Sans préjudice des dispositions de l'article 211, la décision qui retire une pension est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée.

#### **Art. 194**

Lorsqu'après un ou plusieurs retraits de la pension d'invalidité, l'intéressé a de nouveau droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse, il n'est procédé à un recalcul de la pension que si le total de la ou des périodes pendant lesquelles l'intéressé ne bénéficiait pas de la pension dépasse six mois. Dans ce cas, l'article 215 est applicable.

#### 4. Règlement grand-ducal du 16 décembre 2008 concernant l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie et fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale

##### **Art. 1**

Les compléments et accessoires au sens de l'article 34, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale qui rentrent dans l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire de maladie sont l'ensemble des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variation, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires.

##### **Art. 2**

Les rémunérations en nature sont mises en compte suivant la valeur fixée en application de l'article 104, alinéa 3 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu et des mesures d'exécution prises par l'administration fiscale.

Les recettes provenant de l'économie et de la bonification d'intérêt accordées aux salariés par l'employeur ne sont pas prises en compte pour l'assiette cotisable en matière de sécurité sociale.

Il en est de même de l'allocation de repas accordée dans le secteur public, ainsi que des formes analogues de rémunération du secteur privé.

##### **Art. 3**

Le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 fixant la valeur des rémunérations en nature prise en compte pour l'assiette des cotisations en matière de sécurité sociale est abrogé.

##### **Art. 4**

Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

##### **Art. 5**

Notre Ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial.

## 5. Statuts de la CNS (extraits)<sup>52</sup>

### Troisième partie - Les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie - maternité et de l'assurance accident

#### Chapitre 1. - Champ d'application personnel et définitions

##### Art. 168

Les dispositions qui suivent s'appliquent à l'ensemble des assurés ayant droit à l'indemnité pécuniaire conformément à l'article 15 du Code de la sécurité sociale. En sont exclus les assurés au service de l'État, des communes, des syndicats de communes, des établissements publics administratifs et de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière.

##### Art. 169

Par période d'incapacité de travail, on entend les jours civils consécutifs pendant lesquels l'assuré est de façon ininterrompue incapable de travailler pour cause de maladie ou d'accident ainsi que ceux pour lesquels il bénéficie d'un congé pour raisons familiales, d'un congé de maternité, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé d'accueil ou d'un congé d'accompagnement.

Le début de la période correspond au premier jour non ouvré en tout ou en partie. Le dernier jour non ouvré précédant celui de la reprise du travail constitue la fin de la période et compte pour le calcul de celle-ci. Si la journée de travail se situe à cheval sur deux jours civils, elle est imputée entièrement sur le premier jour civil.

Si, en accord avec l'assuré et l'employeur, le Contrôle médical de la sécurité sociale estime indiquée une reprise du travail à mi-temps pendant l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, la Caisse nationale de santé informe par écrit les deux parties de l'octroi d'un congé thérapeutique à mi-temps. La moitié seulement de la période en cause est mise en compte comme période d'incapacité de travail, la fraction de jour étant négligée.

Le congé pour raisons familiales et le congé d'accompagnement peuvent être fractionnés. La fraction ne dépassant pas quatre heures n'est mise en compte que pour un demi-jour.

Les périodes d'incapacité de travail et les périodes de référence exprimées en semaines aux articles qui suivent sont converties en journées en les multipliant par sept.

#### Chapitre 2. - Déclaration de l'incapacité de travail

##### Art. 170

Pour déclarer l'incapacité de travail, les assurés utilisent exclusivement les formulaires leur délivrés par le médecin, conformément à la convention conclue par la Caisse nationale de santé avec les médecins et plus amplement décrits dans le cahier des charges établi en vertu de cette convention. Ce formulaire comprend trois volets.

L'assuré adresse le premier volet du formulaire, dûment complété et signé par le médecin, à la Caisse nationale de santé au plus tard avant l'expiration du troisième jour ouvré d'incapacité de travail. Si l'incapacité de travail se prolonge au-delà de la période fixée initialement, le formulaire doit être adressé à la Caisse nationale de santé avant l'expiration du deuxième jour ouvré suivant celui prévu initialement pour la reprise du travail. Si le dernier jour de ce délai est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable.

Pour vérifier l'observation du délai visé à l'alinéa précédent, le cachet postal fait foi.

Le salarié transmet le deuxième volet aussitôt à son employeur. Le troisième volet est conservé par l'assuré pour ses propres besoins éventuels.

<sup>52</sup> Source : [www.cns.lu](http://www.cns.lu) rubrique Législation.  
Version applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Aucun ajout, inscription, rature, modification ou complément de données ne peut être fait par l'assuré ou par un tiers dans les rubriques du formulaire réservées au médecin, ce sous peine des sanctions prévues par les lois, les règlements et les statuts et de nullité du certificat.

L'incapacité de travail certifiée par le médecin n'est opposable à la Caisse nationale de santé que si elle renseigne la date à laquelle l'incapacité prend fin.

Les dispositions des instruments communautaires s'appliquent au cas où l'incapacité survient dans un pays de l'UE, un pays assimilé ou dans un pays avec lequel le Grand-duché de Luxembourg a conclu une convention bilatérale incluant les règles applicables en pareil cas.

Lorsque l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient dans un pays non lié par un instrument juridique prévoyant des dispositions y relatives, l'incapacité de travail ou la prolongation de celle-ci doit être justifiée par un certificat médical envoyé à la Caisse nationale de santé au plus tard dans un délai de 3 jours à partir de l'incapacité ou du délai à partir de laquelle elle est prolongée, le cachet postal faisant foi.

Le certificat médical doit être établi au plus tard le troisième jour de l'incapacité de travail ou de sa prolongation. Tout certificat médical dont l'effet rétroactif est supérieur à deux jours, n'est opposable à la Caisse nationale de santé qu'à partir de la date de son établissement. Toutefois, la Caisse nationale de santé a la faculté de valider intégralement ou partiellement la période d'incapacité de travail certifiée avec effet rétroactif.

#### **Art. 171**

La production d'un certificat médical n'est pas requise pour les incapacités de travail ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés.<sup>53</sup>

#### **Art. 172**

Si, au cours de ou après la période de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, l'assuré salarié omet de transmettre dans le délai prévu à l'article 170 le certificat médical à la Caisse nationale de santé, celle-ci l'invite par écrit à remplir son obligation.

En cas de récurrence au cours d'une année à compter du 1<sup>er</sup> du mois au cours duquel le dernier certificat d'incapacité de travail a été adressé à la CNS en dehors du délai prévu à l'article 170 des présents statuts, le président ou son délégué peut prononcer une amende d'ordre en application de l'article 447, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale. Le Comité directeur est compétent pour vider les oppositions. Le Comité directeur peut accorder décharge de l'amende.

En vertu de l'article 441 du même code, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende avec le remboursement futur de prestations en nature ou le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

*Art. 173. Si les périodes d'incapacité de travail déclarées conformément aux articles qui précèdent atteignent six semaines au cours d'une période de référence de seize semaines, la Caisse nationale de santé invite l'assuré par simple lettre à lui retourner le formulaire à utiliser par son médecin traitant pour l'établissement du rapport médical circonstancié prévu par l'article 14, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale. Un rappel non recommandé lui est adressé à la fin de la huitième semaine d'incapacité le rendant attentif aux conséquences découlant pour lui du non-envoi dudit rapport.*

*Une nouvelle demande d'établissement d'un rapport médical circonstancié ne peut être adressée à l'assuré que si celui-ci a repris le travail pour une durée totale de dix semaines après réception du précédent rapport.*

*Par rapport médical circonstancié on entend le rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au Contrôle médical de la sécurité sociale et accepté comme tel par celui-ci.*

### **Chapitre 3. - Octroi de l'indemnité pécuniaire**

#### **Art. 174**

Pour les salariés et les non salariés, l'indemnité pécuniaire prend cours à l'expiration de la période de suspension visée respectivement à l'article 11, alinéa 2 et à l'article 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale

<sup>53</sup> À lire avec l'article 209.

et s'étendant jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs.

À condition que toutes les périodes d'incapacité de travail aient été déclarées à la Caisse nationale de santé à l'aide d'un certificat médical, sauf pour celles ne s'étendant que sur un ou deux jours ouvrés, l'indemnité pécuniaire est accordée sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale ~~ayant reçu le rapport médical circonstancié établi par le médecin traitant.~~

#### **Art. 175**

Pour les salariés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire prend cours dès le premier jour de l'incapacité déclarée à la Caisse nationale de santé conformément à l'article 170. Pendant la période de conservation légale de la rémunération prévue à l'article L.121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, elle est payée à l'employeur affirmant sur le formulaire prescrit par la Caisse nationale de santé avoir effectivement rempli son obligation légale et indiquant le nombre d'heures de travail pendant lesquelles le salarié n'a pas pu travailler.

~~Si le salarié visé à l'alinéa qui précède n'a pas renvoyé le rapport circonstancié avant l'expiration de la conservation légale de la rémunération, la Caisse nationale de santé lui notifie une décision dans la forme prévue à l'article 47, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale aux termes de laquelle l'indemnité pécuniaire n'est plus accordée au-delà de cette échéance. L'indemnité pécuniaire ne peut être réallouée qu'après réception du rapport circonstancié et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale constatant une ou plusieurs incapacités de travail depuis la fin de la période légale de conservation de la rémunération.~~

#### **Art. 176**

Au plus tard le 20<sup>ème</sup> jour de chaque mois, la Caisse nationale de santé informe l'employeur et le salarié pour lequel la conservation légale de la rémunération prend fin au début de ce mois ou pour lequel cette obligation repasse de la Caisse nationale de santé à l'employeur conformément à l'article 121-6, paragraphe 3, alinéa 2 du Code du travail.

La Caisse nationale de santé informe le non salarié pour lequel la période de suspension de l'indemnité pécuniaire visée à l'article 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale a pris fin au début de ce mois ainsi que de celui pour lequel elle est à nouveau suspendue à partir du début du même mois.

#### **Art. 177**

Tout avis du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est capable de travailler donne lieu à l'émission par la Caisse nationale de santé d'une décision en vertu de l'article 47, alinéa 24 du Code de la sécurité sociale précisant que les certificats d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident, établis au cours des douze semaines à venir, ne sont pas opposables à la Caisse nationale de santé, sauf fait médical nouveau justifié d'une manière détaillée par le médecin traitant.

La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré une décision en vertu de l'article 47, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale retirant l'indemnité pécuniaire tant qu'il se soustrait sans motif valable au Contrôle médical ou aux examens médicaux prévus à l'article L.552-2 du Code du travail. De même, elle notifie une telle décision suspendant l'indemnité pécuniaire pendant la période au cours de laquelle l'assuré séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé ou qu'il se trouve en état de détention.

### **Chapitre 4. - Détermination de l'indemnité pécuniaire**

#### **Art. 178**

Pour les salariés l'indemnité pécuniaire se compose, à l'image de la rémunération, de l'indemnité de base et, le cas échéant, d'un second élément dénommé «compléments et accessoires».

Ces deux éléments sont calculés séparément sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire relative aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail. En cas d'exercice simultané de plusieurs occupations différentes, l'indemnité est calculée séparément pour chacune d'elle. En dehors de la rémunération proprement dite à charge de l'employeur, les indemnités pécuniaires au titre de l'assurance maladie-maternité et de l'assurance accident font partie de l'assiette de cotisation servant au calcul de l'indemnité pécuniaire.

L'indemnité de base correspond à la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des trois mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse nationale de santé. Par rémunération de base, l'on entend les éléments de la rémunération qui sont payables mensuellement en espèces et qui ne sont pas considérés comme compléments et accessoires. À défaut de mois entièrement couverts par une activité soumise à l'assurance, la rémunération de base est portée en compte suivant la valeur convenue dans le contrat de travail. Elle est réduite à l'indice cent du coût de la vie moyennant le nombre indice applicable le mois en cause. Est porté en compte le nombre d'heures correspondant au même mois ou le nombre d'heures le plus élevé des mois au cours desquels la rémunération de base est identique.

L'élément de l'indemnité pécuniaire dénommé « compléments et accessoires » équivaut à la moyenne des compléments et accessoires qui font partie des assiettes des douze mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail comme étant des éléments de rémunération payables mensuellement en espèces dont le montant est susceptible de variations, à l'exception des majorations prévues par les dispositions conventionnelles, légales ou réglementaires. Si cette période de référence de douze mois n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base du ou des mois de calendrier entièrement couverts. Pour la réduction à l'indice cent du coût de la vie, est appliqué le nombre indice applicable le mois ou les mois de calendrier au cours desquels l'assiette de cotisations comprend des compléments ou accessoires.

En attendant la déclaration par l'employeur des éléments servant au calcul de l'indemnité pécuniaire, la Caisse nationale de santé accorde à la fin de chaque mois une avance appropriée. Elle récupère le trop-payé résultant du décompte entre les avances et le montant définitif par compensation avec l'indemnité pécuniaire ou les prestations de soins de santé dues au cours des trois années civiles suivantes ou, si le montant total des trop-payés dépasse deux cents euros, par recouvrement direct, le cas échéant, forcé auprès du bénéficiaire.

En l'absence de déclaration par l'employeur à la fin du mois suivant celui auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte, l'assuré peut demander la prise en compte des périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas deux journées au sens de l'article 171 pendant lesquelles il affirme avoir été incapable de travailler sans devoir le justifier par un certificat médical.

#### **Art. 179**

Si l'incapacité de travail attestée par les certificats médicaux visés à l'article 170 ne couvre pas un mois de calendrier entier, l'indemnité pécuniaire de base ainsi que, le cas échéant, les compléments et accessoires déterminés conformément à l'article qui précède sont divisés par le nombre de jours du mois de calendrier en cause et multipliés par le nombre de jours d'incapacité de travail résultant du ou des certificats médicaux.

Après la déclaration par l'employeur du nombre de jours d'incapacité de travail effectifs et des autres données, l'indemnité pécuniaire due pour une partie seulement du mois et accordée pour une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident fait l'objet d'un second mode de calcul consistant à retrancher la rémunération payée par l'employeur de l'indemnité pécuniaire déterminée pour la totalité du mois, à l'exclusion des seules périodes non couvertes par une affiliation ou pour lesquelles l'indemnité pécuniaire n'est pas ou plus due en vertu des articles 177, 186 et 188. Le second mode de calcul se substitue à celui prévu à l'alinéa qui précède à condition que la différence entre les deux montants obtenus dépasse vingt-cinq euros. Dans ce cas, le nombre d'heures de travail à mettre en compte au titre de l'indemnité pécuniaire est obtenu en retranchant les heures de travail déclarées par l'employeur du nombre d'heures visé par la dernière phrase de l'article 178, alinéa 3.

#### **Art. 180**

Les indemnités pécuniaires en cours au 31 décembre 2008 continuent à être liquidées selon les anciennes dispositions légales, réglementaires et statutaires tant que l'incapacité de travail persiste de manière ininterrompue.

Pour les indemnités pécuniaires dont le début se situe en 2009, l'assuré a droit au calcul de l'indemnité pécuniaire sur base de la moyenne de l'assiette de cotisations des mois entiers au cours desquels il était affilié du chef du même employeur en 2008, si ce mode de calcul est plus favorable que celui résultant de l'article 178, alinéas 3 et 4 pour lequel les périodes de références de trois et douze mois y visées ne commencent à courir que le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

#### **Art. 181**

Pour les assurés visés à l'article 426, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, l'indemnité pécuniaire est calculée sur base du nombre d'heures pendant lesquelles l'assuré remplit les conditions d'octroi de l'indem-

nité pécuniaire ainsi que du salaire horaire mis en compte pour le calcul des cotisations pour le mois de calendrier précédent.

#### **Art. 182**

Pour les non salariés, l'indemnité pécuniaire correspond à l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois.

Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

#### **Art. 183**

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait être inférieure au salaire social minimum, sauf cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis, l'indemnité d'apprentissage constitue la base de calcul.

L'indemnité pécuniaire mensuelle ne saurait dépasser le quintuple du salaire social minimum. En cas d'exercice de plusieurs activités de nature différente, salariées ou non salariées, les différentes indemnités pécuniaires peuvent être cumulées jusqu'à concurrence du quintuple du salaire social minimum de référence. En cas de dépassement de ce plafond, les indemnités pécuniaires sont réduites proportionnellement

#### **Art. 184**

Sauf pour les non salariés, le montant de l'indemnité pécuniaire calculé au nombre indice cent du coût de la vie conformément aux dispositions qui précèdent est multiplié par le nombre-indice applicable le mois auquel l'indemnité pécuniaire se rapporte.

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 strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

#### **Art. 185**

L'indemnité pécuniaire est payée à la fin du mois auquel elle se rapporte.

### **Chapitre 5. - Fin de l'indemnité pécuniaire**

#### **Art. 186**

Au début de chaque période d'incapacité de travail, il est vérifié pour chaque jour civil de cette incapacité si la limite des cinquante-deux semaines prévues à l'article 14, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale est atteinte. À cet effet, sont totalisées les périodes d'incapacité de travail personnelles ouvrant droit à l'indemnité pécuniaire au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance accident ou pendant laquelle cette indemnité était suspendue conformément aux articles 11, alinéa 2 et 12, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale, dans la mesure où ces périodes se situent au cours d'une période de référence antérieure de cent quatre semaines comprenant à la fin le jour considéré. L'indemnité pécuniaire n'est plus due à partir du jour où la durée totale des périodes d'incapacités dépasse cinquante-deux semaines.

L'alinéa qui précède s'applique séparément par enfant aux périodes de congé pour raisons familiales pour en déterminer la fin.

L'indemnité pécuniaire accordée aux non-salariés reste suspendue jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs. L'indemnité pécuniaire est de nouveau suspendue au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

À la demande écrite de l'assuré, l'indemnité pécuniaire est accordée, par dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup> qui précède, au-delà de la limite des cinquante-deux semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant au total pas quatorze jours par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale estimant que l'assuré est incapable de travailler sans être atteint d'invalidité permanente ou transitoire, à condition qu'au moment de la survenance de l'incapacité de travail l'assuré ait exercé une activité professionnelle soumise à l'assurance et que la période en question ne donne droit ni à l'octroi d'une rente

accident plénière, ni à la conservation légale de la rémunération. Avant d'émettre son avis, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut demander l'établissement par le médecin traitant d'un certificat détaillé et motivé.

Les périodes visées à l'alinéa qui précède ne sont pas mises en compte pour l'application de l'alinéa 1.

#### **Art. 187**

En cas de cessation de l'affiliation, le droit à l'indemnité pécuniaire est maintenu conformément aux alinéas 1 et 2 de l'article 14 du Code de la sécurité sociale à condition que l'assuré ait été affilié pendant une période continue de six mois précédant immédiatement la désaffiliation. La condition de continuité de l'affiliation ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de huit jours.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent que subsidiairement et dans la mesure seulement où la personne désaffiliée ne bénéficie pas durant la période d'incapacité de travail de revenu(s) provenant d'une activité professionnelle ou d'un revenu de remplacement.

En vue de l'obtention d'une indemnité pécuniaire, la personne désaffiliée doit présenter à la Caisse nationale de santé une attestation sur l'honneur moyennant un formulaire type, par laquelle elle déclare ne pas bénéficier de revenus tels que spécifiés à l'alinéa précédent.

La Caisse nationale de santé peut solliciter toute(s) pièce(s) :

- documentant l'origine de la cessation de l'affiliation ;
- portant preuve que la personne désaffiliée ne bénéficie pas d'autre(s) revenu(s) tels que précisés aux alinéas précédents.

Les dispositions des alinéas 3 et 4 s'appliquent pour toute(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

Tant que la Caisse nationale de santé n'a pas reçu les documents visés aux alinéas précédents le paiement de l'indemnité est suspendu :

- à partir du jour suivant celui de la cessation de l'affiliation pour l'incapacité de travail en cours ;
- à partir du 1<sup>er</sup> jour de toute(s) éventuelle(s) prolongation(s) de l'incapacité de travail.

#### **Art. 188**

En cas de constatation d'une invalidité permanente par le Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré et la caisse de pension sont informés de la cessation du paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie avec effet au premier jour du mois suivant celui de cette information. Il en est de même le mois avant l'expiration de la cinquante-deuxième semaine, lorsque l'invalidité ne revêt qu'un caractère temporaire.

L'indemnité pécuniaire découlant d'une activité exercée avant la constatation de l'incapacité d'exercer le dernier poste de travail prend fin le jour de la notification de la décision de la commission mixte sur le reclassement en application des articles L.552-1 et suivants du Code du travail.

#### **Art. 189**

La Caisse nationale de santé notifie à l'assuré et à son employeur la date de la fin du droit déterminée en application des dispositions des articles 186 et 188 des présents statuts.

Cette notification, adressée avant l'expiration du droit aux parties intéressées, ne vaut que simple information dans la mesure où des contestations au sujet de la délimitation du droit aux prestations seront vidées conformément aux dispositions des articles 47 et 83 du Code de la sécurité sociale.

### **Chapitre 6. - Prestations de maternité**

#### **Art. 190**

L'indemnité pécuniaire de maternité est servie par la Caisse nationale de santé pendant le congé de maternité. Pour avoir force probante, le certificat médical visé à l'article L.332-1 du Code du travail concernant la protection des travailleuses enceintes, accouchées et allaitantes ne peut remonter à plus de douze semaines à partir de la date présumée de l'accouchement.

En cas de transfert d'un poste de travail de nuit à un poste de travail de jour en application de l'article L.333-3 du Code du travail, l'employeur obtient sur demande le remboursement par la Caisse nationale de

santé de la différence de revenu, charges patronales comprises. Le remboursement est effectué en une seule fois après le début du congé de maternité. L'employeur déclare au Centre commun ladite différence ensemble avec la rémunération inhérente au poste de travail de jour.

En cas de dispense de travail pour des raisons de sécurité ou de santé de la femme enceinte, accouchée ou allaitante conformément à la législation visée ci-dessus, le délai prévu à l'alinéa 1 qui précède n'est pas applicable.

Le congé supplémentaire en cas d'allaitement ne donne lieu à prestations que sur le vu d'un certificat médical qui ne peut être délivré avant la cinquième semaine suivant l'accouchement.

## **Chapitre 7. - Principes du contrôle des malades**

### **Art. 191**

(1) Dans les situations visées par les présents statuts, les personnes portées incapables de travailler pour cause de maladie ou d'accident, dénommées ci-après « personne(s) portée(s) incapable(s) de travailler » peuvent être soumises à un contrôle administratif ou médical par la Caisse nationale de santé à partir du premier jour d'incapacité de travail justifié ou non par un certificat médical d'incapacité de travail.

(2) Par contrôle administratif des personnes portées incapables de travailler on entend la présentation de contrôleurs, soit au domicile, soit en tout lieu où séjourne la personne portée incapable de travailler. Le contrôle des personnes portées incapables de travailler peut également avoir lieu dans les lieux publics ou dans ceux où ces personnes reçoivent des soins.

(3) Le contrôle administratif a pour finalité de vérifier le respect, par la personne portée incapable de travailler, des obligations lui imposées par les présents statuts.

(4) Des contrôles peuvent être effectués par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Par contrôle médical des personnes portées incapables de travailler on entend, sans préjudice des dispositions portées aux articles 168 à 190, le contrôle tel que visé notamment à l'article 213 auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale et tel que visé à l'article 418, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale pour vérifier si la personne contrôlée est capable de reprendre son activité professionnelle.

### **Art. 192**

(1) Le contrôle administratif est effectué par des contrôleurs assermentés commis par la Caisse nationale de santé. Les contrôleurs sont porteurs d'une carte d'habilitation.

(2) Les contrôleurs ont pour mission de constater si la personne portée incapable de travailler se conforme aux dispositions légales (article 16 du Code de la sécurité sociale) envisageant l'organisation de mesures de contrôle par les présents statuts notamment en ce qui concerne son lieu de séjour pendant l'incapacité de travail.

(3) D'une manière générale le service compétent de la Caisse nationale de santé peut effectuer un contrôle des malades toutes les fois qu'il est informé de l'absence au travail d'un assuré en raison d'une incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident. Ce contrôle s'étend tant aux périodes pendant lesquelles l'indemnité pécuniaire de maladie est suspendue en vertu de l'article 11, paragraphe (2) du Code de la sécurité sociale, que pendant celles où celle-ci est à charge de la Caisse nationale de santé.

### **Art. 193**

Dans le cadre des accords internationaux bi- ou multilatéraux ou des règlements communautaires applicables, le contrôle administratif peut être effectué en dehors des frontières du Grand-duché de Luxembourg. Dans ce cas le contrôle est effectué soit par des agents des autorités compétentes du pays de résidence ou de séjour, soit, si les instruments juridiques applicables le prévoient, également par des contrôleurs commis par la Caisse nationale de santé.

### **Art. 194**

(abrogé)

### **Art. 195**

Un contrôle administratif peut être effectué sur demande écrite dûment motivée de l'employeur.

**Art. 196**

(1) Les personnes relevant d'une profession libérale ou indépendante ayant communiqué un arrêt de travail peuvent être soumises dès le premier jour de l'incapacité de travail au contrôle suivant les mêmes modalités que les personnes possédant la qualité de salarié.

(2) Lorsque la personne déclarante est médecin ou lorsque la déclaration concerne une des personnes visées à l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 1, sous 5) du Code de la sécurité sociale, conjoint ou partenaire d'un médecin au sens de cette disposition légale, le constat d'incapacité visé à l'article 170 doit émaner, sous peine d'irrecevabilité, d'un médecin tiers.

**Chapitre 8. - Obligations des salariés, des travailleurs indépendants ou des ressortissants des professions libérales en cas d'incapacité de travail****Art. 197**

La personne portée incapable de travailler est tenue de fournir à la Caisse nationale de santé son adresse exacte (lieu, rue, numéro, étage ...) où elle séjourne pendant son incapacité de travail.

**Art. 198**

(1) Tant que dure l'incapacité de travail et qu'il n'y a pas reprise du travail par la personne portée incapable de travailler, il lui est interdit de

1. participer à des activités sportives, sauf si celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'une prescription médicale précise, servant au rétablissement des causes de l'incapacité de travail ;
2. exercer une activité incompatible avec son état de santé ;
3. fréquenter un débit de boissons ou un établissement de restauration, sauf pour la prise d'un repas, sous réserve d'une information préalable de la caisse.

(2) L'interdiction prévue au point 3. de l'alinéa précédent ne joue pas pour les personnes domiciliées dans un tel établissement.

**Chapitre 9. - Régime de sorties du malade****Art. 199**

(1) Par sortie de la personne portée incapable de travailler on entend l'éloignement, pendant la période d'incapacité de travail, de la personne incapable de travailler de son domicile ou du lieu de séjour indiqué par elle.

(2) Sauf les dérogations prévues par les présents statuts et nonobstant indication contraire figurant sur le certificat médical d'incapacité de travail aucune sortie de la personne portée incapable de travailler en dehors de son domicile ou de son lieu de séjour indiqué par elle n'est permise pendant les périodes d'incapacité de travail déclarées à l'employeur ou à la Caisse nationale de santé.

(3) On entend par périodes déclarées d'incapacité de travail celles que la personne portée incapable de travailler a déclarées à son employeur ou à la Caisse nationale de santé comme étant celles où elle sera prévisiblement absente de son travail pour cause de maladie ou d'accident.

**Art. 200**

Par dérogation à l'article précédent, la personne portée incapable de travailler peut s'éloigner de son domicile ou du lieu de séjour dans les hypothèses prévues ci-dessous :

a) à partir du premier jour d'incapacité de travail :

1. pour les sorties indispensables pour donner suite aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale ou pour l'obtention de soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux, à condition que la personne concernée puisse en justifier sur demande. La preuve de l'obtention des soins, d'actes diagnostiques, de médicaments ou de dispositifs médicaux pendant les heures d'absence du domicile ou du lieu de séjour au moment du contrôle peut se faire par tous les moyens ;
2. pour les sorties nécessaires pour la prise d'un repas ;

b) à partir du cinquième jour révolu d'une période d'incapacité de travail dépassant au continu cinq jours civils :  
pour les sorties non médicalement contre-indiquées d'après le certificat médical d'incapacité de travail uniquement le matin entre 10.00 et 12.00 heures et l'après-midi entre 14.00 et 18.00 heures.

#### **Art. 201**

Les dispositions des articles 198 à 200 ne s'appliquent pas aux personnes bénéficiant d'un congé de maternité, d'un congé d'accueil, d'une dispense de travail pour femmes enceintes ou allaitantes, d'un congé pour raisons familiales ou d'un congé d'accompagnement ou auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

#### **Art. 202**

Dans des cas où l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'une période de six semaines consécutives, la Caisse nationale de santé peut dispenser à partir du 43<sup>ème</sup> jour et sur demande écrite de la personne portée incapable de travailler, d'une ou de plusieurs restrictions de sortie prévues aux articles 198 à 200.

#### **Art. 203**

(1) Sauf autorisation spécifique accordée conformément aux dispositions de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale et dans les conditions visées ci-après, le pays de séjour indiqué pendant la période d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident ne peut être différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée. Cette règle ne vaut pas dans l'hypothèse où l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident survient pendant un séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée.

(2) En application de l'article 16, alinéa 1 sous 3) du Code de la sécurité sociale, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est requise pour tout séjour dans un pays différent de celui où la personne concernée est domiciliée ou affiliée pendant une période d'incapacité de travail. Cette autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour une période ne pouvant dépasser une semaine ouvrable, sur avis circonstancié du médecin-traitant dans les cas limitativement énoncés ci-après :

1. constat d'une maladie consolidée dans le cadre d'une procédure de mise en invalidité ;
2. décès intervenu à l'étranger d'un parent ou allié du 1<sup>er</sup> degré ou du partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 09 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats ;
3. naissance à l'étranger d'un enfant de la personne portée incapable de travailler.

Dans les cas de figure sous 2. et 3., l'autorisation ne peut être sollicitée et accordée qu'au moment de l'effet de l'événement, les actes de décès et de naissance faisant foi.

(3) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable pour une période déterminée est accordée par la Caisse nationale de santé sur avis circonstanciés et concordants du médecin-traitant et du Contrôle médical de la sécurité sociale dans des cas de pathologie ou de maladie graves.

(4) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, l'autorisation préalable de la Caisse nationale de santé est réputée acquise si le séjour à l'étranger de la personne portée incapable de travailler se limite à la région limitrophe et permet de réunir les conditions suivantes :

1. organisation du contrôle administratif ;
2. organisation du Contrôle médical ;
3. le suivi du traitement médical dans le pays de résidence ou dans le pays compétent, sans émission du document « S2 », prévu par la réglementation européenne.

(5) Par dérogation aux dispositions ci-dessus, la personne pour laquelle un droit aux soins palliatifs conformément aux articles 1<sup>er</sup> de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs est ouvert est autorisée à séjourner dans un pays différent de celui où elle est domiciliée ou affiliée au cours d'une période d'incapacité de travail. L'autorisation est accordée par la Caisse nationale de santé pour la durée du droit aux soins palliatifs sur base d'une demande écrite lui adressée au préalable.

[6] Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux personnes auxquelles un congé thérapeutique à mi-temps conformément à l'article 169 des présents statuts a été accordé.

### **Chapitre 10. - Modalités du contrôle**

#### **Art. 204**

[1] Les contrôles administratifs peuvent avoir lieu entre 8.00 heures et 21.00 heures au domicile ou au lieu indiqués comme lieu de séjour pendant l'incapacité de travail. Aucune restriction d'horaire ne s'applique si le contrôle est effectué dans les lieux publics ou dans les lieux où la personne portée incapable de travailler reçoit des soins.

[2] Pour chaque personne contrôlée il est tenu un dossier de contrôle où sont consignés les constats de contrôle et généralement tous les faits significatifs et incidents en rapport avec le déroulement et le résultat du contrôle.

#### **Art. 205**

[1] Lors du contrôle administratif il est dressé un constat de présence ou de contravention aux dispositions statutaires de la personne portée incapable de travailler au lieu visité par le contrôleur. Le constat, dressé sous forme d'un procès-verbal indique avec précision le lieu visité par le contrôleur ainsi que la date et l'heure de sa présence sur les lieux.

[2] À l'occasion des contrôles constatant une absence, le contrôleur laisse une notice de sa présence sur le lieu de contrôle. Cette notice est valablement déposée, dans la mesure du possible, dans une boîte aux lettres. À défaut, elle est envoyée dans les meilleurs délais à la personne portée incapable de travailler. La notice invite l'intéressé à justifier son absence au moment du contrôle endéans un délai de rigueur de trois jours ouvrables à partir de la date du contrôle, le cachet de la poste faisant, le cas échéant, foi. Elle comprend des instructions précises à l'attention de la personne contrôlée qui lui permettent de justifier par écrit les motifs de son absence au moment du contrôle. Le détail de cette instruction ainsi que le contenu et la forme du procès verbal de contrôle pourront être précisés par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé.

[3] Dans la mesure où un motif d'absence de la personne contrôlée à son domicile ou au lieu du séjour indiqué est porté à la connaissance du contrôleur au moment du contrôle, ce motif est consigné dans le dossier.

#### **Art. 206**

Pour des motifs dûment justifiés à consigner dans le dossier, les contrôleurs sont habilités à effectuer le même jour et par personne portée incapable de travailler, plusieurs contrôles.

#### **Art. 207**

[1] Sur demande du contrôleur, la personne portée incapable de travailler est obligée de présenter à celui-ci une pièce d'identité officielle avec photo.

[2] La personne portée incapable de travailler a l'obligation d'éviter toutes circonstances empêchant le contrôleur d'entrer en contact personnel avec elle.

#### **Art. 208**

[1] Au cas où l'employeur sollicite, conformément à l'article 195, un contrôle de la personne portée incapable de travailler, il doit avoir informé le service de contrôle de la Caisse nationale de santé de l'absence au travail du salarié. La demande en vue du contrôle est faite à l'aide d'un formulaire de demande transmis par l'employeur au service de contrôle par courrier postal, par fax ou par voie électronique dans les conditions et suivant les modalités déterminées par le comité directeur.

[2] Dans les situations où l'employeur a communiqué au service de contrôle l'absence d'un salarié aux fins de contrôle prévu au paragraphe précédent il obtient par le service du contrôle des malades une confirmation écrite par fax ou par courriel, ainsi qu'un numéro d'enregistrement du message afférent.

[3] Au cas où l'employeur a fait usage de la faculté prévue au paragraphe (1), il doit immédiatement signaler par la même voie toute reprise de travail du salarié avant le terme de l'absence pour cause d'incapacité de travail du salarié annoncée par celui-ci.

[4] Une nouvelle demande pour un même assuré peut être introduite par l'employeur au plus tôt après l'écoulement d'un délai de 30 jours depuis la dernière demande.

[5] En cas de pluralité d'employeurs concernés par une même période d'incapacité de travail, les pièces du dossier afférent sont communiquées, dans les cas prévus par les présents statuts, à chacun d'eux.

#### **Art. 209**

(1) La personne susceptible de contrôle qui présente les caractéristiques d'un absentéisme correspondant à un profil basé sur des algorithmes définis par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé a l'obligation de communiquer toute absence au travail pour cause de maladie ou d'accident dès le premier jour d'absence par téléphone, fax ou voie électronique à la Caisse nationale de santé. Au cas où le premier jour de l'absence correspond à un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prorogé jusqu'au prochain jour ouvrable. L'obligation de ce faire lors de tout arrêt de travail lui est communiquée par écrit par la Caisse nationale de santé. Cette obligation perdure pendant un délai de douze mois à compter de cette communication. Le comité directeur peut proroger ce délai à 24 mois.

(2) Le délai prévu au paragraphe (1) reprend son cours à chaque fois que la personne concernée rentre de nouveau dans le profil d'absentéisme visé ci-avant.

#### **Art. 210**

La personne qui fait l'objet de l'invitation prévue à l'article précédent communique son absence au travail à la Caisse nationale de santé d'après les instructions qui lui ont été communiquées. Elle reçoit un numéro d'enregistrement de sa communication, qu'elle devra indiquer dans le cadre de toute procédure administrative en rapport avec l'absence au travail en question.

#### **Art. 211**

(1) Peuvent faire l'objet d'un contrôle d'office les personnes qui présentent un certificat médical émanant d'un médecin dont l'attestation de certificats médicaux dépassant une fréquence raisonnable telle que définie dans la convention de l'UCM avec l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) respectivement émanant d'un médecin ayant encouru une sanction disciplinaire définitive de la part du Collège médical, du ministre de la Santé ou résultant d'une instruction par de la Commission de surveillance visée à l'article 72 du Code de la sécurité sociale pour dépassement des références médicales prévues par la convention du 13 décembre 1993 conclue entre l'Union des caisses de maladie et le groupement professionnel des médecins et médecins-dentistes.

(2) Peuvent pareillement être soumises au contrôle administratif les personnes qui présentent des certificats médicaux d'incapacité de travail de plus de quatre médecins différents dans un laps de temps de 60 jours consécutifs.

#### **Art. 212**

Le contrôle s'étend pareillement aux personnes où, d'après l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, les diagnostics médicaux consignés sur 4 constats d'incapacité de travail consécutifs divergent de manière à susciter la suspicion d'absence au travail injustifiée. Il en est de même en cas de consignation d'un diagnostic imprécis sur quatre constats médicaux consécutifs.

#### **Art. 213**

Les personnes visées aux articles 209, 211 et 212 précédents peuvent faire l'objet, sur convocation de la Caisse nationale de santé, d'un contrôle médical tel que visé par l'article 191 (4). Le Contrôle médical de la sécurité sociale transmet à destination du comité directeur ou de la Commission compétente un avis écrit qui s'exprime sur la capacité de travail des personnes en cause.

### **Chapitre 11. - Sanctions**

#### **Art. 214**

(1) Le Président de la Caisse nationale de santé ou son délégué peut prononcer des amendes d'ordre en application de l'article 16, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale à l'encontre des personnes se trouvant en contravention aux dispositions statutaires suivantes :

1. Absence au domicile ou au lieu de séjour indiqué, constatée par le service de contrôle, lorsque
  - a) la notice prévue à l'article 205 (2) contenant les justifications de l'absence

- n'a pas été retournée par l'assuré ;
  - a été retournée en dehors du délai indiqué à l'article 205 (2) ;
- b) les motifs indiqués sur la notice ou portés à la connaissance du contrôleur ne constituent pas des motifs valables d'absence.
2. Manquement aux obligations de l'assuré, prévues aux chapitres 8 et 9 des présents statuts.
  3. Manquement aux convocations auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale imposées par les dispositions des statuts lorsque ces manquements ne sont pas sanctionnés par le retrait ou le refus de l'indemnité pécuniaire.

(2) L'amende d'ordre ne peut dépasser 3/30<sup>ème</sup> de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(3) Lorsqu'une amende d'ordre est prononcée à l'égard d'une personne relevant d'une profession indépendante ou libérale, cette amende est calculée sur la base de l'assiette cotisable mise en compte, par journée, et elle ne peut dépasser 3/30<sup>ème</sup> de la rémunération de base servant d'assiette cotisable pour les indemnités pécuniaires de maladie.

(4) Le Comité directeur est compétent pour vider les oppositions. Le Comité directeur peut accorder décharge de l'amende.

(5) En vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, la Caisse nationale de santé peut procéder à la compensation de l'amende d'ordre avec le remboursement futur de prestations en nature, le paiement direct de l'indemnité pécuniaire au même assuré ou une créance que l'assuré a vis-à-vis d'une autre institution de sécurité sociale.

#### **Chapitre 12. - Opposition et voies de recours**

##### **Art. 215**

Les décisions relatives aux sanctions prononcées sont susceptibles des voies d'opposition et de recours prévues par le Code de la sécurité sociale.

#### **Chapitre 13. - Communications à l'employeur, à la Mutualité des employeurs ou aux juridictions du droit de travail**

##### **Art. 216**

Les employeurs sont tenus informés du résultat des contrôles relatifs à la constatation d'une contravention aux statuts. Toutefois le résultat est communiqué seulement après l'écoulement du délai pendant lequel l'assuré dispose de la faculté de justification d'absence visée à l'article 205, paragraphe (2).

##### **Art. 217**

(1) En cas de litige devant les juridictions du travail tenant à la constatation d'une contravention tenant à l'absentéisme, l'employeur, la juridiction de travail compétente ainsi que le salarié peuvent demander la communication d'un relevé des décisions définitivement acquises par défaut d'opposition ou coulées en force de chose jugée, prises conformément aux dispositions de l'article 214.

(2) Ces relevés peuvent comprendre uniquement les décisions concernant des périodes auxquelles se rapporte le litige et ne peuvent comprendre des décisions datant de plus de 12 mois de calendrier au jour de la demande visée au paragraphe précédent.

(3) En cas de litige entre la Mutualité des employeurs et un assuré volontaire visé à l'article 53 alinéa final du Code de la sécurité sociale, la Mutualité des employeurs peut demander la communication d'un relevé des décisions visé à l'article 214 des présents statuts.

## 6. Statuts de la Mutualité des employeurs<sup>54</sup>

### Chapitre I: Champ d'application

#### Art. 1<sup>er</sup>

Sont affiliés obligatoirement à la Mutualité tous les employeurs occupant des salariés au sens de l'article L.121-1 du Code du travail. Sont toutefois exemptés de l'affiliation obligatoire :

1. l'État, les établissements publics administratifs, les communes, les syndicats de communes, les établissements publics placés sous le contrôle des communes et la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, pour ceux de leurs salariés qui bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle particulière ;
2. les employeurs qui déclarent au Centre commun de la sécurité sociale 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;
3. les entreprises ayant conclu avant le 31 décembre 2008 une police auprès d'une compagnie d'assurance en vue de la couverture du risque du maintien de la rémunération ci-dessus.

Pour bénéficier de l'exemption prévue au point 3) de l'alinéa qui précède, l'entreprise doit avoir transmis avant le 1<sup>er</sup> mars au Centre commun de la sécurité sociale le certificat de la compagnie d'assurance attestant une couverture au 31 décembre 2008 et pendant l'exercice en cours. L'entreprise n'ayant pas respecté le délai prévu est tenue de payer les cotisations à la Mutualité pour l'exercice entier, même si elle produit ultérieurement ledit certificat.

#### Art. 2

Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte ont la faculté de s'assurer auprès de la Mutualité ensemble avec les membres de famille assurés au titre de l'assurance maladie.

La demande doit être présentée avant le 1<sup>er</sup> janvier et l'assurance opère à partir de cet exercice. Toutefois, elle opère dès le début d'une première affiliation ou d'une nouvelle affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié après une interruption de douze mois au moins, si la demande d'affiliation à la Mutualité des employeurs est présentée dans un délai de trois mois après le début de l'affiliation à la sécurité sociale en qualité de non-salarié.

L'assurance volontaire prend fin sur déclaration écrite de l'assuré et de plein droit en cas de non paiement des cotisations de sécurité sociale à deux échéances successives.

### Chapitre II: Cotisations et autres ressources

#### Art. 3

Les cotisations de la Mutualité sont calculées sur base de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire définie aux articles 34, 35 et 36 du Code de la sécurité sociale. Toutefois, aucune cotisation à la Mutualité n'est prélevée sur l'indemnité pécuniaire elle-même.

#### Art. 4

Les entreprises affiliées obligatoirement sont réparties en quatre classes de cotisation en fonction du taux d'absentéisme financier de leurs salariés au cours d'une période d'observation.

Par taux d'absentéisme financier d'une entreprise, on entend la fraction définie :

- au numérateur par les montants lui remboursés du chef des incapacités de travail de ses salariés au cours de la période d'observation ;
- au dénominateur par l'assiette de cotisation de l'ensemble des salariés de cette entreprise pour la même période.

<sup>54</sup> Source : [www.mde.lu](http://www.mde.lu)

Ne sont pas prises en compte :

- ni les incapacités de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois ;
- ni celles pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle ;
- ni les absences correspondant à un congé maternité ou d'accueil ;
- ni les absences correspondant à un congé pour raisons familiales ;
- ni les absences correspondant à un congé d'accompagnement.

La période d'observation correspond :

- à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 juin 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2009 ;
- à la période du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008 pour la détermination des cotisations de l'exercice 2010 ;
- aux trois exercices pleins précédant l'exercice de cotisation d'une année, à partir de l'exercice 2011.

Pour autant que la période d'observation se situe avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le numérateur de la fraction visée à l'alinéa 2 du présent article correspond à la somme des produits mois par mois du rapport entre le nombre de jours d'incapacité de travail de chaque salarié pendant la période d'observation et du nombre de jours de calendrier du mois :

- pour les exercices 2009 et 2010, par l'assiette de cotisation pour ce salarié pour ce même mois ;
- à partir de l'exercice 2011, par le taux de remboursement et l'assiette de cotisation augmentée des charges patronales pour ce salarié pour ce même mois tels que fixés à l'article 14, alinéa 1 des présents statuts.

#### **Art. 5**

Pour les exercices 2009 et 2010, la classe 1 comprend les entreprises dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,75 pour cent, la classe 2 celles dont ce taux est supérieur ou égal à 0,75 et inférieur à 1,75 pour cent, la classe 3 celles dont le même taux est supérieur ou égal à 1,75 et inférieur à 2,75 pour cent et la classe 4 celles dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,75 pour cent.

À partir de l'exercice 2011, la classe 1 comprend les entreprises dont le taux d'absentéisme financier est inférieur à 0,65 pour cent, la classe 2 celles dont ce taux est supérieur ou égal à 0,65 et inférieur à 1,60 pour cent, la classe 3 celles dont le même taux est supérieur ou égal à 1,60 et inférieur à 2,50 pour cent et la classe 4 celles dont le taux en question est supérieur ou égal à 2,50 pour cent.

Les affiliés sont reclassés chaque année avant le 1<sup>er</sup> décembre dans les quatre classes de risque en fonction de leur taux d'absentéisme financier le plus récent connu.

#### **Art. 6**

Tout nouvel affilié obligatoire ou tout affilié volontaire cotise dans la classe 2 jusqu'à la fin du deuxième exercice suivant celui de son affiliation.

N'est pas à considérer comme nouvel affilié obligatoire toute entreprise qui continue l'activité d'une entreprise préexistante.

#### **Art. 7**

Les affiliés qui sont classés pour la première fois ou qui changent de classe, en sont informés par simple lettre.

Les contestations concernant les informations prévues à l'alinéa qui précède font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

#### **Art. 8**

Au mois de décembre de chaque année, le conseil d'administration de la Mutualité des employeurs fixe, sur base du budget de l'exercice à venir, le taux de cotisation des classes pour l'exercice à venir, sous réserve d'approbation par le Ministre de la sécurité sociale.

Chaque taux de cotisation est fixé de manière à assurer le financement des remboursements prévus dans la classe afférente ainsi que les frais d'administration et les opérations sur réserve. À cet effet, ces frais et opérations sont ventilés sur les classes à l'aide d'une clé calculée sur base du montant des remboursements prévus dans chaque classe.

Pour l'exercice 2009, la surprime est affectée à raison de 7 pour cent à la classe 2, à raison de 20 pour cent à la classe 3 et à raison de 73 pour cent à la classe 4.

Pour les exercices 2010 à 2012, la surprime est affectée à raison de 4 pour cent à la classe 1, à raison de 15 pour cent à la classe 2, à raison de 25 pour cent à la classe 3 et à raison de 56 pour cent à la classe 4.

Pour l'exercice 2013, la contribution de l'État telle que définie à l'article 14, paragraphe 2, alinéa 1 de la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique est affectée à raison de 4 pour cent à la classe 1, à raison de 13 pour cent à la classe 2, à raison de 32 pour cent à la classe 3 et à raison de 51 pour cent à la classe 4. La même répartition s'appliquera à partir de l'exercice 2014 à l'apport financier de l'État tel que déterminé par l'article 56 du Code de la sécurité sociale.

L'excédent ou le déficit constaté pour les exercices 2010 et suivants dans une classe est reporté dans cette classe sur les deux exercices suivant l'exercice concerné.

#### **Art. 9**

Le Centre commun demande mensuellement le remboursement à la Caisse nationale de santé des montants mis au crédit des cotisants conformément à l'article 14, alinéa 4 des présents statuts du chef de congé pour raisons familiales, de congé d'accompagnement ou d'une incapacité de travail pour cause de maladie pendant la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois.

De même, il demande mensuellement le remboursement des montants avancés pour compte de l'Association d'assurance accident.

### **Chapitre III : Remboursement de la rémunération**

#### **Art. 10**

Le remboursement à l'employeur, affilié obligatoirement à la Mutualité, de la rémunération qu'il est obligée de payer, en vertu de l'article L.121-6, paragraphe (3), alinéa 2 du Code du travail, à ses salariés incapables de travailler jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le soixante-dix-septième jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de douze mois de calendrier successifs est déterminé sur base :

1. de l'assiette de cotisation pour l'indemnité pécuniaire du mois de calendrier en question ;
2. des heures totales correspondant à cette assiette ;
3. des heures réclamées à titre de remboursement.

#### **Art. 11**

Sont considérées comme heures totales au sens de l'article 10, sous 2) des présents statuts, les heures de travail effectivement prestées, à l'exclusion des heures supplémentaires. Y sont assimilées les heures réclamées à titre de remboursement, les heures correspondant aux indemnités compensatoires pour chômage hivernal et conjoncturel visées respectivement à l'article L.531-1 et L.511-3 du Code du travail, les heures correspondant au congé politique défini à l'article 78 de la loi communale modifiée du 13 décembre 1988, ainsi que les heures correspondant aux congés suivants définis dans le Code du travail :

- congé pour la recherche d'un nouvel emploi défini à l'article L.124-8 ;
- temps de repos de compensation pour heures supplémentaires défini à l'article L.211-27 paragraphe (2) ;
- congé annuel payé supplémentaire en cas de repos hebdomadaire raccourci défini à l'article L.231-11 ;
- congé annuel payé de récréation défini à l'article L.233-1 ;
- congé annuel payé supplémentaire pour travailleurs handicapés défini à l'article L.233-4 ;
- congé annuel payé supplémentaire pour le secteur des mines et minières défini à l'article L.233-4 ;

- dispense pour mandats syndicaux définie à l'article L.233-11 ;
- congé extraordinaire pour raisons d'ordre personnel défini à l'article L.233-16 ;
- congé jeunesse défini à l'article L.234-1 ;
- congé sportif défini à l'article L.234-8 ;
- congé culturel défini à l'article L.234-9 ;
- congé des volontaires des services d'incendie, de secours et de sauvetage défini à l'article L.234-21 ;
- congé de la coopération au développement défini à l'article L.234-31 ;
- congé formation défini à l'article L.234-58 ;
- congé pour mandats sociaux défini à l'article L.234-71 ;
- congé linguistique défini à l'article L.234-72.

Ne doivent pas être inclus dans la déclaration des heures totales les jours fériés légaux et ceux d'usage pendant lesquels le salarié n'a pas ou n'aurait pas travaillé.

Les fractions d'heures du total mensuel doivent être arrondies vers le haut si le nombre de minutes atteint ou dépasse trente minutes et vers le bas si le nombre est inférieur à trente minutes.

#### **Art. 12**

Les employeurs sont tenus de déclarer chaque mois au Centre commun de la sécurité sociale, outre la rémunération du mois précédent et les heures totales au sens de l'article qui précède, les périodes d'incapacité de travail de leurs salariés.

Par périodes d'incapacité de travail on entend celles définies dans l'article 169 des statuts de la Caisse nationale de santé.

#### **Art. 13**

En vue du remboursement de la rémunération payée au salarié, l'employeur doit déclarer séparément pour chaque période d'incapacité de travail le nombre d'heures réclamées pendant lesquelles le salarié aurait travaillé.

Le total de ces heures pour un mois de calendrier se calcule sur la même base de définition que les heures totales définies à l'article 11 des présents statuts.

Si le salarié n'a pas rempli son obligation de déclarer son incapacité de travail à la Caisse nationale de santé, l'employeur fait parvenir au Centre commun de la sécurité sociale, sur demande expresse de ce dernier et aux fins de remboursement, une copie du certificat médical.

#### **Art. 14**

Pour les périodes d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident de quelque nature que ce soit, le remboursement est calculé sur base de quatre-vingts pour cent de l'assiette, augmentée de la part employeur des cotisations pour :

- l'assurance pension ;
- l'assurance maladie, en ce qui concerne tant le financement de l'indemnité pécuniaire que des soins de santé ;
- l'assurance accident.

Par dérogation à l'alinéa qui précède, le remboursement est intégral pour les périodes d'incapacité de travail correspondant soit à une maladie ou un accident se situant dans la période d'essai jusqu'à concurrence d'un maximum de trois mois, soit à un congé pour raisons familiales ou à un congé d'accompagnement.

Le montant à rembourser est obtenu en multipliant l'assiette par le rapport entre le nombre d'heures réclamées et la somme du nombre d'heures totales au sens des articles 11 et 13 ci-dessus.

Le montant à rembourser est mis au crédit de l'entreprise sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Un solde positif sur l'extrait de compte peut être liquidé sur demande expresse de l'employeur.

**Art. 15**

Les personnes exerçant l'activité professionnelle pour leur propre compte sont indemnisées à quatre-vingts pour cent de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail. Toute période d'incapacité de travail doit être justifiée par un certificat médical. Si la période indemnisée est inférieure à un mois, chaque jour est compté uniformément pour un trentième du mois. Toute modification de l'assiette cotisable implique le recalcul de l'indemnité pécuniaire.

**Art. 16**

Les contestations des affiliés au sujet des remboursements font l'objet d'une décision du conseil d'administration de la Mutualité.

**Chapitre IV: Disposition transitoire**

**Art. 17**

Conformément aux dispositions de l'article 35 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'État pour l'exercice 2012, la Mutualité rembourse annuellement au titre des exercices 2011 à 2015 un montant fixe aux employeurs affiliés à la Mutualité en vertu de l'article 53 du Code de la sécurité sociale pour compenser les charges salariales leur incombant du fait du relèvement du salaire social minimum au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Pour pouvoir bénéficier d'un tel remboursement, les employeurs doivent occuper pendant la période visée à l'alinéa précédent des salariés soumis aux cotisations pour l'indemnité pécuniaire en vertu de l'article 29, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale et qui sont rémunérés :

- sur base d'un salaire inférieur ou égal à 102% du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans ou
- sur base d'un salaire compris entre le salaire social minimum prévu pour un travailleur qualifié âgé de dix-huit ans et 102% de ce salaire ou
- sur base d'un salaire égal ou supérieur au plafond cotisable tel que défini à l'article 39, alinéa 5 du Code de la sécurité sociale.

Le remboursement est étendu aux employeurs de salariés rémunérés sur base d'un salaire entre 102% du salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de dix-huit ans et un multiplicateur de ce salaire dans les limites du montant annuel alloué par l'État.

Les éléments de la rémunération pris en considération aux fins de l'alinéa précédent sont la rémunération de base à laquelle s'ajoutent toutefois, pour la détermination du salaire correspondant au plafond cotisable, les compléments et accessoires payables mensuellement en espèces, les gratifications, participations et autres avantages même non exprimés en espèces dont l'assuré jouit en raison de son occupation soumise à l'assurance, à l'exclusion toutefois des majorations sur les heures supplémentaires.

Les remboursements sont opérés annuellement pour le compte des employeurs selon une méthode forfaitaire et en fonction du nombre des salariés qui remplissent les conditions ci-avant pendant les mois de l'exercice en question. À partir de l'exercice 2012, le montant est versé au premier trimestre de chaque exercice pour l'exercice précédent au moyen d'un crédit inscrit en faveur de l'employeur sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale. Pour l'exercice 2011, le montant est versé au courant du premier semestre de l'année 2012.

Il n'est pas tenu compte des déclarations de salaires se rapportant à un exercice concerné mais intervenues après la répartition annuelle du montant forfaitaire pour l'exercice en question.





## GLOSSAIRE

## A

**Association d'assurance contre les accidents (AAA) :**

Organisme responsable de la gestion de l'assurance accident.

**Assurance accident :**

Assurance procurant des prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle de l'assuré.

**Assurance maladie :**

Assurance procurant des prestations en espèces et des prestations en nature en cas de maladie de l'assuré.

**Assurance obligatoire :**

Période d'assurance auprès d'une caisse de maladie et de pension découlant de l'exercice d'une profession.

**Assuré :**

Le terme assuré vise le salarié ou l'ex-salarié dans sa relation avec les organismes de sécurité sociale.

## C

**Caisse nationale d'assurance pension (CNAP) :**

Organisme d'assurance pension compétent pour les salariés.

**Caisse nationale de santé (« Gezondheidskeess » – en abrégé CNS) :**

Organisme compétent pour tous les assurés du secteur privé (salariés et non salariés tels les indépendants) ainsi que pour les ouvriers de l'État, aussi bien en matière d'assurance maladie que d'assurance dépendance, pour la liquidation des prestations en nature (remboursement des soins de santé avancées par les assurés); des prestations en espèce (forfait de maternité, indemnités pécuniaires de maladie après la continuation de la rémunération, indemnité funéraire, etc.) et des prestations de l'assurance dépendance.

**Caisse nationale des prestations familiales (CNPF) :**

Organisme compétent pour la gestion des allocations familiales, de naissance et de rentrée scolaire, ainsi que du congé parental. Le projet de loi portant réforme des prestations familiales déposé à la Chambre des députés le 3 juillet 2015 l'a renommée Caisse pour l'avenir des enfants.

**Centre commun de la sécurité sociale (CCSS) :**

Organisme responsable de l'organisation de l'informatisation, de la collecte et du traitement des données informatiques pour le compte des différentes institutions de sécurité sociale, ainsi que de l'affiliation des assurés, de la détermination, de la perception et du recouvrement des cotisations, de la comptabilisation et de la répartition de celles-ci entre les différents organismes.

**Code de la sécurité sociale :**

Ouvrage regroupant l'ensemble des règles normatives applicables en matière de sécurité sociale, notamment entre un assuré et un organisme de sécurité sociale.

**Code du travail :**

Ouvrage regroupant l'ensemble des règles légales applicables en matière de droit du travail, notamment entre un salarié et son employeur.

**Comité directeur de la CNS :**

Le comité directeur gère la caisse dans toutes les affaires qui n'ont pas été déférées à un autre organe par la loi ou les règlements. Il lui appartient notamment de représenter judiciairement et extrajudiciairement la caisse, de prendre les décisions individuelles en matière de prestations. Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière d'assurance maladie-maternité peut faire l'objet d'une décision du président de la Caisse nationale de santé ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur.

La cessation du droit à la conservation légale de la rémunération et du droit au paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie 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'assuré dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité directeur. Ces décisions de la Caisse nationale de santé sont notifiées pour information à l'employeur, auquel elles s'imposent.

**Commission mixte :**

Instituée auprès du ministre ayant le Travail et l'Emploi dans ses attributions, elle prend les décisions relatives au reclassement professionnel interne ou externe des salariés, au statut de personne en reclassement professionnel, à l'indemnité professionnelle d'attente, à la taxe de compensation relatives à l'indemnité compensatoire et aux mesures de réhabilitation ou de reconversion.

**Conseil arbitral de la sécurité sociale :**

Juridiction du 1<sup>er</sup> degré en matière de sécurité sociale, elle est compétente pour toutes les contestations en matière de sécurité sociale pouvant naître entre assurés et organismes de sécurité sociale. Son siège est situé à Luxembourg-ville. Les recours doivent être formés, sous peine de forclusion, dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision attaquée, par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil arbitral. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire. Le salarié peut se présenter seul ou avec son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale.

**Conseil supérieur de la sécurité sociale :**

Juridiction du 2<sup>nd</sup> degré en matière de sécurité sociale, elle connaît de tous les recours contre les jugements rendus en premier ressort par le Conseil arbitral de la sécurité sociale. Son siège est situé à Luxembourg-ville. L'appel doit être interjeté, sous peine de forclusion, dans les 40 jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur des assurances sociales. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire. Le salarié peut se présenter seul ou avec son mandataire qui peut être le représentant de son organisation professionnelle ou syndicale.

**Contrat de travail à durée déterminée (CDD) :**

Le contrat à durée déterminée présente la particularité d'être conclu pour une période limitée (au maximum 24 mois) et pour l'exécution d'une tâche précise et non durable.

**Contrat de travail à durée indéterminée (CDI) :**

Ce type de contrat se caractérise par le fait qu'aucune durée de la relation de travail n'est fixée d'avance. Le contrat produit ses effets jusqu'au moment où l'employeur ou le salarié décide de le rompre.

**Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) :**

Administration de l'État sous l'autorité du ministère de la Sécurité sociale, qui a pour principales missions :

- la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale ;
- la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions ;
- les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité.

**Indemnité pécuniaire de maladie :**

Indemnité versée par la CNS pour compenser la perte de revenu professionnel ou d'accident non professionnel du salarié du fait de son incapacité de travail pour cause de maladie

**Indexation :**

Adaptation des montants au coût de la vie.

**Invalidité :**

Est considéré comme atteint d'invalidité, l'assuré qui par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure, a subi une perte de capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes.

**Jours calendaires ou de calendrier :**

Tous les jours de l'année, du lundi au dimanche, même les jours fériés.

**Jours ouvrables :**

Jours réservés au travail et aux activités professionnelles. En principe, ce sont les jours de calendrier, exceptés les dimanches et les jours fériés légaux.

**Jours ouvrés :**

Jours effectivement travaillés dans l'entreprise.

**Juridictions de sécurité sociale :**

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale en 1<sup>ère</sup> instance et en appel le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

**Jurisprudence :**

Solution en droit suggérée par un ensemble concordant de décisions de justice rendues par les juridictions sur des questions de droit.

**L** **Licenciement abusif :**

Est abusif et constitue un acte socialement et économiquement anormal, le licenciement qui est contraire à la loi ou qui n'est pas fondé sur des motifs réels et sérieux liés à l'aptitude ou à la conduite du salarié ou fondé sur les nécessités du fonctionnement de l'entreprise, de l'établissement ou du service. Le tribunal du travail condamne l'employeur à verser au salarié des dommages et intérêts compte tenu du dommage subi par lui du fait de son licenciement.

**Licenciement nul :**

Une hypothèse de nullité du licenciement vise le licenciement intervenu en cas d'hospitalisation urgente ayant empêché le salarié de remplir ses obligations prévues par la loi. La résiliation du contrat de travail est annulée et le salarié est réintégré.

**Médecin conseil de la CNS :**

Médecin auprès du Contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS).

**Médecin du travail :**

Médecin auprès des services de santé au travail, qui sont soumis à la surveillance de la Division de la santé au travail. Il a un rôle essentiellement préventif, il vérifie l'aptitude du travailleur par rapport au poste de travail, notamment lors de l'embauche et des examens périodiques, ainsi que lorsqu'il est saisi en vertu du reclassement d'un travailleur.

**M** **Mutualité des employeurs :**

Créée par la loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique, cette institution de sécurité sociale a pour objet de prémunir les employeurs contre le coût financier que représente la continuation du paiement des salaires aux travailleurs frappés d'une incapacité de travail, obligation patronale dont bénéficient l'ensemble des salariés, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Elle a pour rôle de rembourser les employeurs à hauteur de 80%, 100% dans certains cas, du coût occasionné par le principe du maintien de la rémunération. Toutes les entreprises occupant des salariés sont obligatoirement affiliées à la Mutualité.

**P** **Pension d'invalidité :**

Revenu de remplacement pour une personne active qui souffre d'une invalidité temporaire ou permanente et qui ne peut donc plus exercer aucune profession.

**Période d'essai :**

Clause ayant pour objet de permettre au salarié de vérifier si le travail lui convient. Elle offre à l'employeur l'occasion d'apprécier les qualités professionnelles du salarié.

**Période de stage :**

Période d'affiliation à une caisse de maladie et/ou de pension qui permet l'ouverture de droits à des prestations.

**Prestations en espèces :**

Indemnités pécuniaires de maladie et de maternité, indemnités funéraires prises en charge par la CNS.

**Prestations en nature :**

Soins de santé pris en charge par la CNS.

**R Rapport médical circonstancié :**

Rapport dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée prévu par la nomenclature des actes et services des médecins (R4) ou tout autre rapport médical circonstancié adressé au contrôle médical de la sécurité sociale et accepté comme tel par celui-ci.

**Reclassement externe :**

Reclassement sur le marché du travail général en cas d'incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail.

**Reclassement interne :**

Reclassement au sein de l'entreprise du salarié en cas d'incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail, à un autre poste ou sous un autre régime de travail adaptés à ses capacités résiduelles.

**Référé travail :**

Le Président du Tribunal du travail peut ordonner en référé toutes les mesures qui ne se heurtent à aucune contestation sérieuse ou que justifie l'existence d'un différend. Le délai pour faire appel contre une décision du Président du tribunal du travail statuant en matière de référé est de 15 jours, à partir de la notification de l'ordonnance. L'appel est formé par assignation, c'est-à-dire par acte d'huissier de justice. En matière de référé (1<sup>ère</sup> instance ou appel), le recours à un avocat n'est pas obligatoire.

**Règlement grand-ducal :**

Acte émanant du Grand-duc et pris en exécution d'une loi.

**Réinsertion professionnelle :**

Procédure légale qui permettra de reclasser dans le circuit professionnel une personne à capacité de travail réduite, qui sans être invalide, présente néanmoins une incapacité pour exécuter les tâches correspondant à son dernier poste de travail.

**S Sécurité sociale :**

Ensemble des régimes assurant la protection de l'ensemble de la population contre les différents risques sociaux : maladie – maternité – invalidité – vieillesse – décès – accidents du travail et maladies professionnelles – charges familiales.

**Statut de personne en reclassement professionnel :**

Ce statut garantit au bénéficiaire d'une décision de reclassement professionnel externe qui accepte un nouvel emploi, le maintien des droits résultant de la décision prise par la Commission mixte tant qu'il n'a pas récupéré les capacités de travail nécessaires lui permettant d'occuper les tâches correspondant à son dernier poste de travail avant la décision de reclassement professionnel.

**Statuts de la CNS :**

Statuts adoptés par le Comité directeur de la Caisse nationale de santé s'appliquant aux personnes bénéficiant de l'assurance maladie-maternité instituée par le livre premier du Code de la sécurité sociale.

**Statuts de la Mutualité des employeurs :**

Statuts adoptés par le Conseil d'administration de la Caisse nationale de santé le 2 octobre 2008 et approuvés par arrêté ministériel du 17 décembre 2008.

**T Tribunal du travail :**

Le Tribunal du travail est une chambre du Tribunal de paix. Il en existe trois : une à Luxembourg-ville, une à Esch/Alzette et une à Diekirch. La compétence territoriale du tribunal se détermine d'après le lieu de travail du salarié.

Le Tribunal du travail connaît des contestations relatives aux contrats de travail, contrats d'apprentissage, ainsi qu'aux régimes complémentaires de pension.

Le Tribunal du travail est saisi par simple requête sur papier libre à déposer au greffe. Le recours à un avocat n'est pas obligatoire.

Les jugements rendus, en premier ressort, par les tribunaux du travail sont susceptibles d'appel de la part des parties, dans un délai de 40 jours, à partir de la notification du jugement, par assignation, c'est-à-dire par acte d'huissier de justice. Le recours à un avocat à la Cour est obligatoire devant la Cour d'appel.





## SITES INTERNET UTILES



### **INSTITUTIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE**

[www.secu.lu](http://www.secu.lu)

[www.cns.lu](http://www.cns.lu)

[www.mde.lu](http://www.mde.lu)

[www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

### **MÉDECINE DU TRAVAIL**

[www.stm.lu](http://www.stm.lu)

### **AGENCE POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPLOI**

[www.adem.lu](http://www.adem.lu)

### **CHAMBRE DES SALARIÉS**

[www.csl.lu](http://www.csl.lu)

### **SYNDICATS**

[www.ogbl.lu](http://www.ogbl.lu)

[www.lcgb.lu](http://www.lcgb.lu)

[www.aleba.lu](http://www.aleba.lu)

[www.syprolux.lu](http://www.syprolux.lu)

### **JUSTICE**

[www.justice.public.lu](http://www.justice.public.lu)





## CORRIGÉ DU TEST PRÉALABLE

Le test et son corrigé constituent un résumé simplifié des informations détaillées dans la partie III-Guide pratique du présent ouvrage.

Il est indispensable de procéder à la lecture de cette partie III pour avoir une compréhension exacte et complète des réponses cochées.



# CORRIGÉ DU TEST PRÉALABLE

N° 1

## Les obligations du salarié malade

### Le 1<sup>er</sup> jour de son absence, il doit :

- ▶ avertir l'employeur ou un représentant de celui-ci de son incapacité de travail
- ▶ fournir un certificat médical justifiant son état de santé

### Cette obligation doit se faire :

- ▶ dès le début de la journée de travail
- ▶ dans la matinée du 1<sup>er</sup> jour
- ▶ dans la journée (jusque minuit)

### Ceci peut notamment se faire :

- ▶ par téléphone
- ▶ par sms
- ▶ par mail
- ▶ par fax
- ▶ par le salarié lui-même
- ▶ par un proche du salarié

### Cette information doit parvenir :

- ▶ à l'employeur lui-même ou
- ▶ au supérieur hiérarchique du salarié ou
- ▶ à n'importe quel collègue du salarié

### L'employeur sans nouvelles du salarié le 1<sup>er</sup> jour :

- ▶ peut le licencier avec préavis
- ▶ peut le licencier avec effet immédiat
- ▶ doit attendre

### Un licenciement serait :

- ▶ abusif\*
- ▶ nul\*\*

### Le 3<sup>ème</sup> jour de son absence, le salarié doit avoir :

- ▶ envoyé un certificat médical
- ▶ scanné un certificat médical
- ▶ remis un certificat médical
- ▶ à son employeur
- ▶ à la Caisse nationale de santé
- ▶ au Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ à la Chambre des salariés
- ▶ à l'Association d'assurance contre les accidents

\* Le licenciement abusif est seulement réparé par des dommages et intérêts, le contrat restant résilié.

\*\* Le licenciement nul entraîne la réintégration du salarié après annulation de la résiliation du contrat par le tribunal compétent.

N° 2

### La prolongation de la maladie

#### Le salarié doit en informer son employeur :

- ▶ avant la fin de la période couverte par son 1<sup>er</sup> certificat
- ▶ le jour où il aurait dû reprendre le travail
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour après la reprise prévue

#### La remise du certificat à l'employeur doit avoir lieu :

- ▶ le lendemain de la reprise prévue
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour de la reprise prévue
- ▶ dans les meilleurs délais

#### La remise du certificat à la Caisse nationale de santé doit avoir lieu :

- ▶ le lendemain de la reprise prévue
- ▶ le 3<sup>ème</sup> jour de la reprise prévue
- ▶ dans les meilleurs délais

N° 3

### La protection contre le licenciement

#### Une fois ces 2 obligations remplies (information le 1<sup>er</sup> jour et remise du certificat à l'employeur le 3<sup>ème</sup> jour), le salarié est protégé contre un licenciement pendant :

- ▶ 26 semaines consécutives
- ▶ 26 semaines non consécutives
- ▶ 52 semaines non consécutives

#### Un licenciement prononcé malgré cette interdiction est :

- ▶ nul\*
- ▶ abusif\*\*

#### Passé ce délai, l'employeur peut :

- ▶ le licencier avec préavis *si désorganisation de l'entreprise*
- ▶ le licencier avec effet immédiat
- ▶ le garder

\* Le licenciement nul entraîne la réintégration du salarié après annulation de la résiliation du contrat par le tribunal compétent.

\*\* Le licenciement abusif est seulement réparé par des dommages et intérêts, le contrat restant résilié.

N° 4

### La rémunération du salarié malade

**Le salarié malade est payé soit par :**

- ▶ son employeur
- ▶ la Caisse nationale de santé
- ▶ l'Association d'assurance contre les accidents

**Le salarié a droit au maintien intégral de son salaire par son employeur pendant :**

- ▶ 77 jours
- ▶ 3 mois
- ▶ jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77<sup>ème</sup> jour de maladie pendant une période de référence de 12 mois
- ▶ 12 mois

### Le maintien du salaire par l'employeur

**L'employeur doit verser au salarié malade :**

- ▶ son salaire de base
- ▶ les majorations pour travail supplémentaire
- ▶ les majorations pour travail de jour férié légal
- ▶ les majorations pour travail de nuit
- ▶ les majorations pour travail de dimanche

**L'employeur se fait rembourser :**

- |   |   |
|---|---|
| ▶ à 0% <input type="checkbox"/>   | ▶ par l'Association d'assurance contre les accidents <input type="checkbox"/> |
| ▶ à 80% dans la majorité des cas <input checked="" type="checkbox"/>  | ▶ par la Caisse nationale de santé <input type="checkbox"/>                   |
| ▶ en intégralité pour les salariés en période d'essai (3 mois), congé pour raisons familiales et congé d'accompagnement <input checked="" type="checkbox"/> | ▶ par la Mutualité des entreprises <input checked="" type="checkbox"/>        |

### L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé

**L'indemnité pécuniaire prend en compte :**

- ▶ le salaire de base
- ▶ tous les compléments et accessoires
- ▶ seuls les compléments et accessoires payables mensuellement en espèces
- ▶ les avantages en nature
- ▶ les 13<sup>ème</sup> et 14<sup>ème</sup> mois
- ▶ les gratifications
- ▶ les heures supplémentaires



suite  
N°4

### L'indemnisation du salarié malade par l'employeur et par la Caisse nationale de santé

#### Le salarié a droit à une indemnisation pendant :

- ▶ 26 semaines consécutives
- ▶ 52 semaines consécutives
- ▶ 26 semaines sur une période de référence de 52
- ▶ 52 semaines sur une période de référence de 104

#### Passé ce délai, le CDI :

- ▶ est annulé
- ▶ peut être résilié par l'employeur
- ▶ cesse automatiquement

### L'indemnité pécuniaire versée par la Caisse nationale de santé

#### Même avant les 52 semaines, la Caisse nationale de santé peut arrêter d'indemniser l'assuré si :

- ▶ il se soustrait sans motif valable au contrôle médical
- ▶ il ne répond pas sans motif valable à la convocation du médecin du travail dans le cadre d'une procédure de reclassement
- ▶ il séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de la Caisse nationale de santé
- ▶ il se trouve en état de détention
- ▶ il ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par la Caisse nationale de santé ou le Contrôle médical de la sécurité sociale y compris le rapport médical circonstancié
- ▶ le Contrôle médical de la sécurité sociale rend un avis d'aptitude

N°5

### Le contrôle du salarié malade

#### Pendant son incapacité de travail, le salarié peut faire l'objet :

- ▶ d'un contrôle administratif
- ▶ d'un contrôle médical

#### Le contrôle administratif peut intervenir :

- ▶ à la demande de l'employeur
- ▶ à la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ à la demande de la Caisse nationale de santé
- ▶ pendant le maintien de la rémunération par l'employeur
- ▶ pendant l'indemnisation par la Caisse nationale de santé



suite  
N°5

**Le contrôle médical peut intervenir :**

- ▶ à la demande de l'employeur *auprès d'un médecin de son choix*
- ▶ à la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ à la demande de la Caisse nationale de santé
- ▶ pendant le maintien de la rémunération par l'employeur
- ▶ pendant l'indemnisation par la Caisse nationale de santé



**Le contrôle médical sur demande de l'employeur auprès d'un médecin de son choix**

**Si le médecin (choisi par l'employeur) considère le salarié apte :**

- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête



**Si deux médecins (autres que le Contrôle médical de la sécurité sociale) considèrent le salarié apte :**

- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer *si le salarié ne reprend pas le travail*



**Le contrôle médical sur demande du Contrôle médical de la sécurité sociale**

**Si le Contrôle médical de la sécurité sociale considère le salarié apte :**

- ▶ la Caisse nationale de santé arrête d'indemniser le salarié
- ▶ l'employeur doit continuer à le payer
- ▶ l'employeur peut arrêter de le payer
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête de suite
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête après 40 jours à défaut de recours du salarié contre la décision d'aptitude
- ▶ la protection contre le licenciement s'arrête après 26 semaines consécutives en cas de recours du salarié contre la décision d'aptitude



N° 6

**Le reclassement du salarié****La Commission mixte peut être saisie par :**

- ▶ le Contrôle médical de la sécurité sociale
- ▶ l'employeur
- ▶ le salarié
- ▶ le médecin traitant du salarié
- ▶ le médecin du travail

**La saisine de la Commission mixte a pour conséquence**

- ▶ la suspension du délai de 52 semaines
- ▶ la suspension du contrat de travail du salarié
- ▶ la protection contre le licenciement du salarié
- ▶ la saisine du médecin du travail

**Le reclassement interne est obligatoire pour :**

- ▶ tout employeur
- ▶ tout employeur occupant plus de 25 salariés
- ▶ tout employeur qui n'occupe pas le nombre de salariés handicapés requis par la loi

**Le salarié reclassé en interne peut bénéficier :**

- ▶ d'une indemnité compensatoire
- ▶ d'une indemnité professionnelle d'attente
- ▶ d'une réévaluation périodique par le médecin du travail
- ▶ d'un statut spécifique protecteur

**Le salarié reclassé en externe peut bénéficier :**

- ▶ d'une indemnité compensatoire quand il retrouve un emploi
- ▶ d'une indemnité professionnelle d'attente
- ▶ d'une réévaluation périodique par le médecin du travail
- ▶ d'un statut spécifique protecteur



# Droit social

## La maladie et le reclassement professionnel du salarié

La Chambre des salariés (CSL) a décidé de publier cette brochure pour informer ses ressortissants des nouveautés introduites en matière de maladie et de reclassement professionnel en septembre 2015 et janvier 2016.

En matière d'incapacité de travail, les points suivants doivent être connus :

- renforcement du rôle du Contrôle médical de la sécurité sociale ;
- nouvel impact d'une décision de la Caisse Nationale de Santé sur le contrat de travail ;
- contrôles et sorties du salarié malade.

En matière de reclassement professionnel, quelques ajouts méritent d'être soulignés :

- nouvelle voie d'accès par le médecin du travail ;
- statut protecteur du salarié en reclassement professionnel externe ;
- réévaluation périodique du salarié reclassé.

Après un aperçu des modifications intervenues, un guide pratique expose de manière plus détaillée les droits et devoirs du salarié malade (déclaration de son incapacité de travail, protection contre un licenciement, rémunération), ainsi que les droits et devoirs de son employeur (contrôles administratif et/ou médical, reclassement interne, résiliation du contrat).

Une partie « Législation » regroupe les dispositions légales applicables.

Les termes les plus spécifiques sont définis dans la partie « Glossaire », qui est suivie d'une liste des sites internet utiles.

Le lecteur peut évaluer ses connaissances en faisant un test préalable sous forme de questionnaire à choix multiple.

### Diffusée par :

**Librairie Um Fieldgen**  
3, rue Glesener - L-1631 Luxembourg  
info@libuf.lu

Cette publication est également disponible au siège de la CSL.

### Editée par :



CHAMBRE DES SALAIRES  
LUXEMBOURG

18 rue Auguste Lumière L-1950 Luxembourg  
T +352 27 494 200 F +352 27 494 250  
csl@csl.lu www.csl.lu

Prix : 10 €

ISBN : 978-2-919888-67-6

