

Droit de la sécurité sociale

Réforme de l'Assurance Accident

Textes mis à jour au 1^{er} février 2011



Droit de la sécurité sociale

Réforme de l'Assurance Accident

Textes mis à jour au 1^{er} février 2011

Impressum

Editeurs

Chambre des salariés

18, rue Auguste Lumière
L-1950 Luxembourg
Tél. : 48 86 16 - 1
Fax : 48 06 14
www.csl.lu • csl@csl.lu

Jean-Claude Reding, président
Norbert Tremuth, directeur
René Pizzaferrì, directeur

Impression

Imprimerie Watgen J.M. S.à r.l.

Distribution

Librairie "Um Fieldgen Sàrl"
3, rue Glesener
L-1634 Luxembourg
Tél. : 48 88 93
Fax : 40 46 22
info@libuf.lu

ISBN : 978-2-919888-64-1

Les informations contenues dans le présent ouvrage ne préjudicient en aucun cas à une interprétation et application des textes légaux 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 dans le présent ouvrage ou de toute conséquence découlant de l'utilisation de l'information contenue dans cet ouvrage.

Préface

Jean-Claude Reding
Président de la Chambre des salariés



La première législation assurant une protection contre les conséquences des accidents du travail au Luxembourg date du début du siècle dernier. Il s'agit de la loi du 5 avril 1902 concernant l'assurance obligatoire des ouvriers contre les accidents, qui constitue toujours la base de la législation en la matière.

Le 1^{er} janvier 2011 est entrée en vigueur la réforme de l'assurance accident, ce qui implique, à partir de cette date, un nouveau mode d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les dispositions relatives aux dégâts matériels accessoires et aux dégâts aux véhicules sont déjà entrées en vigueur le 1^{er} juin 2010 et s'appliquent aux accidents survenus à partir de cette date.

Le nouveau système diffère de l'ancien système de réparation forfaitaire globale de l'assurance accident dans la mesure où une analyse plus nuancée des préjudices subis doit permettre une indemnisation plus adéquate de la victime.

La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle a droit, d'une part, à l'indemnisation des dégâts matériels proprement dits (dommages occasionnés aux biens), et, d'autre part, à l'indemnisation des préjudices résultant du dommage corporel subi qui sont classés dans deux catégories distinctes selon qu'ils sont de nature patrimoniale ou extrapatrimoniale.

Ainsi, les préjudices patrimoniaux sont indemnisés en fonction du revenu de la victime, et, au-delà, la nouvelle loi introduit des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux, qui sont indépendantes de la situation financière de la personne accidentée ou malade : indemnités pour douleurs endurées, pour préjudice esthétique ainsi que pour préjudice physiologique et d'agrément.

D'autre part, la nouvelle loi simplifie également l'organisation et le financement de l'Association d'assurance accident.

Avec la publication que vous tenez entre vos mains, la CSL désire expliquer la législation sur l'assurance accident, telle qu'elle est applicable depuis le 1^{er} janvier 2011. La publication fournit également quelques exemples relatifs à des prestations.

Elle contient en outre les formulaires relatifs à la déclaration d'un accident ou d'une maladie professionnelle et aux demandes de prestations.

Luxembourg, février 2011

SOMMAIRE

I

Qui est assuré ?

7

Chapitre 1 Les salariés

9

Chapitre 2 Les indépendants

9

Chapitre 3 Les régimes spéciaux

10

Note : La protection de l'assurance accident des écoliers, élèves et étudiants

11

II

Quels sont les dégâts pris en charge ?

13

Chapitre 1 Accident de travail

15

Chapitre 2 Accident de trajet

15

Formulaire : Déclaration d'accident du travail / de trajet

17

Chapitre 3 Maladie professionnelle

19

Formulaire : Déclaration patronale concernant l'exposition au risque dans le cadre de l'instruction d'une maladie professionnelle

23

III

Prestations

25

Note : L'essence de la nouvelle législation

27

Chapitre 1 Prestations en nature

27

1.1. Prestations de soins de santé

27

1.2. Prestations de l'assurance dépendance

28

1.3. Dégâts matériels accessoires et dégâts aux véhicules

28

Note : La procédure de déclaration

27

Chapitre 2 Prestations en espèces

30

2.1. Prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les cinquante-deux premières semaines

30

2.2. Rente complète en cas d'incapacité totale de travail

31

2.3. Rente partielle en cas de perte partielle de revenu

32

2.4. Rente d'attente en cas de reclassement externe

33

2.5. Procédure de demande

34

Formulaire : Demande en obtention d'une rente complète

35

2.6. Doit-on payer des impôts et des cotisations sur les rentes ?

36

2.7. Est-ce qu'il y a des dispositions anti-cumul ?

36

2.8. Indemnités pour préjudices extrapatronaux

36

Chapitre 3 Révisions des prestations

40

Chapitre 4	Clôture des dossiers	40
Chapitre 5	Prestations des survivants	41
5.1.	Rente de survie	41
5.2.	Indemnisation du dommage moral	45

<u>Formulaire</u> : Demande de prestations des survivants	44
---	----

Chapitre 6	Retrait des prestations	45
Chapitre 7	Recours	46
Chapitre 8	Délais de prescription	46

IV

Financement 47

Chapitre 1	Taux de cotisation	49
Chapitre 2	Assiette de cotisation	49
Chapitre 3	Bonus/malus	50
Chapitre 4	Régimes spéciaux	50

V

Organisation 51

Chapitre 1	Missions du comité directeur	53
Chapitre 2	Composition et fonctionnement du comité directeur	53

VI

Responsabilités et immunité patronale 55

VII

Prévention 59

Chapitre 1	Champ d'application	61
Chapitre 2	Recommandations de prévention	61

Adresses utiles 63



QUI EST ASSURÉ ?

1. Les salariés
2. Les indépendants
3. Les régimes spéciaux

1 LES SALARIÉS

Sont assurés obligatoirement contre le risque les salariés, définis comme des personnes qui exercent au Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

Sont également assurés :

- les apprentis ;
- les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois, sous réserve de remplir certaines conditions de résidence et de nationalité ;
- les membres d'associations religieuses et les personnes pouvant leur être assimilées exerçant au Luxembourg une activité d'utilité générale ;
- les coopérants en matière de développement, les participants à des opérations de maintien de la paix et les observateurs d'élections et d'opérations d'éloignement ;
- les volontaires de l'armée ;
- les jeunes qui exercent un service volontaire ;
- les travailleurs handicapés occupés dans les ateliers protégés ;
- les sportifs qui participent à des activités d'élite.

Sont assurées obligatoirement dans les conditions applicables aux salariés les personnes exerçant au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle rémunérée pour un tiers sans être établies légalement à leur propre compte ou celles effectuant un stage rémunéré ou non sans être assurées au titre des régimes spéciaux (voir ci-dessous).

Les victimes d'un accident du travail survenu à l'occasion d'un travail clandestin bénéficient de la même indemnisation que dans le contexte d'une activité légale déclarée à la sécurité sociale. Toutefois, l'Association d'assurance accident (AAA) peut récupérer auprès de l'employeur fautif au plus la moitié des prestations versées suite à l'accident survenu à un assuré non déclaré (jusqu'à un plafond de 30.000 €).

Les assurés qui travaillent normalement au Grand-Duché de Luxembourg et qui sont détachés temporairement à l'étranger par leur employeur restent couverts par l'assurance accident luxembourgeoise. La durée de ce détachement se limite à une période ne pouvant en général pas dépasser deux années.

2 LES INDÉPENDANTS

Les personnes qui exercent au Luxembourg pour leur propre compte une activité professionnelle ressortissant de la Chambre des métiers, de la Chambre de commerce ou de la Chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial sont assurées obligatoirement.

Sont assimilés à ces personnes :

- les associés de sociétés en nom collectif, de sociétés en commandite simple ou de sociétés à responsabilité limitée qui détiennent plus de 25% des parts sociales,
- les administrateurs, commandités ou mandataires de sociétés anonymes, de sociétés en commandite par actions ou de sociétés coopératives qui sont délégués à la gestion journalière, à condition qu'il s'agisse de personnes sur lesquelles repose l'autorisation d'établissement.

Sont également assurés le conjoint ou le partenaire et, pour les activités ressortissant de la Chambre d'agriculture, les parents et alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement, pourvu que ces personnes soient âgées de 18 ans au moins et prêtent à l'assuré des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale.

L'assurance s'étend aux activités accessoires en dépendance économique avec l'exploitation agricole, telles que :

- l'exploitation des propriétés forestières ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des produits de l'exploitation ;
- la satisfaction des besoins de l'exploitation ;
- l'extraction ou la mise en œuvre de produits de terre ;
- les travaux exécutés au profit de tiers ;
- les stages effectués au Grand-Duché de Luxembourg et à l'étranger pour autant que les stagiaires ne sont pas couverts comme élèves et étudiants ainsi que les formations continues prévus par les lois et règlements et reconnus par la Chambre d'agriculture.

Sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, sont également assurés les aidants occasionnels, c.-à-d. les personnes exerçant une activité agricole, viticole, horticole ou sylvicole pour le compte d'un assuré obligatoire ou volontaire, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui ne doit pas dépasser trois mois par année de calendrier.

Sont dispensées de l'assurance les personnes dont le revenu professionnel retiré de l'activité autre qu'agricole exercée à titre principal ou accessoire ne dépasse pas un tiers du salaire social minimum ou lorsqu'elles exercent l'activité dans une exploitation agricole ne dépassant pas une certaine dimension économique. Toutefois, ces personnes sont admises à l'assurance obligatoire à leur demande.

3 LES RÉGIMES SPÉCIAUX

Les régimes spéciaux consistent en une extension de l'assurance accident sans qu'il y ait versement de cotisations. Les prestations et les frais administratifs sont remboursés par l'Etat à l'AAA.

Sont assurés dans le cadre de régimes spéciaux d'assurance accident :

- les écoliers, élèves et étudiants et les enfants âgés de moins de 6 ans accueillis dans un organisme agréé au sens de la loi dite ASFT, (p.ex. les enfants fréquentant une maison relais) ;
- les chargés de cours, moniteurs et surveillants d'activités périscolaires, périuniversitaires, les personnes participant aux cours de formation continue et examens y relatifs organisés ou agréés par l'Etat, les communes et les chambres professionnelles ainsi que les chargés de cours et membres ou auxiliaires des jurys afférents ;
- les délégués des différentes branches professionnelles participant aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale, du Conseil arbitral de la sécurité sociale, du Conseil supérieur de la sécurité sociale, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social créée par une disposition légale ou réglementaire, à condition qu'ils ne soient pas assurés à un autre titre ;

- les personnes participant aux actions de secours et de sauvetage ;
- les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail prévue par la loi sur le revenu minimum garanti ;
- les personnes faisant l'objet d'une mesure d'insertion sociale ou de mise au travail prévues par le droit pénal ou le droit de la protection de la jeunesse ;
- les demandeurs d'emploi bénéficiant d'une mesure d'insertion professionnelle ;
- dans l'exercice de leurs fonctions, les députés et autres personnes ayant un mandat politique ;
- les personnes exerçant une activité à titre bénévole au profit de services sociaux agréés par l'État ;
- les victimes d'un accident de trajet se rendant au contrôle médical ou à la cellule d'évaluation et d'orientation ;
- les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger ;
- le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet se présentant auprès de l'Administration de l'emploi, à un entretien d'embauche ou à une mesure active en faveur de l'emploi ;
- les personnes handicapées inscrites dans un service de formation agréé.

NOTE : LA PROTECTION DE L'ASSURANCE ACCIDENT DES ÉCOLIERS, ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS

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

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

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

- le séjour dans les cantines et les internats ;
- les cours de rattrapage, les études surveillées, les activités guidées, les loisirs surveillés, et les visites guidées ;
- les voyages d'études et séjours à l'étranger et ceux organisés au Luxembourg pour les élèves et étudiants étrangers dans le cadre d'échanges internationaux ;
- les contrôles médicaux, les consultations, examens, essais d'intégration scolaire et autres activités organisées par les services médico-psycho-pédagogiques et d'orientation scolaire et par les centres, instituts et services d'éducation différenciée ;
- les journées d'information et d'orientation scolaire ou professionnelle ;
- les manifestations organisées en collaboration avec l'école dans le domaine de la sécurité routière et de l'épargne scolaire ;

- les activités de recherche et les stages des élèves et étudiants dans les entreprises ou administrations ;
- l'ensemble des activités organisées dans le cadre des projets d'établissement prévus dans l'enseignement ;
- les cours de langue et de culture maternelle organisés à l'intention des enfants de parents immigrés et autorisés par le ministère de l'Éducation nationale ;
- les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique ;
- l'activité des servants de messe appelés pendant les heures de classe à assister à des cérémonies religieuses.

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

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

En cas d'accident survenu à l'étranger, le droit aux prestations est suspendu jusqu'à concurrence du montant des prestations de même nature accordées par le pays en question.

Les écoliers, élèves et étudiants ne bénéficient de l'indemnisation des dégâts matériels accessoires subis par un véhicule automoteur que dans la mesure où, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, ils n'ont pas pu utiliser des transports en commun.



QUELS SONT LES DÉGÂTS PRIS EN CHARGE ?

1. Accident de travail
2. Accident de trajet
3. Maladie professionnelle

1 ACCIDENT DE TRAVAIL

Par accident du travail on entend l'accident survenu à l'assuré par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Cette définition très succincte de la loi a été complétée et précisée par la jurisprudence.

En ce qui concerne l'exigence d'un lien entre l'accident et le travail, il faut noter que selon deux arrêts de la Cour de cassation datant de 1979 et qui ont fait jurisprudence, tout accident qui est survenu à l'heure et au lieu de travail est réputé être survenu par le fait du travail. L'incident qui a provoqué une atteinte au corps humain doit être qualifié d'accident du travail et il appartient à l'Association d'assurance contre les accidents de rapporter la preuve que l'atteinte est due à une cause étrangère à l'emploi assuré.

La charge de la preuve des conditions de temps et de lieu ainsi que de l'existence d'une lésion incombe cependant à l'assuré.

Il faut qu'il existe, au moment de l'accident, une connexité entre l'emploi assuré et l'activité ayant donné lieu à la blessure, de même qu'entre le fait accidentel et la blessure. Il faut notamment que l'occupation lors de laquelle l'accident est survenu ait eu lieu dans l'intérêt de l'entreprise dans laquelle l'assuré est occupé. Par ailleurs, l'assuré doit se trouver au moment de l'accident dans un lien de subordination à l'égard de l'employeur. L'accident doit donc survenir du fait de l'exécution du contrat de travail.

2 ACCIDENT DE TRAJET

La loi considère également comme accident du travail celui survenu sur le trajet d'aller et de retour :

- entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où l'assuré se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail ;
- entre le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où l'assuré prend habituellement ses repas.

Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier.

En outre, sont également considérées comme des accidents de trajet, ceux survenus :

- lors de déplacements pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec l'assuré, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation ;
- lorsque le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet se présente auprès de l'Administration de l'emploi, à un entretien d'embauche ou à une mesure active en faveur de l'emploi ;
- aux personnes se rendant au contrôle médical ou à la cellule d'évaluation et d'orientation.

N'est pas pris en charge l'accident de trajet :

- que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde ;
- si le trajet a été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'activité assurée.

Le nouveau texte abandonne la distinction qui existait entre voirie privée et voirie publique.

Jusqu'à présent, un accident n'était pas indemnisable comme accident de travail lorsqu'il était survenu sur la voirie privée réservée à l'usage exclusif de l'assuré en cause, comme la pente de sa voie

de garage, mais il l'était lorsqu'il survenait sur les chemins d'accès privés de l'entreprise où il travaille, ce qui n'était pas cohérent.

Désormais le trajet est assuré de porte à porte, c'est-à-dire dès l'instant où l'assuré quitte sa résidence principale, sa résidence secondaire présentant un caractère de stabilité, ou tout autre lieu où il se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial, jusqu'à ce qu'il entre dans l'immeuble abritant son lieu de travail.

DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL/DE TRAJET

Si vous êtes victime d'un accident du travail ou de trajet, vous êtes tenu d'en **aviser sans retard votre employeur** ou le représentant de celui-ci.

Les accidents doivent être **déclarés par écrit** dans la huitaine à l'Association d'assurance accident (AAA) moyennant le **formulaire de déclaration prescrit** que l'employeur peut télécharger sur le site de l'Assurance accident¹.

En outre, l'employeur ou son représentant est tenu de **signaler de suite** par téléphone, télécopieur ou par voie électronique à l'Association d'assurance accident **tout accident grave**, ayant occasionné soit la mort, soit une lésion permanente, soit au moins une des lésions temporaires suivantes :

- des fractures ;
- des brûlures externes au troisième degré et sur plus de 9% de la superficie du corps ou internes ;
- des plaies avec perte de substance ;
- des traumatismes qui, en l'absence de traitement, peuvent mettre la survie en péril.

L'Association d'assurance accident transmet à l'Inspection du travail et des mines ou au Service national de la sécurité dans la fonction publique, le cas échéant par voie électronique, les déclarations des accidents des employeurs.

La déclaration est **obligatoire** pour chaque accident du travail ou accident de trajet, **même pour les accidents minimes** n'ayant pas causé une incapacité de travail, ainsi que pour les accidents sans lésion corporelle ayant seulement produit des dégâts matériels aux véhicules automoteurs.

L'employeur vous fait parvenir une copie de la déclaration soit d'office, soit à votre demande.

En vue du règlement rapide et correct des déclarations, il est indispensable que les déclarations d'accident soient remplies avec soin. L'employeur ou son représentant doit faire une enquête sur les causes de l'accident et sur les conditions de travail ayant pu provoquer l'accident. La non-observation de ces instructions peut entraîner une amende d'ordre de 2.500 €.

Que pouvez-vous faire si vous êtes victime d'un accident de travail et si vous avez des doutes concernant la déclaration ?

Si vous n'avez pas obtenu une copie de la déclaration de l'accident, vous pouvez demander à l'employeur de vous transmettre une telle copie.

Si l'employeur n'a pas déclaré l'accident, vous avez la possibilité, dans un délai d'un an, de vous adresser par écrit directement à l'AAA qui demande la prise de position de l'employeur avant de prendre une décision.

¹ <http://www.aaa.lu/formulaires/declarations/index.html>

Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL / DE TRAJET

(vers. 1.1) (code F 1.1)

EMPLOYEUR	1.01 Dénomination de l'entreprise / de l'établissement scolaire / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur 1.02 Adresse 1.03 Numéro d'affiliation de l'entreprise auprès de la sécurité sociale : - 	Case réservée à l'administration
VICTIME	2.01 Nom, prénom 2.02 Adresse 2.03 Occupé(e) à l'entreprise / établissement en qualité de 2.04 Matricule ou à défaut date de naissance 	
ACCIDENT	2.05 La victime occupe-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : ☐ un emploi permanent (contrat à durée indéterminée) ☐ un emploi temporaire ou de nature similaire. En cas de contrat de travail intérimaire veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'entreprise utilisatrice et le numéro d'affiliation auprès de la sécurité sociale (si connu): Numéro d'affiliation : - 2.06 La victime travaille-t-elle (emploi dans le cadre duquel l'accident est survenu) : ☐ à temps plein ? ☐ à temps partiel ? Veuillez préciser le nombre habituel d'heures de travail hebdomadaires : heures / semaine	
	3.01 Date et heure de l'accident jour/mois/année - heure : minute / / h: min	
	3.02 Date et heure de la déclaration à l'employeur jour/mois/année - heure : minute / / h: min	
	3.03 Heures pendant lesquelles la victime a travaillé ou aurait dû travailler le jour de l'accident matin de / à après-midi de / à heure : minute - heure : minute heure : minute - heure : minute h: min - h: min h: min - h: min	
	3.04 L'accident a-t-il eu lieu: ☐ au poste ou lieu de travail habituel de la victime ☐ à un poste de travail occasionnel ou mobile ☐ sur le trajet	
	3.05 A quel endroit ou lieu de travail la victime se trouvait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du lieu (en cas d'accident de la circulation prière d'indiquer la localité et la rue). 	
	3.06 Quel type de travail, respectivement quelle tâche la victime effectuait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> du type de travail 	
	3.07 Quelle activité spécifique la victime accomplissait-elle lorsque l'accident est survenu? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de l'activité spécifique ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, objets, instruments, substances, etc.) utilisés par la victime. 	
	3.08 Description circonstanciée du déroulement de l'accident 	
	3.09 Quel(s) événement(s) déviant du processus normal d'exécution du travail a (ont) entraîné l'accident? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les événements anormaux ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.). 	
	3.10 Comment la victime a-t-elle été blessée? Veuillez donner une description <u>détaillée</u> de tous les contacts blessants ainsi que, s'il y a lieu, des agents associés (outils, machines, équipements, matériaux, objets, instruments, substances, etc.). 	

Le formulaire doit être rempli par ordinateur ou s'il est rempli à la main à l'encre noire en caractères d'imprimerie

page 1/2

ACCIDENT (suite)	3.11 Mesures de prévention prises ou à prendre pour éviter à l'avenir un accident similaire	Case réservée à l'administration
	3.12 Nom et adresse de la personne avertie en premier lieu	Est-ce que cette personne était témoin oculaire ? ☐ non ☐ oui
LÉSION(S) selon les constatations de l'employeur	4.01 ☐ Pas de lésion, seulement dégât au véhicule automoteur -> Prière de passer aux rubriques 5.01 à 5.05.	
	4.02 En cas de lésion, prière d'indiquer la nature de la lésion	
	☐ Plaies et blessures superficielles (y compris contusions) ☐ Effets des extrêmes de température, de la lumière ou des radiations ☐ Fractures osseuses ☐ Choc (sans blessure physique directe) ☐ Luxations, entorses et foulures ☐ Lésions multiples ☐ Commotions et traumatismes internes ☐ Autre(s) lésion(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: ☐ Brûlures et gelures ☐ Effets du bruit, des vibrations et de la pression ☐ Nature inconnue	
	4.03 Prière d'indiquer la localisation de la lésion	
SIGNATAIRE	☐ Tête Oeil (Yeux) ☐ gauche ☐ droit ☐ Cou ☐ Dos ☐ Thorax ☐ Ventre, bassin ☐ Ensemble du corps et endroits multiples ☐ Localisation inconnue	
	Épaule(s): ☐ gauche ☐ droite Bras, y compris coude(s): ☐ gauche ☐ droit Main(s): ☐ gauche ☐ droite Jambe(s), y compris genou(x): ☐ gauche ☐ droite Pied(s): ☐ gauche ☐ droit ☐ Autre(s) partie(s) du corps blessée(s) non spécifiée(s) ci-devant, prière d'indiquer: ☐ Localisation inconnue	
	4.04 Nom, prénom et adresse du médecin traitant :	4.06 Le cas échéant indiquer l'établissement hospitalier visité:
	4.05 Code-médecin (si connu) :	
4.07 Conséquences de l'accident		4.08 Reprise du travail
☐ Décès ☐ La victime n'a pas interrompu son travail ☐ La victime a quitté le travail : jour/mois/année - heure : minute ☐ / ☐ / ☐ h ☐ min ☐		Compléter cette rubrique au plus tôt après le huitième jour suivant la date de l'accident ☐ La victime n'a pas (re)commencé à travailler ☐ La victime a repris le travail le: jour/mois/année ☐ / ☐ / ☐
5.01 Nom et prénom du signataire	5.04 Lieu, date	
5.02 Fonction du signataire	jour/mois/année , le ☐ / ☐ / ☐	
5.03 Numéro de téléphone / télécopie :	5.05 Signature de l'employeur ou de son délégué, cachet de l'entreprise	
	Prière de remplir toutes les rubriques avant l'envoi de ce formulaire Tout formulaire incomplet sera retourné !	

3 MALADIE PROFESSIONNELLE

Une maladie professionnelle est une maladie qui a sa cause déterminante dans l'activité professionnelle.

Les maladies professionnelles sont généralement des affections persistantes, c'est-à-dire des entraves à la capacité de travail dont souffrent des travailleurs particuliers ou des groupes précis de travailleurs à la suite de leur activité professionnelle. Ce sont des affections qui ne seraient pas ou du moins pas de la même façon survenues en l'absence d'exposition liée au travail. Elles sont la conséquence directe d'une exposition plus ou moins prolongée à un risque (physique, chimique ou microbien) ou à des conditions de travail spécifiques (bruit, vibrations, postures de travail...) dans le cadre de l'exercice habituel d'une profession.

Une maladie professionnelle peut être reconnue de deux manières :

- une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle figure au tableau des maladies professionnelles et est contractée par suite d'une exposition au travail à un risque spécifique. Si vous prouvez que vous êtes atteint d'une maladie professionnelle inscrite dans le tableau et que vous avez été exposé à un risque dans le cadre de l'activité assurée, la maladie est présumée être d'origine professionnelle (système dit fermé) ;
- la loi permet en outre l'indemnisation par l'assurance accident d'une maladie professionnelle non inscrite dans le tableau dès lors que vous démontrez clairement que la cause déterminante de la maladie est d'origine professionnelle (système dit ouvert).

Selon la jurisprudence, le second cas de figure est motivé par l'évolution constante des symptomatologies et les changements de l'activité professionnelle qu'il est difficile de prévoir lors de l'établissement du tableau des maladies professionnelles, et la décision afférente est soumise au contrôle juridictionnel.

Etant donné qu'il est difficile d'établir une relation de cause à effet entre la maladie et le travail en raison notamment de l'imbrication de facteurs professionnels et extra-professionnels et de la période de latence parfois très longue, la révision régulière du tableau des maladies professionnelles revêt une importance primordiale.

La Commission supérieure de maladies professionnelles est chargée de proposer et d'aviser les révisions qui sont publiées par règlement grand-ducal.

TABLEAU DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1 MALADIES PROVOQUÉES PAR DES AGENTS CHIMIQUES	
11 Métaux et métalloïdes	
11 01	Maladies provoquées par le plomb ou ses composés
11 02	Maladies provoquées par le mercure ou ses composés
11 03	Maladies provoquées par le chrome ou ses composés
11 04	Maladies provoquées par le cadmium ou ses composés
11 05	Maladies provoquées par le manganèse ou ses composés
11 06	Maladies provoquées par le thallium ou ses composés
11 07	Maladies provoquées par le vanadium ou ses composés
11 08	Maladies provoquées par l'arsenic ou ses composés
11 09	Maladies provoquées par le phosphore ou ses composés anorganiques
11 10	Maladies provoquées par le béryllium ou ses composés

Quels sont les dégâts pris en charge ?

12	Gaz asphyxiants
12 01	Maladies provoquées par le monoxyde de carbone
12 02	Maladies provoquées par l'hydrogène sulfuré
13	Solvants, pesticides et autres substances chimiques
13 01	Maladies des muqueuses, cancers ou autres néoformations des voies urinaires provoquées par les amines aromatiques
13 02	Maladies provoquées par les hydrocarbures halogénés
13 03	Maladies provoquées par le benzol, ses homologues et le styrène
13 04	Maladies provoquées par les composés nitrés ou aminés du benzol ou ses homologues ou leurs dérivés
13 05	Maladies provoquées par le sulfure de carbone
13 06	Maladies provoquées par le méthanol
13 07	Maladies provoquées par les composés organiques du phosphore
13 08	Maladies provoquées par le fluor ou ses composés
13 09	Maladies provoquées par les esters nitriques
13 10	Maladies provoquées par les dérivés halogénés des alkyl-, aryl- ou alkylaryloxydes
13 11	Maladies provoquées par les dérivés halogénés des alkyl-, aryl- ou alkylarylsulfurés
13 12	Maladies des dents provoquées par les acides
13 13	Lésions cornéennes par le benzoquinone
13 14	Affections dues au p-tertibutyl-phénol
13 15	Maladies dues aux isocyanates
13 16	Maladies du foie par le diméthylformamide
13 17	Polyneuropathie ou encéphalopathie par les solvants organiques et leurs mélanges
<i>Remarque se rapportant aux codes 11 01 à 11 10, 12 01 et 12 02, 13 03 à 13 09 et 13 15 :</i> <i>Les affections cutanées pouvant être couvertes par ces rubriques ne donnent lieu à réparation que pour autant qu'elles répondent aux conditions posées sous la position 51 01 ou qu'elles se présentent comme une manifestation d'une maladie plus générale provoquée par les substances chimiques visées.</i>	
2	MALADIES PROVOQUÉES PAR DES AGENTS PHYSIQUES
21	Effets mécaniques
21 01	Maladies des gaines synoviales ou du tissu péri-tendineux ainsi que des insertions tendineuses ou musculaires ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
21 02	Lésions méniscales dues à un surmenage des articulations du genou après une exposition prolongée de plusieurs années ou une exposition à répétition fréquente
21 03	Affections provoquées par les vibrations des outils pneumatiques ou outils agissant de façon similaire
21 04	Troubles circulatoires aux mains dues aux vibrations et ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
21 05	Maladies chroniques des bourses séreuses par pression locale prolongée
21 06	Paralysie des nerfs dues à des pressions locales prolongées
21 07	Fractures des apophyses épineuses vertébrales
21 08	Abrasion prononcée des dents par la poussière de silice

22	Air comprimé
22 01	Maladies dues au travail dans l'air comprimé
23	Bruit
23 01	Hypoacousie provoquée par le bruit professionnel consistant dans une perte auditive d'au moins 40%
24	Rayons
24 01	Cataracte due au rayonnement thermique
24 02	Maladies provoquées par les rayons ionisants
3	MALADIES PROFESSIONNELLES INFECTIEUSES OU PARASITAIRES AINSI QUE LES MALADIES TROPICALES
31 01	Maladies infectieuses, si l'assuré travaille dans un établissement ou un service s'occupant de la prophylaxie, du diagnostic et du traitement des maladies contagieuses, ou si l'assuré est particulièrement exposé à des risques similaires de contagion, en raison de son activité professionnelle
31 02	Maladies transmissibles des animaux à l'homme
31 03	Maladies parasitaires des mineurs par ankylostome duodéal ou anguillule intestinale
31 04	Maladies tropicales, fièvre pourprée
4	MALADIES PROVOQUÉES PAR DES POUSSIÈRES MINÉRALES
41 01	Silicose
41 02	Silicose en association avec une tuberculose pulmonaire
41 03	Asbestose ou affection de la plèvre par la poussière d'amiante
41 04	Cancer du poumon et cancer du larynx - en association avec une asbestose - en association avec une lésion de la plèvre ou - lorsque l'effet d'une dose cumulative de fibres en amiante sur le lieu de travail d'au moins 25 années-fibres $[(25 \times 10^6 \text{ fibres/m}^3) \times \text{années}]$ est établie
41 05	Mésothéliome de la plèvre, du péritoine ou du péricarde causé par l'amiante
41 06	Maladies des voies respiratoires profondes ou des poumons provoquées par l'aluminium ou ses composés
41 07	Fibrose pulmonaire provoquée par les poussières des métaux durs lors de la fabrication ou du façonnage de ces métaux
41 08	Maladies des voies respiratoires profondes et des poumons par scories Thomas
41 09	Néoformations des voies respiratoires et des poumons par le nickel ou ses composés
42	Maladies provoquées par des poussières organiques
42 01	Alvéolite allergique extrinsèque
42 02	Affection pulmonaire provoquée par l'inhalation de fibres de coton, de lin, de chanvre, de jute, de sisal ou de bagasse
42 03	Adénocarcinome des cavités et des fosses nasales dû aux poussières de bois
43	Maladies obstructives des voies respiratoires
43 01	Maladies obstructives des voies respiratoires (inclusivement la rhinopathie) causées par des substances allergisantes ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie

Quels sont les dégâts pris en charge ?

43 02	Maladies obstructives des voies respiratoires causées par des substances chimiquement irritantes ou toxiques ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
5 AFFECTIONS CUTANÉES	
51 01	Affections cutanées sévères ou récidivantes ayant nécessité l'abandon de toutes activités qui ont été ou qui peuvent être en relation causale avec l'origine, l'aggravation ou la réapparition de la maladie
51 02	Néoformations ou cancers cutanés après manipulation et emploi de noir de fumée, paraffine lourde, goudron de houille, anthracène, résines ou autres substances cancérigènes
6 MALADIES PROVOQUÉES PAR DES ACTIONS DIVERSES	
61 01	Nystagmus des mineurs

DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Le médecin est obligé de déclarer immédiatement et d'office toute maladie professionnelle dont il a eu connaissance à l'Association d'assurance accident.

Vous ou vos ayants droits devez présenter une demande en reconnaissance et en indemnisation d'une maladie professionnelle, sous peine de déchéance, dans le délai de 3 années à partir de la constatation de la maladie ou du jour du décès de la victime survenu par suite de la maladie. Le point de départ de ce délai est fixé par le début de la maladie.

Cette déclaration doit se faire au moyen d'un formulaire spécial intitulé « Déclaration médicale d'une maladie professionnelle ». Ces formulaires peuvent être téléchargés du site de l'AAA (www.aaa.lu) ou demandés au numéro de téléphone suivant : +352 26 19 15 - 2102.

L'instruction du dossier est basée sur la déclaration médicale remplie par le médecin. Ensuite, elle est complétée par des rapports médicaux supplémentaires, le cas échéant des expertises médicales, des enquêtes techniques, etc.

L'employeur est tenu de fournir tous les renseignements concernant l'exposition au risque. Il remplit à cet effet un formulaire spécial intitulé « Déclaration patronale concernant l'exposition au risque dans le cadre de l'instruction d'une maladie professionnelle » et contenant des questions relatives au travail effectué par vous et à l'environnement dans lequel ce travail est ou a été exécuté.

Ces formulaires peuvent également être téléchargés du site de l'AAA (www.aaa.lu) ou demandés au numéro de téléphone +352 26 19 15 - 2102.

Le volet médical du dossier est analysé par un médecin-conseil de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale.

ASSOCIATION D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS Adresse postale L-2976 LUXEMBOURG 26 19 15-2102 / web: www.aaa.lu		
DÉCLARATION PATRONALE CONCERNANT L'EXPOSITION AU RISQUE DANS LE CADRE DE L'INSTRUCTION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE		
Dénomination de l'entreprise / de l'établissement / de l'administration ou nom et prénom de l'employeur:	No d'affiliation de l'entreprise auprès de la sécurité sociale UNo:	
Nom, prénom et adresse de l'assuré:	Matricule ou date de naissance de l'assuré Année mois jour extension 	
L'association d'assurance est saisie d'une déclaration de maladie professionnelle dans le chef de l'assuré précité.		
Est-ce que la maladie a été déclarée? non ☐ oui ☐ Si oui, date de la déclaration: Jour mois année 		
Description de l'activité de l'assuré:		
Est-ce que pendant cette activité, l'assuré a été - en contact avec des substances irritantes ou corrosives ☐ - exposé à l'inhalation de poussières, de gaz, de vapeurs ☐ - à des vibrations ☐ - au bruit ☐ - à de grands efforts physiques ☐ - à des gestes répétitifs ? ☐		
Autres risques:		
Faites une brève description des gestes, postures et conditions de travail et donnez des précisions au sujet de l'exposition aux agents nocifs précités, notamment en ce qui concerne la durée d'exposition (heures / jours; heures / mois) et le degré d'exposition:		
Est-ce que des mesures au sujet de la concentration des substances nocives, du bruit, des vibrations, etc. ont été faites? oui ☐ non ☐ Si oui, joignez les rapports s.v.p.		
Est-ce que des mesures de protection, notamment en ce qui concerne l'aménagement et l'aération du poste de travail, ont été prises? oui ☐ non ☐		
Est-ce que des équipements de protection individuelle (masques de protection, protecteurs de l'ouïe, gants, bottes) ont été mis à disposition et utilisés? oui ☐ non ☐		
Brève description des mesures de protection prises:		
Auprès de quel service de médecine de travail votre établissement est-il affilié?		
Nom du médecin de travail:		
Nom et adresse des personnes qui peuvent fournir des renseignements complémentaires concernant cette déclaration de maladie professionnelle:		
Lieu, date, cachet	Nom et fonction du signataire	Signature de l'employeur ou de son délégué

Quelles preuves faut-il rapporter ?

Vous devez prouver l'origine professionnelle de la maladie. Pour engager la responsabilité de l'assurance accident, l'existence d'une relation causale entre la maladie et la profession exercée doit être établie, sinon d'une façon irréfutable, du moins avec une probabilité approchant la certitude, la simple possibilité d'une telle relation causale étant insuffisante.

Il faut donc que vous prouviez :

- que vous étiez exposé à votre lieu de travail à un certain risque,
- que vous souffrez actuellement d'une maladie, et
- que cette maladie a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée au Luxembourg.



PRESTATIONS

1. Prestations en nature
2. Prestations en espèces
3. Révision des prestations
4. Clôture des dossiers
5. Prestations des survivants
6. Retrait des prestations
7. Recours
8. Délais de prescription

NOTE : L'ESSENCE DE LA NOUVELLE LÉGISLATION

Le système d'indemnisation introduit par la loi du 12 mai 2010 se rapproche du système d'indemnisation intégrale de droit commun où l'indemnisation du dommage corporel repose sur le principe de la réparation intégrale des préjudices.

L'assuré continuera toutefois à bénéficier des conditions d'indemnisation plus avantageuses que celles du droit commun (il est indemnisé abstraction faite de la notion de faute tant dans le chef de l'employeur que du salarié).

Le nouveau système diffère de l'ancien système de réparation forfaitaire globale de l'assurance accident dans la mesure où une analyse plus nuancée des préjudices subis doit permettre une indemnisation plus adéquate de la victime.

Suivant le principe de la réparation intégrale des préjudices, la réparation du dommage doit permettre à la victime de se trouver dans la situation dans laquelle elle se serait trouvée sans l'événement dommageable.

Pour ce faire, les divers préjudices découlant du dommage corporel subis par la victime sont appréciés concrètement pour être ensuite indemnisés séparément. L'indemnisation est par conséquent personnalisée tant dans la détermination des préjudices subis que dans leur évaluation. L'objectif poursuivi est d'indemniser dans la mesure du possible tous les préjudices subis tout en évitant que l'indemnisation de la victime aille au-delà d'une simple réparation.

L'indemnisation d'une victime blessée comporte en droit commun, d'une part, l'indemnisation des dégâts matériels proprement dits (dommages occasionnés aux biens) et, d'autre part, l'indemnisation des préjudices résultant du dommage corporel subi, qui sont classés dans deux catégories distinctes selon qu'ils sont de nature patrimoniale ou extrapatrimoniale.

Les préjudices patrimoniaux – qualifiés également de préjudices économiques, pécuniaires ou matériels – comprennent la perte de revenus professionnels, les frais médicaux, les frais déboursés pour l'aide d'une tierce personne ou encore les frais de transports déboursés en raison des soins nécessités. Se traduisant par de l'argent dépensé ou des gains manqués, ces préjudices sont parfaitement évaluables en argent et donc réparables par équivalent.

Les préjudices extrapatrimoniaux découlant de l'atteinte corporelle – également qualifiés de préjudices non économiques ou moraux – comprennent le préjudice physiologique et d'agrément, les souffrances endurées jusqu'à la consolidation des lésions (on parle aussi de *pretium doloris*) et le préjudice esthétique.

1 PRESTATIONS EN NATURE

1.1. Prestations de soins de santé

L'assurance accident prend en charge les **prestations de soins de santé occasionnées par un accident ou une maladie professionnelle, à savoir :**

- les soins de médecine et de médecine dentaire ;
- les traitements dispensés par les professionnels de santé ;
- les analyses et examens de laboratoire ;
- les prothèses dentaires et orthopédiques, les orthèses et épithèses ;
- les produits et spécialités pharmaceutiques ;
- les moyens curatifs, les produits accessoires au traitement et les appareils ;



Prestations

- les frais d'entretien en cas d'hospitalisation ;
- les cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les frais de voyage et de transport.

Ces prestations sont versées par l'intermédiaire de la Caisse nationale de santé (CNS) pour compte de l'AAA suivant les modalités applicables en matière d'assurance maladie, sous réserve de deux particularités importantes :

1. Les prestations sont toujours payées intégralement, c.-à-d. elles ne comportent jamais une participation financière de l'assuré.
2. Elles sont versées directement au prestataire de soins suivant le système du tiers payant sans que vous deviez en faire l'avance.

Si en dépit des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles, statutaires et des règles complémentaires, les prestations de soins de santé au sens de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance sont jugées insuffisantes au vu de votre situation, l'AAA peut accorder, sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Cellule d'évaluation et d'orientation, des prestations en nature complémentaires. Lorsque le montant de ces prestations dépasse 730 €, leur octroi requiert également l'accord du comité directeur.

Les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier des prestations en nature non seulement au Grand-Duché de Luxembourg, mais également dans le pays de résidence. Dans ce dernier cas, ils doivent s'inscrire auprès de l'institution compétente (Caisse primaire en France, AOK en Allemagne, Mutuelles en Belgique) à l'aide du formulaire E 123 établi par l'AAA pour un période limitée en principe à 3 mois, mais renouvelable.

La Caisse nationale de santé avance les prestations pour le compte de l'Association d'assurance accident. L'AAA rembourse les prestations, le cas échéant forfaitairement, et verse une participation aux frais administratifs de 3% des prestations avancées à la CNS.

1.2. Prestations de l'assurance dépendance

Si, à la suite de l'accident ou de la maladie professionnelle, vous avez un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie dans les domaines de l'hygiène corporelle, de la nutrition ou de la mobilité, vous avez droit aux prestations prévues en matière d'assurance dépendance, à savoir :

- en cas de maintien à domicile, les prestations en nature (prise en charge des aides et des soins fournis par un réseau d'aides et de soins, produits nécessaires aux aides et soins, appareils et adaptations du logement) ou en espèces et en dehors d'un établissement d'aides et de soins,
- en milieu stationnaire, la prise en charge des aides et soins dans un établissement d'aides et de soins.

En vue de l'obtention de ces prestations, vous devez présenter une demande auprès de la CNS qui statue, le cas échéant, sur avis de la cellule d'orientation et d'évaluation.

1.3. Dégâts matériels accessoires et dégâts aux véhicules

Ces dispositions sont déjà entrées en vigueur le 1^{er} juin 2010 et s'appliquent aux accidents survenus à partir de cette date.

Vous avez droit à la réparation des dégâts matériels accessoires et aux dégâts au véhicule auxquels peut avoir donné lieu l'accident. Vous avez donc droit à l'indemnisation du dégât causé :

- aux vêtements ou autres effets personnels (montre, parapluie, sac à main, etc.) que vous portiez au moment de l'accident, si l'accident a donné lieu à des lésions corporelles ;
- aux prothèses dont vous étiez pourvu lors de l'accident, même en l'absence d'une lésion corporelle ;
- au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique. Les dégâts survenus sur les parkings ou dans les garages dans le cadre d'accidents bénins ne sont guère liés à l'existence d'un risque comme en matière de circulation sur la voie publique et ne sont pas de nature à causer des blessures.

Il existe cependant une franchise égale à deux tiers du salaire social minimum (SSM) (1.171,71 €) et une indemnisation maximum fixée à cinq (8.787,81 €) ou à sept (12.302,92 €) fois le salaire social minimum suivant qu'il s'agit d'un accident de trajet ou d'un accident de travail proprement dit.

Le droit à l'indemnisation du dégât du véhicule automoteur existe même en l'absence d'une lésion corporelle, mais uniquement dans la mesure où le préjudice n'est pas indemnisable à un autre titre (assurance casco, prise en charge par le tiers responsable).

NOTE : LA PROCÉDURE DE DECLARATION

Pour avoir droit à l'indemnisation, il faut que vous remplissiez un formulaire téléchargeable sur le site de l'AAA (www.aaa.lu). Il existe des formulaires différents pour les dégâts aux véhicules et les dégâts matériels accessoires.

Avant de soumettre une demande pour indemnisation de dégâts matériels accessoires, vous devez aviser votre employeur de votre accident du travail ou de trajet afin que ce dernier puisse déclarer l'accident au préalable à l'Association d'assurance accident au moyen du formulaire de déclaration d'un accident de travail/de trajet.

Sous peine de déchéance, votre demande doit parvenir à l'AAA dans l'année de la survenance de l'accident, c'est-à-dire dans les 12 mois qui suivent l'accident.

Le dégât au véhicule est indemnisé sur demande et il est déterminé sur base d'une expertise d'un expert en automobiles agréé. En cas de réparation, l'indemnité ne vous est versée que sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.

A défaut d'expertise, l'AAA détermine la valeur du véhicule avant l'accident par référence à la valeur similaire sur le marché de l'occasion à l'aide d'une banque de données informatique utilisée par les professionnels.

En cas de **réparation du véhicule**, l'indemnité ne peut dépasser la valeur déterminée conformément à ce qui précède. Le coût des pièces de rechange et de la main-d'œuvre est remboursé intégralement sur présentation d'une facture acquittée émanant d'un professionnel légalement établi.

En cas d'**abandon du véhicule**, la valeur du véhicule, déterminée conformément à ce qui précède, est diminuée d'un montant forfaitaire de 750 € représentant la valeur de l'épave et du montant de la franchise. Il vous est toutefois loisible d'établir la valeur moins élevée de l'épave par une facture émanant d'un professionnel légalement établi.

A défaut de facture, l'AAA fixe la valeur de l'épave à 750 €.

Dorénavant, l'AAA rembourse les frais d'expertise, si cette expertise a été effectuée à votre demande et si vous en avez pris en charge les frais.

Les frais de dépannage, de remorquage, de gardiennage et de remplacement du véhicule ne sont pas pris en charge.



Exemple d'une indemnisation des dégâts matériels au véhicule

M. Y a eu un accident de la circulation en se rendant à son travail en voiture automobile. D'après l'expertise, la réparation du véhicule coûte 6.500 €. M. Y n'a pas d'assurance casco et il n'y a pas d'autre véhicule impliqué dans l'accident et donc pas d'autre conducteur responsable.

M. Y a donc droit à l'indemnisation du dégât matériel de l'automobile.

La valeur du véhicule avant l'accident est de 12.300 €.

M. Y a droit au remboursement des frais de réparation, étant donné que cette somme est inférieure à la valeur du véhicule avant l'accident. Des 6.500 €, il faut cependant déduire la franchise de 1.171,71 €, de sorte que le montant à indemniser serait égal à 5.328,29 €.

Si le véhicule était irréparable, M. Y aurait droit à la valeur du véhicule avant l'accident, diminuée de la valeur de l'épave (750 € en cas d'absence de facture) et de la franchise, soit $12.300 - 750 - 1.171,71 = 10.378,29$ €.

Toutefois, il existe un plafond d'indemnisation, qui, dans le cas de M. Y, s'élève à 5 fois le SSM, soit 8.787,80 €. C'est donc ce montant qui lui est remboursé par l'AAA en cas d'abandon de la voiture.

2 PRESTATIONS EN ESPÈCES

2.1. Prestations en espèces en cas d'incapacité de travail totale pendant les cinquante-deux premières semaines

Tout comme en cas de maladie, vous avez droit au maintien intégral du salaire et des autres avantages résultant de votre contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77^e jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs.

Au-delà de cette limite, l'indemnisation complète est assurée par l'octroi de l'indemnité pécuniaire compensant intégralement la perte du revenu professionnel.

L'imputation d'une période d'incapacité de travail totale sur l'assurance accident ou sur l'assurance maladie appartient au médecin traitant sous le contrôle du CMSS.

Il s'agit d'une opération neutre à l'égard de l'assuré et de l'employeur. Les deux types d'incapacité de travail (maladie et accident de travail) sont soumis au même régime pendant les 77 premiers jours en ce qui concerne l'indemnisation et sa prise en charge.

L'employeur se voit donc rembourser de la part de la Mutualité des employeurs, en cas d'accident, la même proportion qu'en cas de maladie, à savoir 80%.

L'Association d'assurance accident remboursera à la Mutualité ses dépenses imputables à un accident ou une maladie professionnelle en imposant à chaque employeur la charge de la partie restante du salaire.

L'extension du bénéfice de l'indemnité pécuniaire au-delà des 13 semaines consécutives à l'accident du travail avait déjà été introduite par une loi du 21 décembre 2004.

Cette indemnité est dorénavant accordée jusqu'à concurrence de 52 semaines au cours d'une période de référence de 104 semaines. A cette fin, sont totalisées toutes les périodes d'incapacité de travail se situant dans la période de référence qui prend fin la veille de chaque nouvelle période d'incapacité de travail. La période d'incapacité de travail peut être soit continue, soit interrompue par des périodes de reprise du travail. Il n'est fait aucune distinction suivant l'origine de l'incapacité de travail qui peut donc être imputable à un autre accident ou à une maladie.

Sur demande écrite de votre part, l'indemnité pécuniaire est accordée, au-delà de la limite des 52 semaines pour une ou plusieurs périodes d'incapacité de travail ne dépassant pas 14 jours au total par mois de calendrier sur avis favorable du Contrôle médical de la sécurité sociale. Avant d'émettre son avis, le Contrôle médical de la sécurité sociale peut demander l'établissement par votre médecin traitant d'un certificat détaillé et motivé.

2.2. Rente complète en cas d'incapacité totale de travail

A partir de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire ou à défaut de droit à l'indemnité pécuniaire, vous avez droit à une rente complète pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenues alors que

- vous exercez une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire
- ou
- que vous étiez inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi ou auprès d'un organisme étranger compétent.

La rente complète est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération.

Montant de la rente complète

La rente complète correspond au revenu professionnel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé avant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Pour calculer la rente, on prend en compte l'assiette cotisable des 12 mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Si la rente indemnise une maladie professionnelle, et le revenu des 12 mois précédant la fin de l'exposition au risque est plus favorable, la rente doit correspondre à ce revenu.

Supposons que, lors de votre travail, vous étiez exposé à des rayons ionisants. Le salaire brut que vous touchiez était de 3.500 €. Le 1^{er} janvier 2011, vous changez d'employeur. Le nouvel emploi vous procure un salaire de 3.000 €. Une maladie professionnelle résultant de l'exposition aux rayons ionisants est reconnue en septembre 2011. Puisque le revenu correspondant à la période précédant la fin de l'exposition au risque (donc le 1^{er} janvier 2011) est plus élevé, la rente complète s'élève à 3.500 € et non pas à 3.000 €.

Si la période de référence de 12 mois n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance par un revenu de remplacement cotisable (indemnité pécuniaire de maladie, indemnité de chômage), le revenu annuel servant de base au calcul de la rente est obtenu en multipliant par 12 la moyenne de l'assiette cotisable se rapportant aux mois de calendrier entièrement couverts.

Au cas où vous n'avez pas un mois entièrement couvert au cours de la période de 12 mois, votre salaire de référence est déterminé sur base du salaire horaire et, pour autant que de besoin, de l'horaire normal convenu dans le contrat de travail.

Pour les assurés ayant exercé une activité professionnelle pour leur propre compte au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle est prise en compte l'assiette cotisable appliquée au moment de l'accident.



Tout recalcul de l'assiette entraîne la révision de la rente.

En cas d'exercice de plusieurs activités soumises à l'assurance, par exemple en cas de deux emplois à temps partiel, la totalité de l'assiette cotisable des différentes activités est prise en considération.

Montants minima et maxima de la rente complète

La rente complète correspondant au revenu cotisable à l'assurance pension, son montant annuel ne peut être ni inférieur à 12 fois ni supérieur à 60 fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident.

En cas de travail à temps partiel, le minimum est établi sur base du salaire social minimum horaire. Toutefois, à partir de la consolidation, ce seuil est ramené au salaire social minimum mensuel. Cette dérogation au principe de l'indemnisation de la perte de revenu réelle est justifiée par le souci de garantir à l'assuré grièvement blessé un revenu de subsistance.

2.3. Rente partielle en cas de perte partielle de revenu

Normalement, les personnes victimes d'un accident de travail peuvent reprendre leur activité professionnelle après une période d'incapacité de travail totale plus ou moins longue pendant laquelle elles ont bénéficié de la continuation du paiement de la rémunération par leur employeur et de l'indemnité pécuniaire.

La plupart des accidents ne laissent pas de séquelles définitives. S'il en est autrement, vous pouvez prétendre à une rente partielle.

Contrairement à l'ancienne rente partielle qui correspondait à un pourcentage de la rente plénière, pourcentage déterminé par le Contrôle médical de la sécurité sociale en fonction de la gravité des lésions, la nouvelle rente partielle vise à indemniser une perte de revenu effective subie à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La rente partielle correspond par conséquent à la différence de revenus que vous subissez.

La rente partielle est toutefois soumise à 3 conditions :

- vous devez justifier au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de 10% au moins,
- la perte de votre revenu doit atteindre 10% au moins au cours des douze mois de calendrier suivant celui de la consolidation et
- de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, vous devez être incapable d'exercer votre dernier poste de travail ou de maintenir votre dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Que signifie « consolidation » ?

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.

Montant de la rente partielle

La rente partielle correspond à la différence entre le revenu professionnel cotisable au titre de l'assurance pension réalisé avant la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle et le revenu déterminé selon les mêmes modalités au cours d'une période de référence de 12 mois de calendrier

suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle. (Pour les modalités de calcul, voir page 31 « Montant de la rente complète »)

Fin du paiement

Au moment où vous atteindrez l'âge de 65 ans ou en cas d'une pension de vieillesse anticipée, la rente partielle prendra fin.

A l'âge normal de la retraite, vous aurez donc droit à une pension calculée sur base de votre carrière d'assurance complète, comme si l'accident ne s'était pas produit.

Comme pour la rente complète, ne pourront bénéficier de la rente partielle que les personnes qui, lors de l'accident, exerçaient une activité professionnelle ou qui étaient inscrites comme demandeur d'emploi auprès de l'ADEM ou un organisme homologue étranger.

D'après la philosophie de la nouvelle législation, il n'y a plus lieu d'indemniser une perte de revenu hypothétique dans le chef de la victime d'un accident qui de son propre gré a cessé de travailler ou n'a jamais travaillé.

2.4. Rente d'attente en cas de reclassement externe

La rente d'attente vise à indemniser la perte de revenu résultant d'un reclassement externe du salarié suite à un accident de travail, la perte due à un reclassement interne étant compensée par la rente partielle.

Si vous présentez une incapacité pour exercer votre dernier poste de travail ou pour maintenir votre dernier régime de travail et si vous bénéficiez d'un reclassement externe, vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Administration de l'emploi.

Si, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, votre incapacité de travail est principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle et vous ne pouvez plus exercer votre activité professionnelle sans être invalide, vous ne bénéficiez pas de l'indemnité de chômage, mais d'une rente d'attente jusqu'à votre reconversion professionnelle.

Montant de la rente d'attente

Le montant de la rente d'attente est fixé à 85% de la rente complète. Ce taux correspond au taux le plus élevé de l'indemnité de chômage qui est fixé à 80% du salaire brut antérieur du travailleur sans emploi et est porté à 85% lorsque le chômeur bénéficie d'une modération d'impôt pour enfant.

Aussi longtemps qu'un reclassement externe n'est pas possible, cette rente d'attente remplace l'indemnité d'attente. La rente d'attente reste donc fixée à 85% de la rente complète, alors que l'indemnité d'attente est fixée à la pension d'invalidité à laquelle le salarié aurait eu droit en cas d'invalidité.

Ce montant peut dans certains cas être relativement bas selon la durée de la carrière d'assurance accomplie au Grand-Duché de Luxembourg par le bénéficiaire. La rente d'attente est donc plus favorable.

Fin de la rente d'attente

La rente d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si vous ne restez pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'ADEM ou si vous vous soustrayez aux mesures de reclassement ou si vous refusez toute tentative de reconversion professionnelle.

D'autre part, la rente d'attente est retirée si vous touchez à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.



La rente cesse d'être payée si vous atteignez l'âge de 65 ans ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée.

Lorsque la rente est supprimée, suspendue ou modifiée au cours d'un mois, la mensualité entière reste acquise.

Mesures de reconversion

Lorsque, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, vous êtes incapable d'exercer votre dernier poste de travail ou de maintenir votre 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.

2.5. Procédure de demande

Pour obtenir une rente accident, vous devez introduire une demande à l'AAA 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 demande est toutefois recevable après l'expiration du délai de 3 ans s'il est prouvé que les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle n'ont pu être constatées qu'ultérieurement ou que vous vous êtes trouvé, en raison de circonstances indépendantes de votre volonté, dans l'impossibilité de formuler la demande. Dans ces cas, la demande doit être présentée endéans les 3 ans de la constatation des suites de l'accident ou de la cessation de l'impossibilité d'agir.

Le formulaire de demande peut être téléchargé sur le site internet de l'AAA : www.aaa.lu.

		Adresse postale : L-2976 Luxembourg IGuchets : 125, route d'Esch Heures d'ouverture de 08h00 à 16h00 Tél. : 261915-1 IFax : 495335 I www.aaa.lu	
Demande en obtention d'une rente complète			
(Avant de remplir le présent formulaire, prière de lire attentivement les informations en annexe)		(code F5)	
1. Renseignements concernant le demandeur			
1.01 Nom :			
1.02 Prénom(s) :			
1.03 Matricule :			
1.04 Adresse :			
1.05 Téléphone:			
1.06 Compte bancaire (IBAN):			
1.07 Code BIC :			
2. Renseignements concernant l'accident ou la maladie professionnelle			
2.01 Numéro d'accident			
2.02 Est-ce que les suites de l'accident nécessitent toujours un traitement médical ?	☐ Oui ☐ Non		
2.03 Est-ce que l'accident a laissé des séquelles définitives ?	☐ Oui -> Lesquelles ? ☐ Non		
3. Renseignements concernant l'activité professionnelle et les revenus			
3.01 Est-ce qu'à ce jour vous exercez une activité professionnelle?	☐ Oui -> Prière d'indiquer la date de la 1ère reprise de travail après l'accident ☐ Non -> Prière d'indiquer la date de la dernière journée effective de travail		
3.02 Quels sont vos revenus à l'heure actuelle?	☐ Vous êtes sans revenus ☐ Vous continuez à toucher votre salaire ☐ Vous touchez des indemnités pécuniaires de maladie ☐ Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi au Luxembourg (ADEM) ☐ Vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi dans un autre pays -> Prière d'indiquer l'institution à laquelle vous êtes inscrit: ☐ Vous préparez votre future profession (élève, étudiant)		
4. Renseignements concernant votre médecin traitant			
4.01 Médecin traitant (Nom et adresse)			
4.02 Autre médecin consulté (le cas échéant)			
5. Signature du demandeur			
Je confirme l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage en outre à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs			
5.01 Lieu	5.02 Date		
5.03 Signature			
La demande est à adresser par courrier postal à : l'Association d'assurance accident - adresse postale : L-2976 Luxembourg			



2.6. Doit-on payer des impôts et des cotisations sur les rentes ?

La rente accident est soumise aux charges fiscales et sociales, mais exempte des cotisations pour l'indemnité pécuniaire, des cotisations en matière d'assurance accident et d'allocations familiales.

La rente accident des assurés bénéficiant d'un régime de pension spécial transitoire est également exempte des cotisations pour l'assurance pension.

2.7. Est-ce qu'il y a des dispositions anti-cumul ?

Oui.

En cas de concours d'une pension d'invalidité ou de vieillesse avec une rente d'accident, la pension est réduite dans la mesure où elle dépasse ensemble avec la rente d'accident soit la moyenne des cinq salaires cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, soit, pour le cas où cet autre mode de calcul est plus favorable, le revenu professionnel qui a servi de base au calcul de la rente d'accident.

En cas d'accidents ou de maladies professionnelles successifs, les rentes complètes et rentes d'attente ne peuvent plus être cumulées. En raison de la nouvelle philosophie de la loi (compensation de la perte de revenu et paiement de charges sociales et fiscales sur les rentes), il n'est alloué qu'une seule rente complète ou rente d'attente, ceci parce que les rentes allouées antérieurement font partie de l'assiette servant à la détermination de la nouvelle rente.

Cependant, 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.

Par contre, les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux (voir ci-dessous) peuvent être cumulées sans limitation.

2.8. Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux

Les préjudices extrapatrimoniaux seront réparés seulement si vous êtes atteint par suite d'un accident du travail ou une maladie professionnelle d'une incapacité totale ou partielle permanente.

L'assurance accident indemnise les mêmes préjudices extrapatrimoniaux que le droit commun afin de réparer les suites d'un accident ou d'une maladie professionnelle n'ayant pas d'incidence économique directe évaluable en argent.

Il existe trois indemnités.

2.8.1. Indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément

Cette indemnité vise à réparer votre perte de qualité de vie en raison des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle. Elle indemnise le fait que vous devez fournir un effort accru dans l'ensemble de vos activités professionnelles et privées en raison de l'atteinte corporelle subie.

Elle répare ainsi la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par l'impossibilité, voire la difficulté de vous livrer à certaines activités, de loisir ou autres, ainsi que le fait de voir le cas échéant l'espérance de vie diminuée.

Cette indemnité répare également la perte de valeur sur le marché du travail.

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

Le préjudice physiologique et d'agrément est indemnisé par l'allocation d'un forfait calculé, à l'instar de ce qui se fait en droit commun, sur base du taux d'incapacité définitive retenu.

L'indemnité est payée sous forme de capital pour les taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP) inférieurs ou égaux à 20% et sous forme de rente mensuelle pour les taux d'IPP supérieurs à 20%.

La valeur annuelle de l'indemnité exprimée en € à l'indice cent du coût de la vie résulte du tableau ci-après.

1% :	7,50 €	21% :	348,50 €	41% :	1.075,50 €	61% :	2.134,00 €	81% :	3.578,50 €
2% :	15,50 €	22% :	375,00 €	42% :	1.102,50 €	62% :	2.197,50 €	82% :	3.660,50 €
3% :	25,00 €	23% :	403,00 €	43% :	1.148,50 €	63% :	2.262,00 €	83% :	3.743,50 €
4% :	35,00 €	24% :	431,50 €	44% :	1.195,50 €	64% :	2.327,50 €	84% :	3.827,50 €
5% :	46,00 €	25% :	461,00 €	45% :	1.243,50 €	65% :	2.393,50 €	85% :	3.911,50 €
6% :	58,00 €	26% :	491,50 €	46% :	1.292,00 €	66% :	2.461,00 €	86% :	3.997,50 €
7% :	71,00 €	27% :	522,50 €	47% :	1.342,00 €	67% :	2.529,00 €	87% :	4.083,50 €
8% :	85,00 €	28% :	555,00 €	48% :	1.392,50 €	68% :	2.598,00 €	88% :	4.171,00 €
9% :	99,50 €	29% :	588,00 €	49% :	1.444,00 €	69% :	2.668,00 €	89% :	4.259,50 €
10% :	115,50 €	30% :	622,00 €	50% :	1.496,50 €	70% :	2.738,50 €	90% :	4.348,50 €
11% :	132,00 €	31% :	657,00 €	51% :	1.550,00 €	71% :	2.810,50 €	91% :	4.439,50 €
12% :	149,50 €	32% :	693,00 €	52% :	1.604,00 €	72% :	2.883,00 €	92% :	4.530,00 €
13% :	168,00 €	33% :	729,50 €	53% :	1.659,50 €	73% :	2.956,50 €	93% :	4.622,00 €
14% :	187,50 €	34% :	767,50 €	54% :	1.715,50 €	74% :	3.031,00 €	94% :	4.715,00 €
15% :	207,50 €	35% :	806,00 €	55% :	1.772,50 €	75% :	3.106,50 €	95% :	4.808,50 €
16% :	229,50 €	36% :	845,50 €	56% :	1.830,50 €	76% :	3.183,00 €	96% :	4.903,50 €
17% :	251,00 €	37% :	886,00 €	57% :	1.889,50 €	77% :	3.260,50 €	97% :	4.999,00 €
18% :	274,00 €	38% :	927,50 €	58% :	1.949,00 €	78% :	3.338,50 €	98% :	5.095,50 €
19% :	298,00 €	39% :	970,00 €	59% :	2.010,00 €	79% :	3.417,50 €	99% :	5.193,00 €
20% :	322,50 €	40% :	1.013,00 €	60% :	2.071,50 €	80% :	3.497,50 €	100% :	5.291,50 €

Pour les indemnités correspondant à un taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP) inférieur ou égal à 20% les montants de la rente annuelle sont multipliés par les facteurs de capitalisation suivants pour établir le capital payé à l'ayant droit :

ÂGE	HOMMES	FEMMES	ÂGE	HOMMES	FEMMES
0	23,6631	24,1445	13	22,6964	23,4724
1	23,7083	24,2095	14	22,5960	23,3961
2	23,6522	24,1675	15	22,4918	23,3235
3	23,5883	24,1125	16	22,3698	23,2347
4	23,5102	24,0668	17	22,2500	23,1492
5	23,4349	24,0195	18	22,1398	23,0535
6	23,3567	23,9586	19	22,0255	22,9609
7	23,2816	23,8953	20	21,9145	22,8787
8	23,1912	23,8294	21	21,7920	22,7794
9	23,1035	23,7671	22	21,6727	22,6689
10	23,0060	23,6961	23	21,5492	22,5759
11	22,9110	23,6285	24	21,4294	22,4647
12	22,8058	23,5520	25	21,3055	22,3492



Prestations

ÂGE	HOMMES	FEMMES	ÂGE	HOMMES	FEMMES
26	21,1608	22,2215	64	10,900	13,2929
27	21,0276	22,1196	65	10,5147	12,8875
28	20,8728	21,9906	66	10,1481	12,5239
29	20,7295	21,8486	67	9,7703	12,1333
30	20,5635	21,7251	68	9,4129	11,7151
31	20,3914	21,5806	69	9,0455	11,3117
32	20,2219	21,4306	70	8,6999	10,9095
33	20,0555	21,2998	71	8,3446	10,5101
34	19,8549	21,1302	72	7,9961	10,0815
35	19,6658	20,9625	73	7,6378	9,6387
36	19,4697	20,8057	74	7,2863	9,2284
37	19,2763	20,6252	75	6,9418	8,7893
38	19,0357	20,4377	76	6,5881	8,3686
39	18,8163	20,2704	77	6,2772	7,9517
40	18,5781	20,0595	78	5,9396	7,5215
41	18,3313	19,8688	79	5,6100	7,1119
42	18,0963	19,6611	80	5,3067	6,6900
43	17,8419	19,4456	81	5,0317	6,2898
44	17,5779	19,2315	82	4,7490	5,8950
45	17,3042	19,0096	83	4,4762	5,5425
46	17,0204	18,7687	84	4,2317	5,1797
47	16,7373	18,5396	85	3,9809	4,8057
48	16,4439	18,2808	86	3,7023	4,5117
49	16,1397	18,0333	87	3,5081	4,1909
50	15,8362	17,7768	88	3,3896	3,8973
51	15,5096	17,4997	89	3,0824	3,6306
52	15,1834	17,2234	90	2,8872	3,3365
53	14,8582	16,9482	91	2,6854	3,1070
54	14,5214	16,6629	92	2,4919	2,8309
55	14,1726	16,3673	93	2,3245	2,5781
56	13,8248	16,0608	94	2,1500	2,3093
57	13,4787	15,7306	95	1,9195	2,0178
58	13,1343	15,4134	96	1,6314	1,6712
59	12,7505	15,0718	97	1,2021	1,2133
60	12,3813	14,7305	98	0,9963	1,0027
61	11,9997	14,3898	99	0,5417	0,5417
62	11,6639	14,0239	100	0,0000	0,0000
63	11,2733	13,6449			

Exemple

Un homme de 42 ans a un accident de travail. Le CMSS fixe un taux d'IPP de 14%.
L'indemnité est donc payée sous forme de capital.

Son montant correspond à $187,50 \times 7,1984 \times 18,0963 = 24.424,58 \text{ €}$.

2.8.2. Indemnité pour douleurs physiques endurées jusqu'à consolidation (*pretium doloris*)

Rappelons que la consolidation est définie comme 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 le cas échéant un certain degré d'incapacité permanente.

L'évaluation du préjudice est faite in concreto par les médecins. Ils décrivent en détail les blessures subies et les soins nécessités pour évaluer le degré des souffrances endurées compte tenu de votre situation personnelle, l'évolution d'une lésion et le ressenti des douleurs variant d'une personne à l'autre.

Les médecins et experts doivent tenir compte d'éléments d'orientation pour fixer les indemnités pour douleurs physiques endurées jusqu'à consolidation. Ils se basent sur des échelles retenues sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et qui vont de 1 à 7 [où 1 correspond à des douleurs qualifiées de très légères et 7 à des souffrances très importantes] pour qualifier les souffrances endurées et le préjudice esthétique. Ces échelles sont les mêmes que celles applicables en droit commun.

Le 1^{er} degré (très léger) est caractérisé par des éléments tels que une journée d'hospitalisation en observation, la suture d'une petite plaie, une entorse bénigne sans immobilisation, un traitement antalgique de plusieurs jours, des contusions multiples.

En revanche, le 7^e degré (très important) correspond à une durée d'hospitalisation de plus de dix-huit mois, des séquelles gravissimes dépassant les cas décrits dans les degrés précédents, des séquelles nécessitant des séjours hospitaliers réguliers pendant des années dans des centres spécialisés ou des traitements pénibles à vie comme la dialyse rénale.

Les indemnités forfaitaires pour souffrances physiques et morales ressenties par l'assuré avant la consolidation sont les suivantes :

ÉCHELLE	DOULEURS ENDURÉES	INDEMNITÉS AU N.I. 100	INDEMNITÉS AU N.I. 719,84
1	très léger	88 €	633,46 €
2	léger	175 €	1.259,72 €
3	modéré	438 €	3.152,90 €
4	moyen	1.095 €	7.882,25 €
5	assez important	2.189 €	15.757,30 €
6	important	3.649 €	26.266,96 €
7	très important	7.297 €	52.526,72 €

2.8.3. Indemnité forfaitaire pour préjudice esthétique

L'indemnité allouée à titre de préjudice esthétique est destinée à réparer la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres et une altération de l'image de soi.

Comme pour le préjudice physique et moral, l'évaluation du préjudice esthétique est faite in concreto par les médecins en fonction des séquelles laissées par la blessure.

Les forfaits pour indemniser le préjudice esthétique sont également inspirés de ceux alloués en droit commun et sont fixés en fonction d'une échelle allant de 1 à 7.

Le 1^{er} degré de l'échelle (très léger) correspond à une cicatrice de bonne qualité, peu visible ou cachée par les vêtements, une décoloration dentaire, une légère boiterie ou encore une légère déformation après une fracture.

Des éléments d'orientation correspondant au 7^e degré (très important) sont par exemple une tétraplégie ventilée ou une défiguration ou des déformations générant habituellement la répulsion.



Les indemnités forfaitaires pour préjudice esthétique sont les suivantes :

ÉCHELLE	PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE	INDEMNITÉS AU N.I. 100	INDEMNITÉS AU N.I. 719,84
1	très léger	58 €	417,51 €
2	léger	146 €	1.050,97 €
3	modéré	365 €	2.627,42 €
4	moyen	1.022 €	7.356,76 €
5	assez important	2.189 €	15.757,30 €
6	important	3.649 €	26.266,96 €
7	très important	7.297 €	52.526,72 €

Les montants alloués au titre de ces trois préjudices extrapatrimoniaux sont indépendants de vos revenus et ne donnent lieu à **aucune retenue fiscale ou sociale**.

Pour bénéficier des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux, vous devez introduire une **demande** sous peine de déchéance **dans le délai de trois ans** à partir de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

La demande est toutefois recevable après l'expiration du délai de 3 ans s'il est prouvé que les conséquences de l'accident ou de la maladie professionnelle n'ont pu être constatées qu'ultérieurement ou que vous vous êtes trouvé, en raison de circonstances indépendantes de votre volonté, dans l'impossibilité de formuler la demande. Dans ces cas, la demande doit être présentée endéans les 3 ans de la constatation des suites de l'accident ou de la cessation de l'impossibilité d'agir.

3 RÉVISION DES PRESTATIONS

La loi permet une révision des indemnités allouées dans deux cas de figure, à savoir une aggravation de votre état de santé ou une modification de votre situation économique.

- En cas d'aggravation de votre état de santé, la rente partielle peut être augmentée sur demande à condition d'une part, que cette aggravation ne semble plus donner lieu à modification et, d'autre part, qu'elle entraîne un nouveau taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP) dépassant de 10% au moins l'IPP antérieure.

La même possibilité existe également pour la révision des indemnités pour préjudice physiologique et d'agrément, pour douleurs endurées et pour préjudice esthétique.

- Dans l'hypothèse d'un changement de votre situation économique, il est possible de prévoir une révision d'office ou à votre demande de la rente partielle si la perte de revenu subit une modification importante, à préciser par règlement grand-ducal, au cours de la période triennale suivant la première fixation de la rente.

Cette solution permet de sanctionner des déclarations inexactes ou encore de faire face aux conséquences différées dans le temps que peut avoir un accident sur le revenu d'un assuré pour lequel la période de référence de douze mois consécutive à la consolidation des lésions peut s'avérer insuffisante.

Lorsque la rente est supprimée, suspendue ou modifiée au cours d'un mois, la mensualité entière reste acquise.

4 CLÔTURE DES DOSSIERS

Si le Contrôle médical de la sécurité sociale constate que les suites de l'accident ou de la maladie professionnelle ne justifient plus de prestations à charge de l'assurance accident, le dossier est clôturé par décision.

De plus, les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision aient à intervenir :

- 3 mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale dépassant les 8 jours consécutifs à cet accident,
- 12 mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante, sauf avis contraire du Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'octroi ultérieur de prestations du chef de cet accident est subordonné à la réouverture du dossier sur demande de l'assuré et sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

Sauf fait médical nouveau, la demande n'est pas recevable avant l'expiration d'une année à partir de la notification de la décision visée ci-dessus ou de celle rejetant une demande de réouverture précédente.

5 PRESTATIONS DES SURVIVANTS

5.1. Rente de survie

5.1.1. Modalités et ouverture du droit

Si l'assuré décède avant l'âge de 65 ans principalement à cause d'un accident ou d'une maladie professionnelle, son conjoint ou partenaire ainsi que ses enfants ont droit à une rente de survie.

Le nouveau calcul de la rente de survie est basé sur la prolongation fictive de la carrière de l'assuré décédé sur base de son revenu professionnel cotisable réalisé avant l'accident afin que les rentes du conjoint survivant et des orphelins soient remplacées par un élément dans la pension de survie.

Toutefois, les rentes de survie au titre de l'assurance accident conserveront un caractère autonome.

Les rentes de survie ont pour objet de compenser la perte du soutien financier et sont calculées de sorte que les survivants auront droit à une prestation qui, ensemble avec la pension de survie, atteint le niveau de la pension de survie qu'ils auraient obtenue si l'assuré avait continué à cotiser jusqu'à l'âge de 65 ans.

5.1.2. Calcul de la rente de survie

Il faut envisager deux cas :

1. Si l'assuré décède après l'âge de 55 ans, la rente de survie est calculée sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85% du revenu professionnel annuel avant l'accident ou la maladie professionnelle par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint 65 ans.

A la pension de survie à laquelle ont droit les survivants² s'ajoute donc une rente qui correspond en fait aux majorations proportionnelles calculées sur le dernier revenu touché, donc généralement le plus favorable. Les majorations forfaitaires et forfaitaires spéciales sont de toute façon déjà incluses dans la pension de survie.
2. Si l'assuré décède avant l'âge de 55 ans, la rente de survie est calculée sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85% du revenu professionnel annuel avant l'accident ou la maladie professionnelle par le nombre de 10 années.

² Le conjoint ou partenaire survivant de l'assuré qui décède avant 55 ans a droit à une pension de survie qui est basée sur la totalité des majorations forfaitaires et forfaitaires spéciales, ainsi que sur ¾ des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales.



Si ce revenu dépasse la moyenne annuelle des revenus mise en compte pour le calcul des majorations proportionnelles spéciales dans la pension de survie, ce qui est normalement le cas, on ajoute la différence de ces montants multipliée par 0,0185 et par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 55 ans.

La rente du conjoint ou du partenaire correspond à $\frac{3}{4}$ et la rente d'orphelin à $\frac{1}{4}$ du montant déterminé conformément à ce qui précède.

L'ensemble des rentes de survie ne peut pas dépasser ce montant. En cas de dépassement de ce maximum, la réduction s'opère proportionnellement aux montants des différentes rentes.

Exemple :

M. Z, marié, sans enfants, décède à l'âge de 46 ans lors d'un accident de travail. Il a commencé à travailler à l'âge de 18 ans.

L'année précédant son décès, M. Z gagnait un revenu annuel de 30.000 €. La moyenne des revenus de sa carrière a été de 20.000 €³.

*D'abord, la veuve de M. Z touche une **pension de survie**.*

Elle a droit à la totalité des majorations forfaitaires et majorations forfaitaires spéciales, soit 4.909,63 € (23,5% du montant de référence de 20.892,06 € (2.085 x 1,392 x 7,1984)). Ensuite elle touche $\frac{3}{4}$ des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales jusqu'à l'âge de 55 ans]. Ceci correspond à 1,85% des revenus de Z prolongés fictivement jusqu'à 55 ans, soit $0,0185 \times 20.000 \times 37 \times 0,75 = 13.690 \times 0,75 = 10.267,5$ €.

La pension de survie annuelle s'élève donc à $4.909,63 + 10.267,50 = 15.177,13$ €.

*Calcul de la **rente de survie** :*

Puisque M. Z est décédé avant l'âge de 55 ans, l'on multiplie son dernier salaire annuel par 0,0185 et par 10, soit $30.000 \times 0,0185 \times 10 = 5.550$ €.

En outre, son dernier revenu (30.000 €) était supérieur à la moyenne des revenus servant de base au calcul des majorations proportionnelles (20.000 €). Il faut donc ajouter 1,85% de cette différence, soit $10.000 \times 0,0185 = 185$ €.

La rente de survie touchée par Mme Z s'élève par conséquent à $\frac{3}{4} \times (5.550 + 185) = 4.301,25$ €.

Mme Z touche donc, ensemble avec la pension de survie un revenu annuel de

$15.177,13 + 4.301,25 = 19.478,38$ €, soit 1.623 € par mois.

Les rentes de survie sont plus faibles que celles payées sous l'ancienne législation. Toutefois, dorénavant, les survivants peuvent entièrement cumuler la pension et la rente qui leur sont versées ensemble par l'organisme de pension qui y opère les retenues fiscales et sociales.

Les rentes de survie sont payées pour compte de l'Association d'assurance accident par l'organisme de pension débiteur de la pension de survie.

En cas de paiement du trimestre de faveur, les rentes de survie sont versées à titre de compensation à l'employeur pour le mois de la survenance du décès de l'assuré et les trois mois subséquents.

Les rentes de survie sont soumises aux cotisations sociales et retenues fiscales. Elles sont toutefois exemptes des cotisations à l'assurance pension et des cotisations pour l'indemnité pécuniaire.

³ Pour simplifier, nous ne calculons pas à l'année de base 1984, mais à l'indice et au facteur d'ajustement courants.

5.1.3. Fin du paiement

La rente d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans et, si l'enfant est empêché de gagner sa vie en raison de sa préparation scientifique ou technique à sa future profession, jusqu'à l'âge de 27 ans.

La rente du conjoint ou du partenaire cesse d'être payée à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat. Si le mariage ou la déclaration de partenariat a lieu avant l'âge de cinquante ans, la rente est rachetée au taux de cinq fois le montant versé au cours des douze derniers mois. En cas de nouvel engagement par mariage ou partenariat après l'âge de cinquante ans, le taux est réduit à trois fois le montant prévu.

5.1.4. Procédure de demande

Pour obtenir la rente de survie, vous devez introduire une demande à l'AAA sous peine de déchéance dans le délai de trois ans à partir du décès de l'assuré.

La rente de survie n'est pas allouée pour une période antérieure de plus d'une année à la réception de la demande.

La demande est toutefois recevable après l'expiration du délai de 3 ans s'il est prouvé que vous vous êtes trouvé, en raison de circonstances indépendantes de votre volonté, dans l'impossibilité de formuler la demande. Dans ce cas, la demande doit être présentée endéans les 3 ans de la cessation de l'impossibilité d'agir.

Le formulaire de demande peut être téléchargé sur le site internet de l'AAA : www.aaa.lu.

44

5.2. Indemnisation du dommage moral

La nouvelle loi a également introduit des indemnités forfaitaires pour dommage moral revenant au conjoint ou partenaire survivant de l'assuré défunt, victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, à ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, à ses père et mère ainsi qu'à toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins.

Cette indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit. La loi dispose que le forfait ne peut pas dépasser 4.400 € au nombre indice cent du coût de la vie, soit 31.673 € à l'indice 719,84 par survivant.

Les montants des forfaits sont les suivants :

BÉNÉFICIAIRE(S)	MONTANT AU N.I. 100	MONTANT À L'INDICE 100
Bénéficiaire d'une rente de survie (conjoint ou partenaire, enfants)	3.649 €	26.266,96 €
Père et mère	2.189 €	15.757,30 €
Autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré depuis au moins 3 ans	1.459 €	10.502,47 €

Notons encore que l'indemnité funéraire n'est plus payée par l'assurance accident. Le montant de 130 € à l'indice 100 (935,80 € à l'indice 719,84) est payé par la Caisse nationale de santé.

6 RETRAIT DES PRESTATIONS

Les prestations de l'assurance accident ne sont pas payées ou sont suspendues :

- si vous vous soustrayez sans motif valable au contrôle médical ;
- si vous vous soustrayez sans motif valable aux examens médicaux auprès du médecin du travail ;
- si vous ne fournissez pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

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 vous avez provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou si vous avez omis de signaler de tels faits après l'attribution.

Lorsque la rente est supprimée, suspendue ou modifiée au cours d'un mois, la mensualité entière reste acquise.



7 RECOURS

Si vous contestez la décision prise par le président de l'Association d'assurance accident ou de son délégué, vous pouvez adresser une opposition écrite dans les 40 jours de la notification à l'AAA.

L'opposition est vidée par le comité directeur.

En ce qui concerne les oppositions des prestataires de soins dans un litige avec l'AAA, celles-ci sont vidées par la commission de surveillance ou, si le prestataire est un hôpital, par la commission des budgets hospitaliers.

Les décisions du comité directeur de l'Association d'assurance accident peuvent être attaquées devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en instance d'appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif.

En cas de recours, l'ensemble des prestations de la décision attaquée est réexaminé d'office.

8 DÉLAIS DE PRESCRIPTION

L'action des prestataires de soins pour leurs prestations à l'égard des assurés ou de l'Association d'assurance accident se prescrit par deux années à compter de la date des services rendus. Celle de l'assuré à l'égard de l'Association d'assurance accident se prescrit par le même délai à partir du paiement du prestataire.

L'indemnité pécuniaire et le remboursement à la Mutualité des employeurs se prescrivent par trois années à compter de l'ouverture du droit.

Sauf en cas de circonstances exceptionnelles, les arrérages de rente et les autres prestations se prescrivent par cinq ans à partir du jour de l'ouverture du droit.



FINANCEMENT

1. Taux de cotisation
2. Assiette de cotisation
3. Bonus/malus
4. Régimes spéciaux

Pour faire face aux charges globales du régime général, l'Association d'assurance accident applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure au montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

En dehors des revenus de placements et d'autres ressources diverses, les charges du régime général sont couvertes par des cotisations.

1 TAUX DE COTISATION

Le taux de cotisation pour l'exercice à venir est fixé annuellement sur base du budget de cet exercice de manière à couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident et à constituer la réserve légale.

La charge des cotisations incombe à :

- l'employeur en ce qui concerne les salariés, les apprentis, les gens de mer, les volontaires du service militaire, les jeunes qui exercent un service volontaire, les travailleurs handicapés et les sportifs d'élite ;
- la congrégation religieuse en ce qui concerne ses membres ;
- l'État pour les coopérants ;
- l'assuré s'il s'agit d'un indépendant et le cas échéant aussi pour son conjoint ou partenaire aidant.

Une loi du 17 décembre 2010 a introduit un taux de cotisation unique. Pour 2011, celui-ci s'élève à 1,15%. Auparavant, les dépenses de l'assurance accident étaient réparties entre les cotisants rangeant dans différentes classes de risques disposant chacune d'un taux de cotisation différent s'échelonnant en 2010 de 0,45 à 6%.

L'introduction d'un taux unique a eu comme effet une diminution de la cotisation à payer pour la majorité des classes de risques. En effet, pour 15 classes parmi les 21, il y a baisse de la cotisation totale. Le bâtiment et le travail intérimaire ont connu les plus fortes baisses.

Les classes de risque dont les entités ont à supporter les plus fortes hausses sont les banques et assurances, l'État ainsi que les travailleurs intellectuels indépendants.

Cette mesure bénéficie donc surtout aux entreprises dont les coûts de main-d'œuvre sont relativement importants par rapport à la valeur ajoutée en comparaison avec les autres branches de l'économie.

2 ASSIETTE DE COTISATION

L'assiette de cotisation est déterminée par référence au revenu professionnel visé dans le cadre de l'assurance pension.

Toutefois, les revenus de remplacement versés pour des périodes d'inactivité ne comportant pas de risque couvert au titre de l'assurance accident sont exclus de l'assiette cotisable. Sont ainsi exclus de l'assiette cotisable de l'assurance accident notamment les revenus de remplacement suivants :

- l'indemnité pécuniaire ;
- l'indemnité de chômage complet ;
- l'indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage dû aux intempéries et en cas de chômage accidentel ou technique ;

- l'indemnité de compensation en cas de chômage partiel ;
- l'indemnité de préretraite ;
- l'indemnité compensatoire et l'indemnité d'attente en cas de reclassement professionnel ;
- la rente complète ou partielle et la rente d'attente.

L'assiette de cotisation mensuelle ne peut être inférieure au salaire social minimum prévu pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins (1.757,56 € au 1^{er} janvier 2011).

En cas d'apprentissage, l'assiette de cotisation se limite à l'indemnité d'apprentissage.

En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois.

Pour une activité au service d'un employeur ou pour toute autre activité ou prestation soumise à l'assurance, l'assiette de cotisation annuelle ne peut être supérieure au quintuple des 12 salaires sociaux minima mensuels pour un travailleur non qualifié âgé de 18 ans au moins. Le maximum cotisable annuel s'élève donc à 105.453,60 €.

Toutefois, pour une personne dont l'assurance ne couvre pas une année civile entière, le maximum cotisable correspond au quintuple des salaires sociaux minima mensuels de référence relatifs à la période d'affiliation effective (8.787,80 €).

3 BONUS/MALUS

Le taux de cotisation peut être diminué ou augmenté, au maximum jusqu'à concurrence de 50%. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction du nombre, de la gravité ou des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une ou de deux années. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles. Le champ et les modalités d'application sont à préciser par règlement grand-ducal.

Le classement dans une classe de risque et la diminution ou la majoration du taux de cotisation peut faire l'objet d'une décision du président de l'AAA ou de son délégué et doit le faire à la demande de l'assuré ou de l'employeur.

Ces décisions peuvent être attaquées par l'assuré, son ayant droit ou l'employeur devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et, en instance d'appel, devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Le recours n'est pas suspensif.

L'Association d'assurance accident place son patrimoine à court terme en €.

Toutefois, elle peut confier la gestion de son patrimoine au Fonds de compensation commun du régime général de pension, dans la mesure où il dépasse la moitié du montant des dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

4 RÉGIMES SPÉCIAUX

L'État rembourse à l'Association d'assurance accident les prestations payées pour les personnes assurées dans la cadre des régimes spéciaux ainsi que la partie des frais d'administration de l'exercice en cours correspondant à la proportion de ces frais de l'exercice précédent par rapport au total des prestations du même exercice.

L'État verse mensuellement des avances.



ORGANISATION

1. Missions du comité directeur
2. Composition et fonctionnement du comité directeur

La gestion de l'assurance accident appartient à l'Association d'assurance accident.

L'Association d'assurance accident est une institution de sécurité sociale placée sous la responsabilité d'un comité directeur.

1 MISSIONS DU COMITÉ DIRECTEUR

Le comité directeur a notamment pour mission :

- de statuer sur le budget annuel de l'assurance accident ;
- de fixer le taux de cotisation ;
- de statuer sur le décompte annuel global des recettes et des dépenses ainsi que sur le bilan de l'assurance accident ;
- d'établir les statuts ;
- d'établir des recommandations de prévention.

Les décisions relatives au budget et aux statuts sont soumises à l'approbation du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, sur avis de l'Inspection générale de la sécurité sociale.

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

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

Les statuts de l'Association d'assurance accident déterminent notamment :

- le fonctionnement du comité directeur ;
- la composition, les attributions et les modalités de la nomination des commissions ;
- les règles complémentaires pour assurer la prise en charge en matière d'assurance accident des prestations de soins de santé ainsi que des aides techniques et des adaptations au logement jusqu'à concurrence de leur intégralité ;
- les modalités de l'indemnisation du dégât matériel.

Les statuts n'entrent en vigueur qu'après leur publication au Mémorial.

2 COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DIRECTEUR

Le comité directeur se compose en dehors du président qui est un fonctionnaire de l'État, de :

- 7 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers. A défaut de désignation conjointe, la désignation des 7 délégués des employeurs de l'Association d'assurance accident se fait suivant les modalités suivantes : la Chambre de commerce en désigne, pour la première moitié du mandat, 3, la Chambre des métiers en désigne 4 et pour la deuxième moitié du mandat, la Chambre de commerce en désigne 4, la Chambre des métiers en désigne 3 ;
- 1 délégué des employeurs désigné par la Chambre d'agriculture ;
- 7 délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés ;

- 1 délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Le délégué suppléant appelé à remplacer un délégué effectif devra représenter la même chambre professionnelle que le délégué effectif empêché ou qui a cessé ses fonctions.

Dans les 30 jours suivant la constitution des chambres professionnelles à la suite de leurs élections, celles-ci procèdent à la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale, donc également à celle des délégués au comité directeur de l'AAA.

Si plusieurs listes de candidats sont déposées, les élections se font à l'urne au scrutin de liste suivant les règles de la représentation proportionnelle d'après les modalités fixées par le règlement grand-ducal du 9 décembre 2008 ayant pour objet la désignation des délégués des institutions et juridictions de sécurité sociale⁴.

Toutefois, si une seule liste de candidats a été présentée et que cette liste désigne expressément, d'une part les délégués effectifs, et, d'autre part, les délégués suppléants dans l'ordre suivant lequel ils doivent remplacer les délégués effectifs respectifs, ceux-ci sont désignés par le président de la chambre professionnelle sans autre formalité.

Il en est dressé procès-verbal qui est signé par le président de la chambre professionnelle.

Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions.

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

Dans l'accomplissement de ses missions, l'AAA peut recourir aux services administratifs du Centre commun de la sécurité sociale.

⁴ *Mémorial A 2008 n°83 du 12.12.2008, p. 2469*



RESPONSABILITÉS ET IMMUNITÉ PATRONALE



Le système d'assurance contre les accidents du travail mis en place au début du siècle dernier repose sur le compromis suivant lequel en contrepartie d'une indemnisation automatique, la réparation et la responsabilité de l'employeur sont limitées au regard de celles résultant du droit commun de la responsabilité civile.

L'immunité patronale contre un recours en responsabilité civile est donc la règle dans le cadre du système d'indemnisation forfaitaire de l'assurance accident.

Ceci signifie que les salariés, leurs ayants droit et leurs héritiers ne peuvent en principe agir judiciairement en dommages intérêts contre leur employeur ou leurs collègues de travail, à moins qu'ils n'aient été condamnés au pénal pour avoir provoqué intentionnellement l'accident ou qu'il s'agisse d'un accident de trajet, pour lequel le droit commun est applicable.

Dans ces cas exceptionnels où l'immunité patronale ne joue pas, les assurés et leurs ayants droit peuvent agir au civil pour les dommages non indemnisés par les prestations de l'assurance accident.

Par un arrêt du 28 mai 2004⁵, la Cour constitutionnelle a validé ce système d'indemnisation forfaitaire limitant le droit d'agir des victimes directes après avoir constaté notamment qu'il garantit une indemnisation même en cas d'absence de responsabilité dans le chef de l'auteur de l'accident et de faute de la victime et qu'il contribue au maintien de la paix sociale dans les entreprises. La Cour a cependant déclaré ce système inconstitutionnel pour autant qu'il exclut également du droit d'agir au civil des personnes n'ayant pourtant droit à aucune prestation au titre de l'assurance accident.

Les organisations syndicales avaient proposé d'élargir les conditions de recours du salarié au critère de la négligence ayant conduit à l'accident et critiquaient le système de l'immunité qui risque de ne pas encourager les employeurs à faire des efforts en matière de prévention.

La réforme de l'assurance accident a maintenu le système d'immunité.

Pour que les assurés et leurs ayants droit puissent, en raison de l'accident ou de la maladie professionnelle, agir judiciairement en dommages intérêts contre leur employeur, tout autre employeur exécutant des travaux en même temps et sur le même lieu ou des salariés, il faut qu'un jugement pénal ait déclaré ceux-ci coupables d'avoir provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle.

Les entrepreneurs ou, dans le cas d'un travail connexe ou même non connexe exécuté en même temps et sur le même lieu, tout autre entrepreneur, leurs salariés ainsi que leurs conjoints, partenaires, parents ou alliés aidants, sont uniquement responsables à l'égard de l'AAA de toutes les dépenses effectuées par celle-ci en vertu de la loi, s'ils sont déclarés coupables par un jugement pénal d'avoir provoqué l'accident, soit avec intention, soit par négligence en se relâchant de la vigilance à laquelle ils sont tenus en raison de leurs fonctions, profession ou métier et condamnés irrévocablement de ce dernier chef à une peine d'emprisonnement de 8 jours au moins.

La même responsabilité incombe aux sociétés et associations pour le fait des membres de leur direction ou de leurs gérants.

Le recours de l'AAA contre les apprentis est limité à la moitié des prestations versées suite à l'accident survenu à une personne avec un plafond de 30.000 €, à condition que la déclaration d'entrée n'ait pas été faite avant l'accident.

Compte tenu du fait que le niveau des prestations de l'assurance accident permet une indemnisation satisfaisante des assurés et que le nouveau mode d'indemnisation se rapproche de celui du droit commun, la Chambre des salariés s'était déclarée d'accord avec le maintien de l'immunité, système qui peut protéger également les salariés.

En outre, la nouvelle législation tient compte de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle dans la mesure où désormais, les ayants droit de la victime directe, ses père et mère ainsi que toute autre personne ayant vécu depuis un certain temps en communauté domestique avec l'assuré au moment de son décès ont droit à l'indemnisation du dommage moral.

⁵ Arrêt n° 20/04 rendu dans l'affaire *Lopes Ferreira et Moreira Salta c/Kronospan Sanem Ltd et Cie*, AAA et *Jean Lamesch-Exploitation SA*, publié au *Mémorial A* n° 94 du 18 juin 2004.





PRÉVENTION

1. Champ d'application
2. Recommandations de prévention

1 CHAMP D'APPLICATION

L'Association d'assurance accident a pour mission de prévenir les risques professionnels des assurés. A cet effet, elle se donne les moyens lui permettant notamment :

- d'analyser les causes des accidents et maladies professionnelles ;
- de constater l'exposition aux risques professionnels ;
- de développer et de coordonner la prévention des risques professionnels ;
- d'informer, de conseiller et de former les assurés et les employeurs en matière de sécurité et de santé au travail ;
- d'encourager les efforts particuliers des employeurs en matière de prévention ;
- d'établir des recommandations de prévention ;
- de surveiller le respect des dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail et notamment celles relative à la sécurité au travail du Code du travail et des règlements grand-ducaux d'exécution.

Les moyens organisationnels et financiers pour assurer les missions en matière de prévention sont définis par les statuts de l'Association d'assurance accident.

2 RECOMMANDATIONS DE PRÉVENTION

Les recommandations de prévention, qui sont des règles de l'art en matière de prévention des risques, peuvent être établies pour toutes les activités assurées ou certaines de ces activités.

Elles sont destinées :

- aux employeurs en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles et de protéger la vie et la santé des assurés ;
- aux assurés en vue de prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles.

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

Les fonctionnaires et employés publics assermentés de l'Association d'assurance accident sont autorisés à procéder, dans la limite de leurs missions légales, conformément aux dispositions prévues par le Code du travail pour les membres de l'inspectorat du travail.

Les données nominatives concernant la déclaration des accidents et des maladies professionnelles sont communiquées à l'Inspection du travail et des mines.

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

Les recommandations de prévention peuvent être déclarées d'obligation générale par voie de règlement grand-ducal.

ADRESSES UTILES

Association d'assurance contre les accidents

125, route d'Esch
L-2976 Luxembourg

Tél. : +352 26 19 15 - 1
Fax : +352 49 53 35

Ouverture des guichets : du lundi au vendredi de 8.00 à 16.00 heures
www.aaa.lu

Conseil arbitral de la sécurité sociale

16, bd. de la Foire
L-1528 Luxembourg

Tél. : +352 45 32 86 - 1

Conseil supérieur de la sécurité sociale

14, avenue de la Gare
L-1610 Luxembourg

Tél. : +352 26 26 05 - 1

NOTES

[illegible]

NOTES

[illegible]



Bibliothèque nationale Luxembourg
37, Boulevard Roosevelt / L-2450 Luxembourg
Téléphone 22 97 55 - 1 / Fax 47 56 72

www.bnl.lu



Droit de la sécurité sociale

Réforme de l'Assurance Accident

Avec la présente publication, la CSL désire expliquer la nouvelle législation sur l'assurance accident, telle qu'elle est applicable depuis le 1^{er} janvier 2011.

Le nouveau système a introduit une indemnisation plus nuancée des préjudices subis par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Désormais, la victime a droit, d'une part, à l'indemnisation des dégâts matériels proprement dits (dommages occasionnés aux biens), et, d'autre part, à l'indemnisation des préjudices résultant du dommage corporel subi qui sont classés dans deux catégories distinctes selon qu'ils sont de nature patrimoniale ou extrapatrimoniale.

La publication traite en détail ces prestations et en fournit également quelques exemples.

D'autre part, elle présente aussi les nouveautés en matière d'organisation et de financement de l'Association d'assurance accident.

Diffusée par :

Librairie Um Fieldgen
3, rue Glesener - L-1631 Luxembourg
info@libuf.lu

Editée par :



CHAMBRE DES SALARIES
LUXEMBOURG

18 rue Auguste Lumière - L-1950 Luxembourg
T +352 488 616 1 F +352 480 614
csl@csl.lu www.csl.lu

Prix : 5 €

ISBN : 978-2-919888-64-1

