

Bulletin luxembourgeois des questions sociales

2003

Volume 14

1_Analyse de l'évolution des indemnités pécuniaires de maladie de la gestion art. 29,1,c), Robert Kieffer, président de l'union des caisses de maladie 2_La procédure non contentieuse en matière de sécurité sociale, Toinie Wolter, attachée de la sécurité sociale 3_L'accident du travail, Claude Rumé, attaché de la sécurité sociale 4_Application de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle, Toinie Wolter, attachée de la sécurité sociale 5_ Conseil de l'Europe Déclaration de Malte sur l'accès aux droits sociaux



aloss

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale



a l o s s

association luxembourgeoise
des organismes de sécurité sociale

BP 1308
L-1013 Luxembourg

ISBN 2-495-23039-3

Les articles reproduits n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et non les administrations et les institutions dont ils relèvent.

Table des matières

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES DE MALADIE DE LA GESTION ART. 29, 1, C)	1
1. Introduction	1
2. L'évolution de l'équilibre financier de la gestion 29, 1c)	2
3. Analyse descriptive de la morbidité au cours de l'exercice 1999	6
3.1. L'influence du sexe, de la résidence et de l'âge des assurés	7
3.2. Les déterminants du rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables	11
3.3. L'augmentation de la morbidité au-delà de l'âge de 50 ans	14
3.4. La morbidité en fonction du secteur économique	15
3.5. La morbidité en fonction des entreprises	18
3.6. Le secteur des agences d'intérimaires et de fourniture de personnel temporaire	21
4. L'évolution de la morbidité entre 1999 et 2002	22
4.1. L'évolution de la morbidité auprès de la CMOA	23
4.2. L'évolution de la morbidité auprès de la CMO	24
4.2.1. <i>L'évolution par sexe et par résidence</i>	25
4.2.2. <i>L'évolution selon les secteurs économiques</i>	28
4.2.3. <i>L'évolution selon la taille des entreprises</i>	30
4.2.4. <i>Le nombre d'ouvriers bénéficiant de prestations au-delà de 52 semaines</i>	31
5. Conclusions	32
ANNEXE A	34
ANNEXE B	37
ANNEXE C	42
1. Définition des taux de morbidité dépendants et indépendants	42
2. Analyse de la morbidité d'un groupe de personnes au cours d'un exercice t	43
3. Analyse de l'évolution des taux de morbidité dans le temps	45

LA PROCÉDURE NON CONTENTIEUSE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE **49**

Introduction **49**

1. La procédure non contentieuse: une garantie de valeurs hautement importantes 52
 - 1.1. *L'applicabilité de la procédure administrative non contentieuse* 53
 - 1.2. *Procédure consultative préalable* 58
 - 1.3. *L'obligation pour l'organisme de motiver les décisions* 64
 - 1.4. *L'accès aux éléments d'information* 69
 - 1.5. *Le droit d'être entendu* 73
 - 1.6. *L'indication de voies de recours* 78
 - 1.7. *La collaboration procédurale de l'administration* 80
2. Les voies de recours administratifs 81
 - 2.1. *Les recours gracieux de l'assuré* 83
 - 2.1.1. *L'opposition portée devant le conseil d'administration ou le comité-directeur* 83
 - 2.1.1.1. *Les dispositions légales* 83
 - 2.1.1.2. *L'autorité compétente : un organe collégial* 89
 - 2.1.1.3. *L'exercice de la voie de recours administratif* 92
 - 2.1.1.4. *Acquiescement à la décision présidentielle* 93
 - 2.1.1.5. *Le silence de l'administration* 94
 - 2.1.1.6. *Le sursis à statuer* 97
 - 2.1.2. *La saisine de la commission de surveillance* 101
 - 2.2. *Les procédures de contrôle de l'administration* 102
 - 2.2.1. *La procédure de suspension et d'annulation* 103
 - 2.2.2. *L'opposition du président du comité-directeur* 106

Conclusion **108**

Bibliographie **109**

L'ACCIDENT DU TRAVAIL **111**

LES domaines d'intervention de l'Association d'assurance contre les accidents **111**

1. L'organisation de l'Association d'assurance contre les accidents 112
 - 1.1. *La composition et les attributions des organes de l'AAI* 113
 - 1.1.1. *L'assemblée générale de l'AAI* 113
 - 1.1.2. *Le comité directeur de l'AAI* 113
 - 1.1.3. *Le président du comité directeur* 114
 - 1.1.4. *La commission des rentes* 115

1.2. <i>La composition et les attributions des organes de l'AAA</i>	115
1.3. <i>L'organisation administrative de l'Association d'assurance contre les accidents</i>	115
2. La notion d'Accident du Travail	116
3. La notion d'Accident de Trajet	117
4. La notion de Maladie Professionnelle	118
5. La réparation des préjudices subis par les assurés	119
5.1. <i>Les prestations en nature</i>	119
5.2. <i>Les prestations en espèces</i>	119
5.3. <i>Les règles dérogatoires de la section agricole et forestière</i>	121
L'accident du travail: De la survenance à la reconnaissance	121
I. Les éléments constitutifs de l'accident du travail et de l'accident de trajet ainsi que le système de la preuve tels qu'ils résultent de la jurisprudence	121
1. Le champ d'application personnel de l'Association d'assurance contre les accidents	121
1.1. <i>Les assurés de la section industrielle, régime général</i>	122
1.2. <i>Les assurés de la section industrielle, régimes spéciaux</i>	122
1.3. <i>Les assurés obligatoires de la section agricole</i>	123
1.4. <i>Les assurés volontaires de la section agricole</i>	124
1.5. <i>Les dispenses de l'assurance et la situation en cas de détachement</i>	124
1.6. <i>La procédure d'affiliation à l'Association d'assurance contre les accidents</i>	124
1.7. <i>Les décisions jurisprudentielles relatives au champ d'application personnel</i>	125
2. Le champ d'application matériel de l'Association d'assurance contre les accidents	127
2.1. <i>L'accident du travail</i>	127
2.1.1. <i>La soudaineté, élément constitutif de l'accident du travail</i>	127
2.1.2. <i>L'extériorité, élément constitutif de l'accident du travail</i>	129
2.1.3. <i>La lésion corporelle, élément constitutif de l'accident du travail</i>	130
2.1.4. <i>Le lien avec l'activité assurée, élément constitutif de l'accident du travail</i>	132
- <i>Les conditions de lieu du travail et d'heure du travail</i>	132
- <i>La condition du lien de subordination</i>	134
- <i>La notion de risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise</i>	135
- <i>L'activité à caractère privée</i>	135

2.2. L'accident de trajet	136
2.2.1. La notion de parcours normal et direct	137
2.2.2. Les notions de demeure habituelle et de maison de pension habituelle	137
2.2.3. La notion de lieu du travail	138
2.2.4. Le trajet effectué pendant une interruption du travail	139
2.2.5. La présentation au bureau de placement public et les trajets effectués en relation avec le CMSS ou la CEO	139
2.2.6. Le trajet effectué par l'assuré pour déposer ou reprendre l'enfant, qui vit en communauté domestique avec lui, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation professionnelle	140
2.2.7. La notion de voirie publique	140
2.2.8. L'interruption anormale du trajet	140
2.2.9. La notion de faute lourde	141
3. La charge de la preuve	142
II. La procédure de déclaration et de reconnaissance des accidents	144
1. La déclaration d'accident	144
1.1. Les obligations de l'assuré	144
1.2. Les obligations de l'employeur (ou de l'autorité compétente)	145
1.3. Les délais	146
1.4. Le contenu de la déclaration d'accident	146
2. Le processus décisionnel interne à l'Association d'assurance contre les accidents	148
3. La notification de la décision intervenue	149
4. Les recours contre les décisions de l'Association d'assurance contre les accidents	150
Bibliographie	152
APPLICATION DE LA LOI DU 25 JUILLET 2002 CONCERNANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE	155
CONSEIL DE L'EUROPE DÉCLARATION DE MALTE SUR L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX	169

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DES INDEMNITÉS PÉCUNIAIRES DE MALADIE DE LA GESTION ART. 29, 1, C)

Robert Kieffer

*Président de l'Union des
caisses de maladie*

1. INTRODUCTION

La gestion des prestations en espèces prévue à l'article 29, 1, c) du CAS, qui concerne les indemnités pécuniaires payées par la CMO et la CMOA aux ouvriers dès le premier jour de maladie, est confrontée depuis la mise en vigueur de la loi réforme de 1992 au 1er janvier 1994 à une situation déficitaire endémique. Ainsi, malgré une augmentation substantielle du taux de cotisation entre 1994 et 2002 (4,0% en 1994, 4,2% en 1997, 5% en 1998, 4,2% en 1999, 4,7% en 2000), le déficit cumulé atteint 30,0 millions d'euros au 31 décembre 2002.

Cette évolution ne se laisse plus expliquer par des variations aléatoires dans le taux de morbidité imputable à la présence d'épidémies grippales plus ou moins fortes, mais doit reposer sur des changements structurels intervenus soit dans la population protégée, soit dans le système d'indemnisation.

En vue d'analyser ces changements structurels, l'UCM a demandé au Centre commun de la sécurité sociale de constituer un fichier particulier renseignant sur une base annuelle toutes les informations concernant les assurés, les assiettes cotisables, les bénéficiaires d'indemnités pécuniaires, la durée du bénéfice de ces indemnités, le montant des indemnités, les employeurs etc. Ce fichier n'a pu être constitué rétroactivement que jusqu'à l'exercice 1999. La description du fichier figure en annexe B.

Pour l'analyse des dépenses pour prestations en espèces, il a fallu définir de manière théorique les concepts de morbidité utilisés (taux de morbidité dépendant, taux de morbidité indépendant) et développer une méthode permettant de comparer la morbidité de groupes de personnes à composition par âge et par sexe différente, soit au cours d'une même année, soit à des époques différentes (taux de morbidité normalisé). Cette analyse théorique figure en annexe C.

La présente note analyse de façon détaillée la morbidité au cours de l'exercice 1999, notamment par rapport aux éventuels déterminants de cette morbidité tels que l'âge, le sexe, la résidence, le secteur économique, etc.

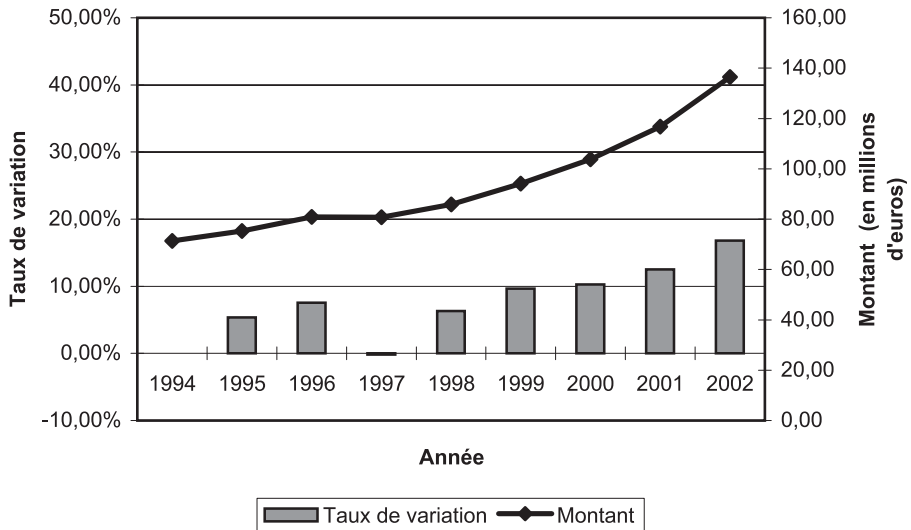
Finalement, elle analyse l'évolution de la morbidité entre 1999 et 2002 et les éventuelles causes de l'augmentation constatée.

2. L'ÉVOLUTION DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA GESTION 29, 1C)

Les principales données comptables concernant la période d'observation de 1994 à 2002 figurent dans le tableau A1 en annexe A.

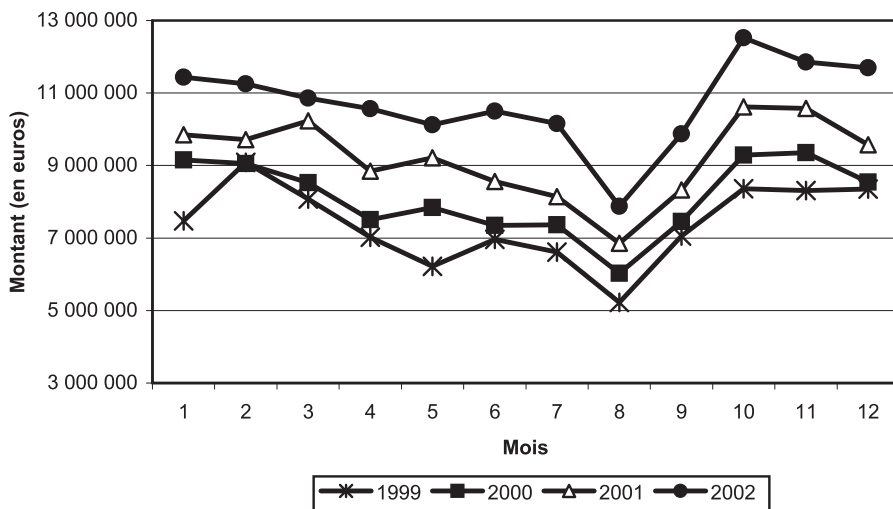
On constate que le montant des indemnités pécuniaires est passé de 71,4 à 136,5 millions d'euros, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 8,4% par an. Cette croissance s'est particulièrement accélérée à partir de 1999, période où les taux de croissance annuels se situent entre 9,6% et 16,8%.

Graphique 2.1. Evolution du montant et du taux de variation des indemnités pécuniaires

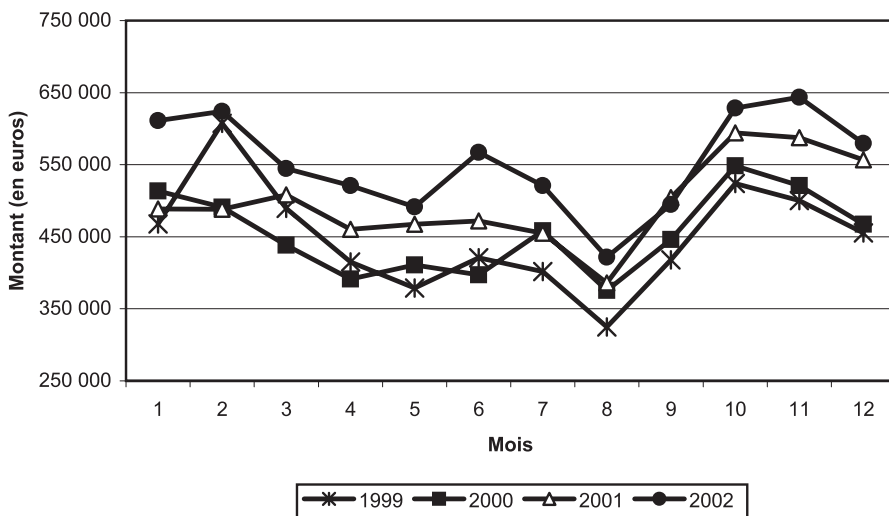


L'évolution mensuelle des dépenses pour indemnités pécuniaires montre que cette augmentation n'est pas liée à une éventuelle présence d'épidémies grippales ou autres, mais qu'elle se répercute uniformément sur tous les mois de l'année.

Graphique 2.2. Evolution des indemnités pécuniaires mensuelles: CMO 1999-2002



Graphique 2.3. Evolution des indemnités pécuniaires mensuelles: CMOA 1999-2002

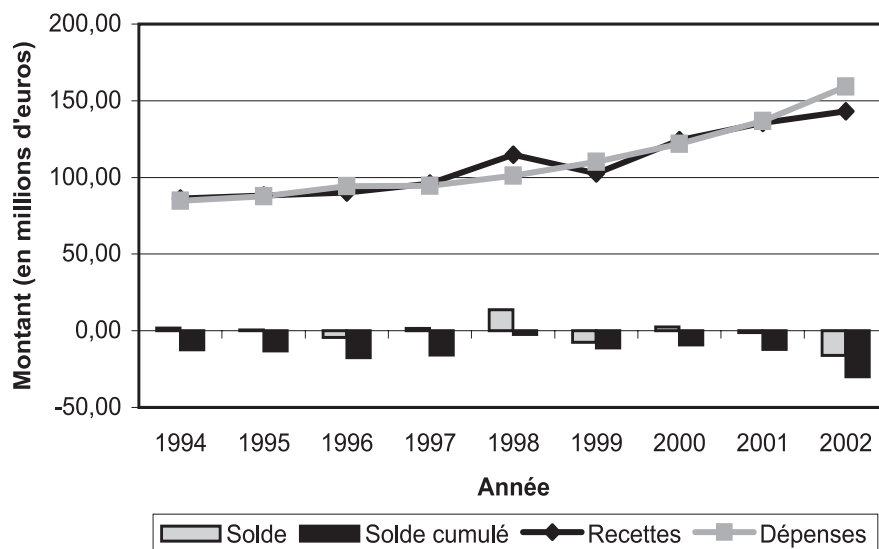


En considérant qu'au cours de la période d'observation, le taux moyen d'inflation s'est élevé à 1,8% et le nombre des assurés a augmenté en moyenne de 2,7%, cette croissance des indemnités pécuniaires dépasse de loin celle des facteurs explicatifs usuels. Ainsi la masse des revenus cotisables n'a-t-elle augmenté que de 5,1% en moyenne par an, de sorte que des relèvements successifs du taux de cotisation sont devenus inévitables.

A remarquer que la part patronale des cotisations pour l'assurance maladie et l'assurance pension, calculée sur les indemnités pécuniaires, augmente parallèlement à celle des indemnités pécuniaires. En revanche, les frais d'administration et autres dépenses diverses accusent une croissance nettement plus faible.

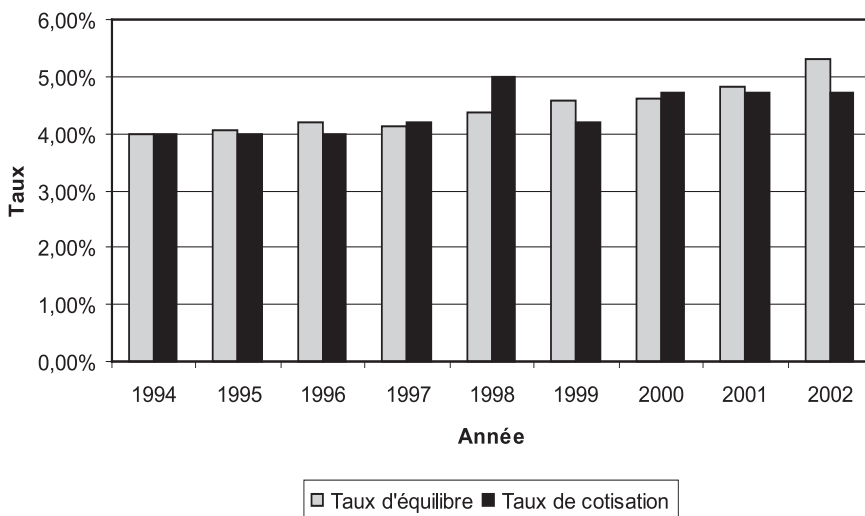
Ces relèvements des taux de cotisation ont toutefois été insuffisants pour résorber intégralement le déficit cumulé de 12,39 millions d'euros existant au 1er janvier 1994 et pour éviter l'apparition d'un nouveau déficit cumulé qui atteint 30,0 millions d'euros au 31 décembre 2002.

Graphique 2.4. Evolution des recettes, des dépenses, du solde et du solde cumulé



Le taux d'équilibre qui est le taux de cotisation théorique nécessaire pour assurer l'équilibre annuel des recettes et des dépenses, est passé de 3,99% en 1994 à 5,31% en 2002. Ceci représente une augmentation relative de 33% en un intervalle de 8 ans, augmentation qui correspond manifestement à un changement structurel dans cette gestion des prestations en espèces.

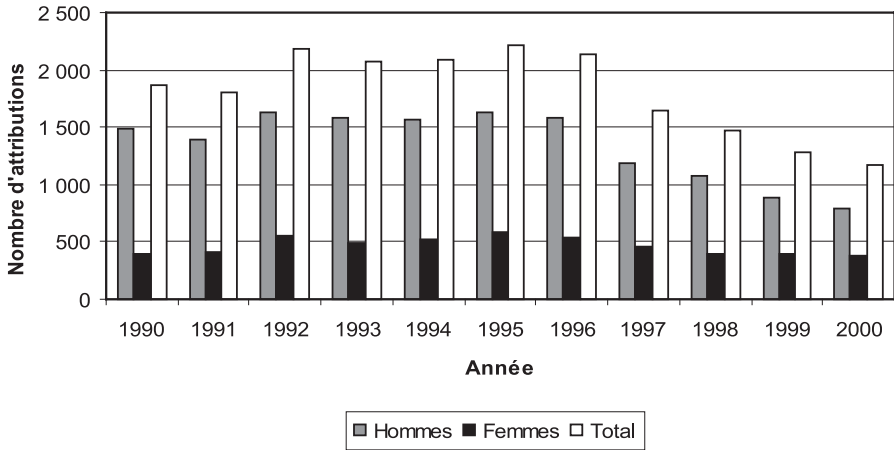
Graphique 2.5. Evolution du taux de cotisation et du taux d'équilibre



Or, il y a lieu de signaler un changement structurel mineur dans le mode de calcul de la contribution de l'Etat, changement qui est intervenu à partir de l'exercice 2000 et qui aurait dû avoir pour effet de réduire le taux d'équilibre. Avant l'exercice 2000, la contribution de l'Etat était fixée comme une surprime de 10% du taux de cotisation à charge des assurés et des employeurs. Il en résultait que la part relative de l'Etat dans la cotisation globale ne représentait que 9,1%. A partir de 2000, la contribution de l'Etat fut fixée à 10% de la cotisation globale, de sorte que cette part relative a été légèrement augmentée.

Un deuxième changement plus substantiel apparaît à partir de 1997, où l'on constate une réduction substantielle du montant des restitutions de pensions d'invalidité et de cotisations pour l'assurance pension en vertu de l'article 15 du CAS. Cette restitution intervient lorsqu'une pension d'invalidité définitive est attribuée rétroactivement et la restitution vise à indemniser l'assurance maladie pour le versement de l'indemnité pécuniaire qui, théoriquement n'était plus due. Alors que cette restitution correspondait avant 1997 à un ordre de grandeur de 11% du montant total des indemnités pécuniaires, cette part a été réduite à un ordre de grandeur de 4%. Cette réduction ne se laisse expliquer que par la diminution du nombre d'attributions de pensions d'invalidité observée auprès de l'AVI depuis 1997.

Graphique 2.6. Evolution du nombre d'attribution de pensions d'invalidité selon le sexe (AVI)



3. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA MORBIDITÉ AU COURS DE L'EXERCICE 1999

En vue d'analyser les éléments structurels qui interviennent dans l'équilibre financier de la gestion des prestations en espèces de l'article 29, 1,c) au cours de l'année t , on part du rapport formé entre le montant des indemnités pécuniaires versées $RMAL(t)$ et le montant total des assiettes cotisables $RTOT(t)$, destinées au financement de l'indemnité pécuniaire ($v(t) = RMAL(t)/RTOT(t)$). L'évolution de ce rapport dans le temps permet d'expliquer au mieux l'évolution de l'équilibre financier, puisque ce rapport intègre, d'une part, les bénéficiaires de l'indemnité pécuniaire avec leur durée de maladie indemnisée et le montant journalier de l'indemnité et, d'autre part, le nombre de cotisants exposés au risque avec leur durée de cotisation et le montant journalier de l'assiette cotisable.

A remarquer que les indemnités pécuniaires versées au titre de l'article 15 du CAS pendant la période de jouissance de la pension d'invalidité ont été éliminées tant au numérateur qu'au dénominateur, puisque ces périodes ne concernent pas une période de maladie, mais une période d'invalidité. En outre, sont exclues des indemnités pécuniaires (figurant au numérateur) celles qui concernent la maternité, la dispense de travail en cas de grossesse, le congé d'accueil, l'assurance accident et le congé pour raisons familiales.

Pour l'exercice 1999, ce rapport s'établit à 4,27% pour l'ensemble de la gestion des prestations en espèces art. 29, 1 c).

3.1. L'influence du sexe, de la résidence et de l'âge des assurés

Le tableau 1 montre que ce rapport présente des valeurs sensiblement différentes pour différents sous-groupes de la population exposée au risque. La différence la plus substantielle de l'ordre de 20% apparaît entre les hommes (4,12%) et les femmes (4,95%). Une différence non négligeable de l'ordre de 10% existe entre les travailleurs résidants (4,09%) et les travailleurs non résidants (4,51%). Finalement, on constate une différence de l'ordre de 7% entre la CMO (4,25%) et la CMOA (4,53%), différence qui est même de l'ordre de 10%, si l'on limite la comparaison aux assurés masculins du fait que la CMOA ne comprend pratiquement que des assurés masculins.

Tableau 3.1. Influence du sexe et de la résidence sur le rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables

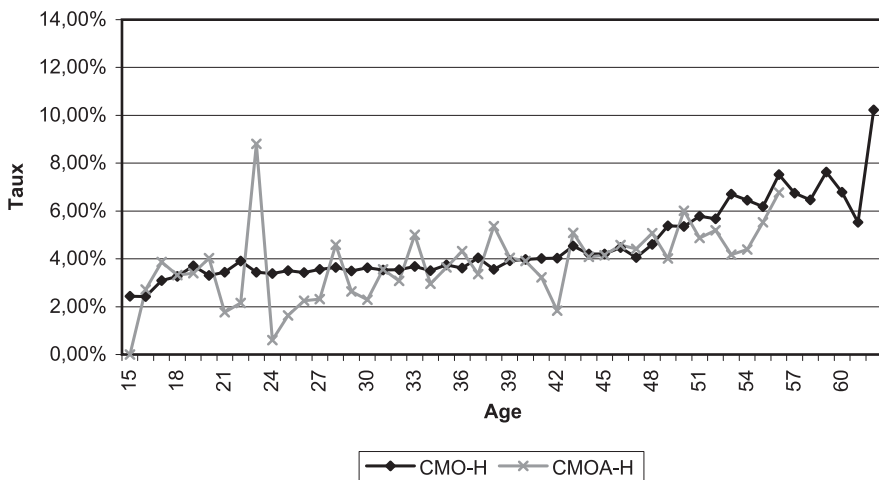
	Indemnités pécuniaires RMAL(1999)	Assiette cotisable RTOT(1999)	Rapport v(1999)
Total gestion 29 1 c)	89 040 716	2 086 668 206	4,27%
CMO	84 079 482	1 977 055 075	4,25%
CMOA	4 961 233	109 613 132	4,53%
Hommes	71 108 962	1 724 168 787	4,12%
Femmes	17 931 753	362 499 419	4,95%
Résidants	49 110 168	1 201 179 809	4,09%
Non-résidants	39 930 548	885 488 398	4,51%
CMO			
Hommes	66 152 056	1 614 741 629	4,10%
Résidants	35 549 041	892 024 355	3,99%
Non-résidants	30 603 015	722 717 273	4,23%
Femmes	17 927 427	362 313 446	4,95%
Résidants	10 526 158	241 414 836	4,36%
Non-résidants	7 401 269	120 898 610	6,12%
CMOA			
Hommes	4 956 907	109 427 158	4,53%
Résidants	3 030 642	67 554 644	4,49%
Non-résidants	1 926 265	41 872 515	4,60%
Femmes	4 326	185 973	p.m.
Résidants	4 326	185 973	p.m.
Non-résidants	0	0	

En combinant les différents critères de sélection, on aboutit à des écarts énormes. Ainsi les assurés féminins non résidents présentent un taux de 6,12%, taux qui dépasse celui des assurés féminins résidents (4,36%) de 40% et même celui des assurés masculins résidents de la CMO (3,99%) de 53%.

Pour apprécier si ces différences sont significatives, il faut tenir compte également de la structure par âge de ces sous-groupes, puisque l'âge est un facteur déterminant dans l'explication du niveau de ce rapport.

Ainsi, par exemple, pour les assurés masculins de la CMO, on constate que ce taux suit une augmentation lente mais régulière de l'ordre de 3,5% à l'âge de 20 ans à 4,3% à l'âge de 48 ans. Ensuite, ce taux passe de façon abrupte à des valeurs comprises entre 5,5% et 7,5% pour les âges se situant entre 50 et 60 ans. Cette augmentation abrupte au-delà de 50 ans suggère que la nature de la morbidité change, dans la mesure où elle inclut au-delà de 50 ans davantage de périodes indemnisées en attente de l'octroi d'une pension d'invalidité.

**Graphique 3.1. Rapport entre indemnités de maladie et assiette cotisable
(assurés masculins CMO et CMOA)**

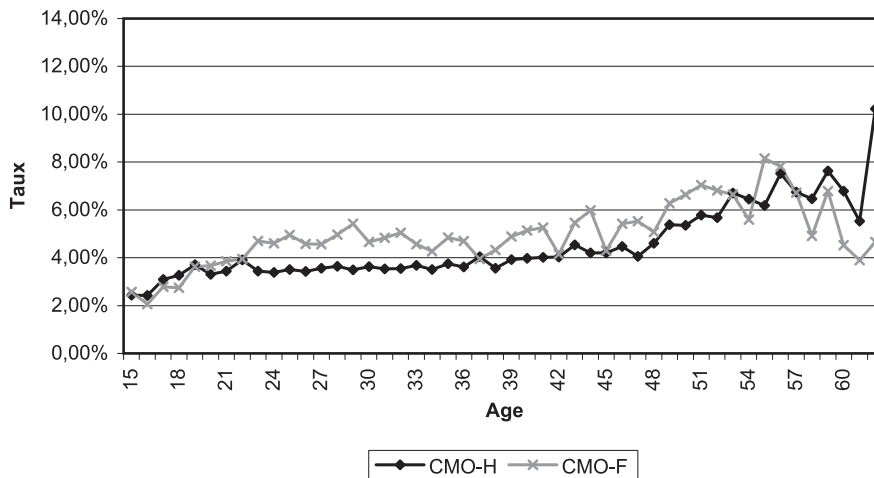


En outre, on constate que l'écart entre les rapports pour l'ensemble des assurés masculins de la CMO (4,10%) et de la CMOA (4,53%) est exclusivement imputable à la différence de la structure d'âge des deux populations. En effet, pour la plupart des âges individuels, le rapport auprès de la CMOA est inférieur à celui auprès de la CMO.

En revanche, les différences entre assurés masculins et assurés féminins sont très prononcées à tous les âges. De 20 à 51 ans, le rapport pour les assurés féminins dépasse presque toujours celui pour les assurés masculins.

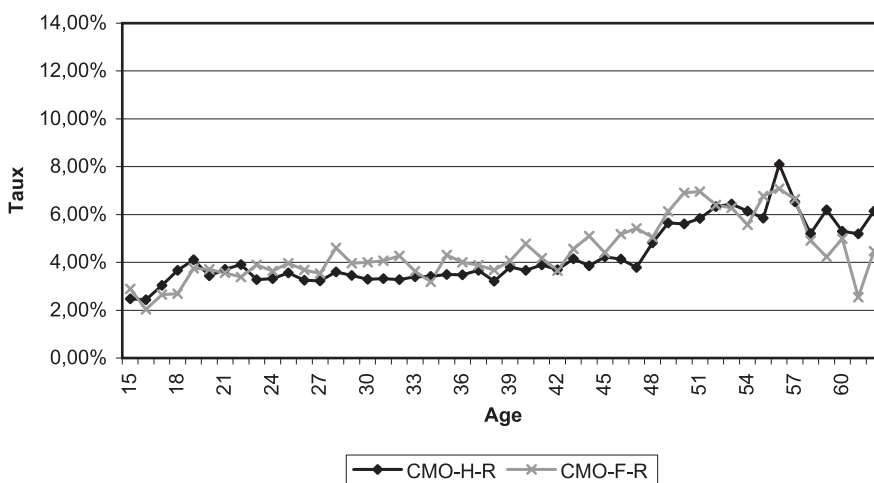
Ce n'est qu'au-delà de l'âge de 57 ans que le rapport pour les femmes devient systématiquement inférieur à celui des hommes.

Graphique 3.2. Rapport entre indemnités de maladie et assiette cotisable (CMO, assurés masculins et féminins)



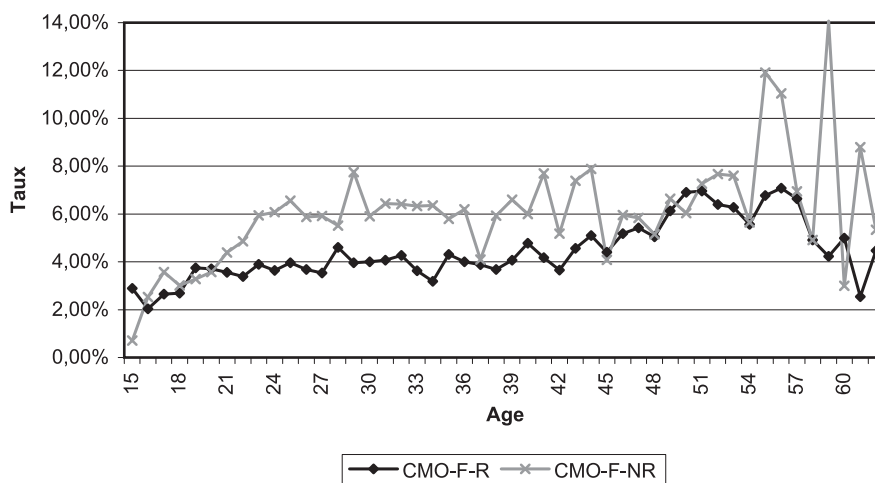
Toutefois, cette différence au niveau des sexes n'est pas imputable exclusivement à ce critère. En effet, pour les seuls assurés résidents on constate bien une différence entre les hommes et femmes, mais l'ampleur de cet écart est nettement plus faible.

Graphique 3.3. Rapport entre indemnités de maladie et assiette cotisable (CMO assurés résidents masculins et féminins)



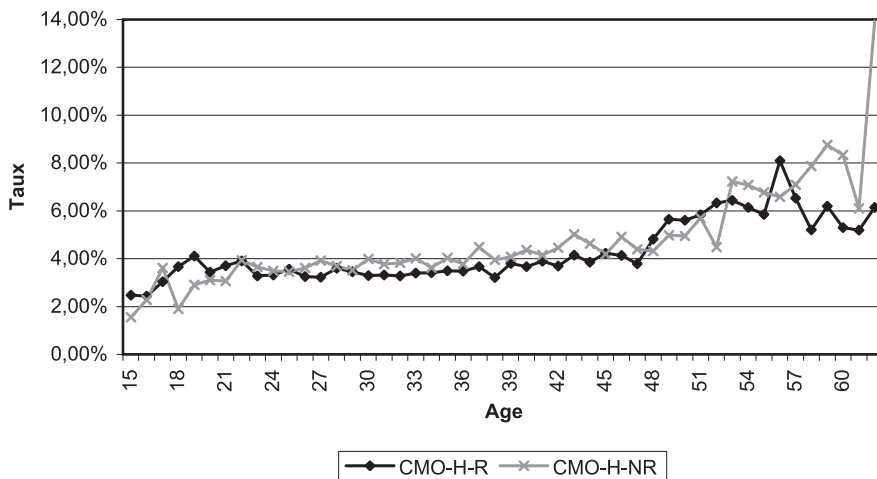
C'est effectivement pour les assurés féminins non résidants qu'on constate un rapport extrêmement élevé dépassant celui des résidants de l'ordre de 50%, surtout dans les âges de 23 à 44 ans. En revanche, entre 45 et 54 ans cet écart se réduit considérablement, puisque le taux des assurés féminins résidants se rapproche de celui des non résidants. Cette surmorbidity des assurés féminins non résidants se retrouve dans chacun des trois pays frontaliers, à savoir le rapport s'élève à 6,25% pour la France, 5,53% pour la Belgique et 6,41% pour l'Allemagne.

**Graphique 3.4. Rapport entre indemnités de maladie et assiette cotisable
(CMO assurés féminins résidants et non résidants)**



Pour les assurés masculins, l'écart entre assurés résidants et assurés non résidants existe également, mais il est nettement plus faible que pour les assurés féminins. Par ailleurs, pour les assurés non résidants, on ne constate pas cette augmentation abrupte vers l'âge de 50 ans, que tel n'est le cas pour les assurés résidants.

Graphique 3.5. Rapport entre indemnités de maladie et assiette cotisable (CMO assurés maculins résidants et non résidants)



Il résulte de cette analyse que, pour la plupart des âges, le rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables est structurellement supérieur pour les assurés féminins par rapport aux assurés masculins et pour les assurés non résidants par rapport aux résidants. Toutefois, c'est pour les assurés féminins non résidants que ce rapport atteint des valeurs extrêmement élevées, surtout dans les âges relativement jeunes (au-dessous de 45 ans). En outre, on ne constate pas de différence significative pour les assurés masculins de la CMO et de la CMOA.

3.2. Les déterminants du rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables

Le montant des indemnités pécuniaires peut être décomposé en un produit du nombre de jours de maladie JMAL(t) par le montant moyen journalier de l'indemnité rMAL(t).

$$RMAL(t) = JMAL(t) * rMAL(t)$$

De même, l'assiette cotisable peut être décomposée en un produit du nombre de jours de cotisation JTOT(t) par le montant moyen journalier de l'assiette cotisable rTOT(t).

$$RTOT(t) = JTOT(t) * rTOT(t)$$

Il s'ensuit que le rapport v(t) peut être exprimé de la façon suivante:

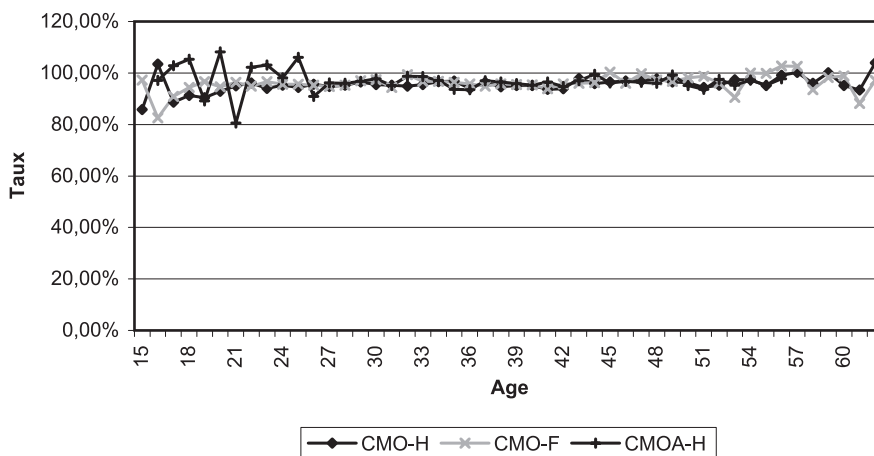
$$v(t) = (JMAL(t)/JTOT(t)) * (rMAL(t)/rTOT(t))$$

Le rapport entre le montant des indemnités pécuniaires et le montant des assiettes cotisables peut donc être décomposé en un produit du taux

(dépendant) de morbidité $*m(t)$ ($= JMAL(t)/JTOT(t)$) par le rapport entre l'indemnité journalière et l'assiette cotisable journalière.

On peut montrer que le rapport entre l'indemnité journalière et l'assiette cotisable journalière fluctue de manière aléatoire dans une marge très étroite autour de la valeur de 97% et qu'il n'existe pas de différenciation particulière de cette valeur par rapport au sexe, à la résidence et à l'âge des assurés. Ce rapport peut donc pratiquement être considéré comme une constante qui ne contribue pas davantage d'informations pour l'explication de la variable $v(t)$.

Graphique 3.6. Rapport entre indemnités journalière et assiette journalière (assurés masculins et assurés féminins de la CMO assurés masculins de la CMOA)



Le rapport $v(t)$ entre montant des indemnités pécuniaires et montant des assiettes cotisables est donc essentiellement expliqué par le taux dépendant de morbidité $*m(t)$.

Formellement on pourrait procéder à une décomposition supplémentaire du taux dépendant de mortalité. En considérant que le nombre de jours d'indemnités peut se décomposer en un produit du nombre de bénéficiaires $LMAL(t)$ par la durée moyenne de maladie $dMAL(t)$ et que le nombre de journées de cotisation en un produit du nombre d'assurés $LTOT(t)$ par la durée moyenne d'assurance $dTOT(t)$, on obtient deux composantes du taux de morbidité:

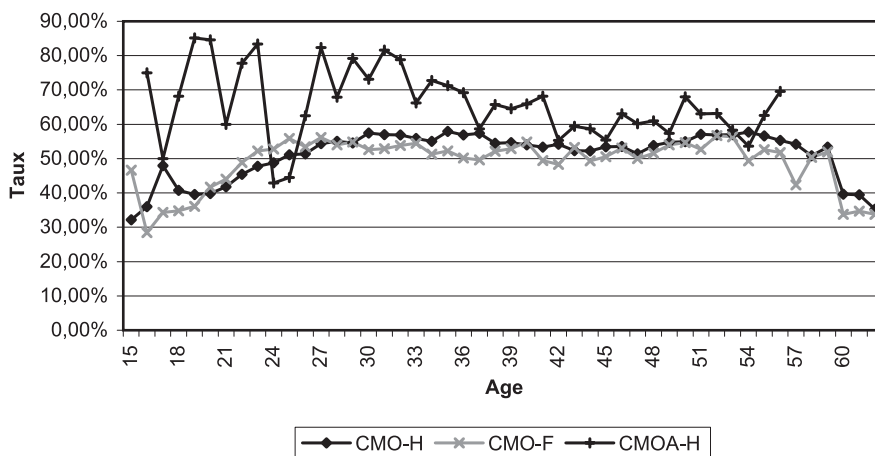
$$\begin{aligned} *m(t) &= JMAL(t)/JTOT(t) = (LMAL(t)*dMAL(t))/(LTOT(t)*dTOT(t)) \\ &= (LMAL(t)/LTOT(t))*(dMAL(t)/dTOT(t)) \end{aligned}$$

à savoir la proportion d'assurés qui bénéficient d'indemnités et le rapport entre durée moyenne du bénéfice de l'indemnité et durée moyenne de cotisation.

Cette décomposition aurait un sens si tous les assurés étaient soumis sous observation pendant la même période. En effet, pour un même taux de morbidité, la probabilité de bénéficier d'une indemnité pécuniaire (et donc la proportion de bénéficiaires d'indemnités pécuniaires) augmente avec la durée de la période d'observation. De même, le rapport entre durée moyenne du bénéfice d'indemnités pécuniaires et durée moyenne de cotisation diminue avec l'augmentation de la période d'observation. Comme les assurés non résidants sont davantage soumis à des fluctuations du marché du travail, ils présentent une durée d'affiliation moyenne par an inférieure à celle des résidants. Il en est de même pour les assurés féminins par rapport aux assurés masculins. Il s'ensuit que pour une durée d'affiliation plus faible, la proportion de bénéficiaires d'indemnités est plus faible et, corrélativement, la durée relative du bénéfice de l'indemnité est plus élevée. En raison de cette corrélation, les deux variables ne sont plus indépendantes et ne peuvent donc fournir une explication supplémentaire au taux de morbidité.

On peut fournir à titre purement illustratif la proportion des bénéficiaires d'indemnités pécuniaires.

Graphique 3.7. Proportion de bénéficiaires d'indemnités pécuniaires de maladie (assurés masculins et assurés féminins de la CMO assurés masculins de la CMOA)



Cette proportion d'assurés se situe auprès de la CMO systématiquement au-dessous de 60% pour tous les âges, ce qui signifie qu'au moins 40% d'assurés de tous les groupes d'âge n'ont pas bénéficié d'indemnités pécuniaires de maladie au cours d'un exercice. En revanche, pour la CMOA, la proportion d'assurés ayant bénéficié d'indemnités pécuniaires est en moyenne plus élevée, pouvant dépasser pour certains âges 80%. Cependant la durée moyenne d'affiliation est également plus élevée auprès de la CMOA.

3.3. L'augmentation de la morbidité au-delà de l'âge de 50 ans

L'analyse par âge a montré que la morbidité subit une augmentation abrupte aux alentours de l'âge de 50 ans, notamment en ce qui concerne les assurés masculins résidents. En vue de déterminer l'origine de cette surmorbidité, il y a lieu d'analyser la distribution pour chaque groupe d'âge des assurés en fonction de leur taux de morbidité (*m(x,t)).

Tableau 3.2: Distribution des assurés en fonction du taux de morbidité (CMO, assurés masculins résidents)

Groupe d'âge	Proportion d'assurés avec un taux de morbidité dépendant de			Total
	0%]0% - 10%]]10% - 100%]	
15-19	47,89%	42,17%	9,95%	100,00%
20-24	42,52%	47,04%	10,45%	100,00%
25-29	41,14%	49,07%	9,79%	100,00%
30-34	40,48%	49,92%	9,61%	100,00%
35-39	40,68%	49,34%	9,98%	100,00%
40-44	43,83%	45,09%	11,08%	100,00%
45-49	43,87%	43,31%	12,82%	100,00%
50-54	38,90%	43,23%	17,87%	100,00%
55-59	43,32%	37,95%	18,73%	100,00%
60-64	70,77%	16,20%	13,03%	100,00%
Total	42,23%	46,58%	11,19%	100,00%

Au-dessous de l'âge de 50 ans, on note une certaine stabilité de la proportion d'assurés qui n'ont pas bénéficié d'indemnités pécuniaires; la proportion d'assurés ayant un taux de morbidité inférieur à 10% (maladie de courte durée) tend à diminuer avec l'âge et la proportion d'assurés ayant un taux de morbidité supérieur à 10% (maladie de longue durée) tend à augmenter avec l'âge, ce qui rend compte d'une influence graduelle de l'âge sur le taux de morbidité.

Au passage du seuil de 50 ans, la proportion des assurés sans indemnités pécuniaires diminue de façon significative (38,9% contre 43,9%), sans que la proportion des assurés avec maladie de courte durée n'en soit affectée. En revanche, la proportion des assurés avec maladie de longue durée subit un saut anormal de 12,8% à 17,9%.

Il est remarquable que la proportion d'assurés sans indemnités pécuniaires augmente de nouveau au-delà de l'âge de 55 ans, que la proportion des assurés avec maladie de courte durée diminue alors que celle des assurés avec maladie de longue durée se maintient à un niveau élevé.

Au-delà de l'âge de 60 ans, les données ne sont plus guère significatives.

Ces données montrent qu'aux alentours de 50 ans, il y a une augmentation abrupte des maladies de longue durée, augmentation qui ne résulte pas d'une élévation graduelle de la morbidité avec l'âge, mais qui semble

davantage liée à une hausse de la propension à demander la pension d'invalidité à partir de l'âge de 50 ans.

3.4. La morbidité en fonction du secteur économique

Pour les assurés de la CMO, le tableau A2 en annexe fournit le rapport entre indemnités pécuniaires et assiette cotisable (v(t)) et le taux dépendant de morbidité (*m(t)) d'après la codification NACE (deux premières positions).

En restreignant le champ d'observation aux secteurs qui sont responsables pour 90% des indemnités pécuniaires versées, on obtient le tableau suivant avec 21 secteurs restants:

Tableau 3.3: Morbidité en fonction du secteur économique

NACE2	Libellé	Part des indemnités pécuniaires dans le total	Taux de morbidité dépendant brut	Taux de morbidité normalisé
33	Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique et d'horlogerie	1,73%	6,84%	7,22%
24	Industrie chimique	1,51%	6,08%	6,35%
74	Services fournis principalement aux entreprises	8,10%	5,58%	5,70%
25	Industrie du caoutchouc et des plastiques	2,58%	5,35%	5,37%
75	Administration publique	6,24%	5,04%	4,85%
28	Travail des métaux	4,36%	4,81%	4,79%
26	Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques	2,60%	4,83%	4,75%
85	Santé et action sociale	1,95%	4,66%	4,64%
27	Métallurgie	1,82%	4,66%	4,61%
15	Industries alimentaires	2,89%	4,45%	4,58%
45	Construction	25,24%	4,55%	4,58%
50	Commerce et réparation automobile	3,15%	4,18%	4,40%
93	Services personnels	1,11%	3,82%	4,25%
51	Commerce de gros et intermédiaires du commerce	3,99%	4,08%	4,15%
62	Transports aériens	1,13%	4,01%	4,13%
52	Commerce de détail et réparation d'articles domestiques	4,34%	3,96%	4,13%
29	Fabrication de machines et équipements	1,40%	4,04%	4,08%
60	Transports terrestres	6,47%	4,00%	3,87%
55	Hôtels et restaurants	6,05%	3,59%	3,80%
22	Édition, imprimerie, reproduction	1,20%	3,52%	3,53%
73	Recherche-développement	3,09%	3,67%	3,50%
Sous-total		90,96%	4,46%	
Grand Total		100,00%	4,42%	4,47%

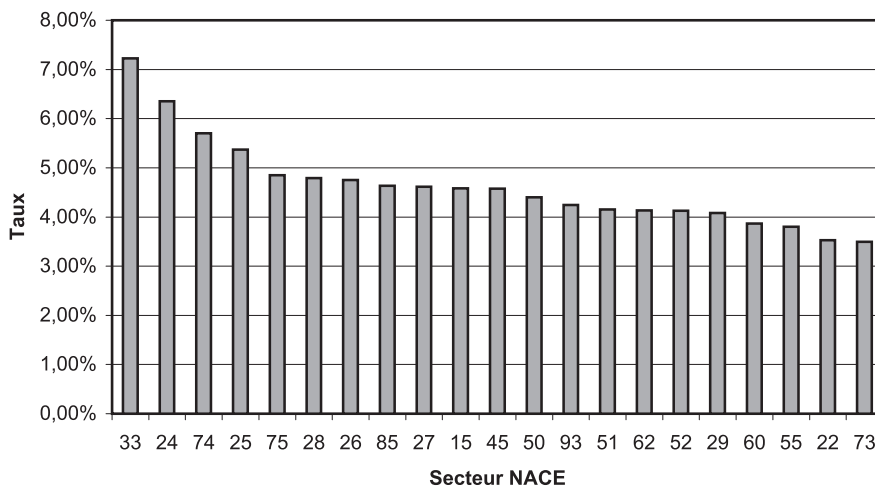
C'est au secteur de la "construction" (NACE 45) qu'incombent 25% du montant des indemnités pécuniaires, suivi par "services fournis principalement aux entreprises" (NACE 74) avec 8,1%, "transports terrestres" (NACE 60) avec 6,5%, "administration publique" (NACE 75) avec 6,2% et "hôtels et restaurants" (NACE 55) avec 6,1%.

Alors que le taux de morbidité dépendant s'établit pour l'ensemble des assurés de la CMO à 4,42%, ce taux de morbidité varie entre 3,52% et 6,84% pour les 21 secteurs analysés.

Comme il résulte de la note méthodologique en annexe, la comparaison directe du taux de morbidité entre sous-populations distinctes n'est pas possible en raison des structures par âge et par sexe différentes. A cet effet, il y a lieu de calculer des taux de morbidité indépendants normalisés qui neutralisent ces différences au niveau de la structure par âge et par sexe.

Sur la base d'un taux normalisé de 4,47% pour l'ensemble de la CMO, les taux normalisés varient de 3,50% à 7,22% pour les 21 secteurs, c'est-à-dire du simple au double.

Graphique 3.8. Taux de morbidité normalisé par secteur NACE



La distribution des taux de morbidité normalisés montre que quatre secteurs présentent des taux particulièrement élevés.

Le premier concerne le secteur 33 "Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique et d'horlogerie" avec un taux normalisé de 7,22%. Le sous-secteur essentiellement responsable de ce taux élevé est le 33200 "Fabrication d'instruments de mesure et de contrôle".

Le deuxième concerne le secteur 24 "Industrie chimique" avec un taux normalisé de 6,35%.

Le troisième concerne le secteur 74 "Services fournis principalement aux entreprises" avec un taux normalisé de 5,70%. Dans ce secteur, ce taux élevé est particulièrement imputable aux sous-secteurs 74700 "Activités de nettoyage" avec 6,37% et 74502 "Agences d'intérimaires et fourniture de personnel temporaire" avec 5,56%.

Le quatrième concerne le secteur 25 "Industrie du caoutchouc et des plastiques" avec un taux normalisé de 5,37%. Deux sous-secteurs sont responsables pour ce taux élevé: 25230 "Fabrication d'éléments en matières plastiques pour la construction": 6,53% et 25210 "Fabrication de plaques, feuilles, tubes et profilés en matières plastiques": 6,75%.

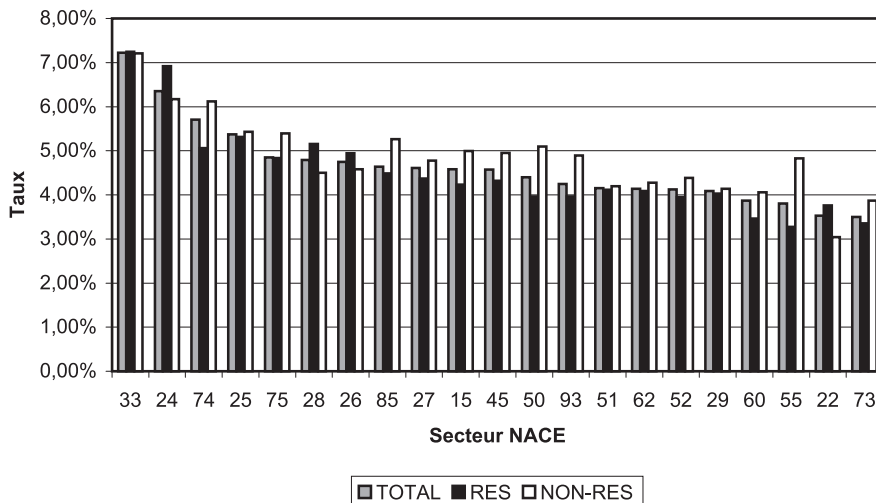
A remarquer que le secteur 75 "Administration publique" ne comprend pratiquement que les ouvriers du sous-secteur 75112 "Administrations communales" (4,97%), puisque les ouvriers de l'Etat ne sont pas assurés dans la gestion de l'article 29, 1 c).

Le secteur 45 "Construction" se situe avec 4,58% proche de la moyenne globale. On ne constate pas de variations trop importantes parmi les différents sous-secteurs.

A signaler que le taux de morbidité normalisé de la CMOA s'élève à 3,96% et se situe donc au-dessous de la moyenne nationale de 4,42%.

Les écarts dans la morbidité ne sont pas imputables aux différences dans la structure d'âge et de sexe, puisqu'il s'agit de taux normalisés.

Pour les secteurs où la morbidité est la plus élevée, cette surmorbidity ne s'explique pas non plus par la présence des non résidents. En effet, dans les secteurs 33, 24, 74, 25, 75, 28 et 26 les taux de morbidité de la population résidente dépassent déjà largement le taux de la population globale, de sorte que l'influence de la population non résidente n'est pas déterminante. Les causes de cette morbidité élevée doivent donc être cherchées dans les particularités des entreprises de ces secteurs.

Graphique 3.9. Taux de morbidité normalisé par secteur NACE selon la résidence

Pour les secteurs 74, 85, 27, 15, 45, 50, 93, 52, 60, 55 et 73 le taux de morbidité des non résidents dépasse de manière substantielle le taux des résidents ¹⁾.

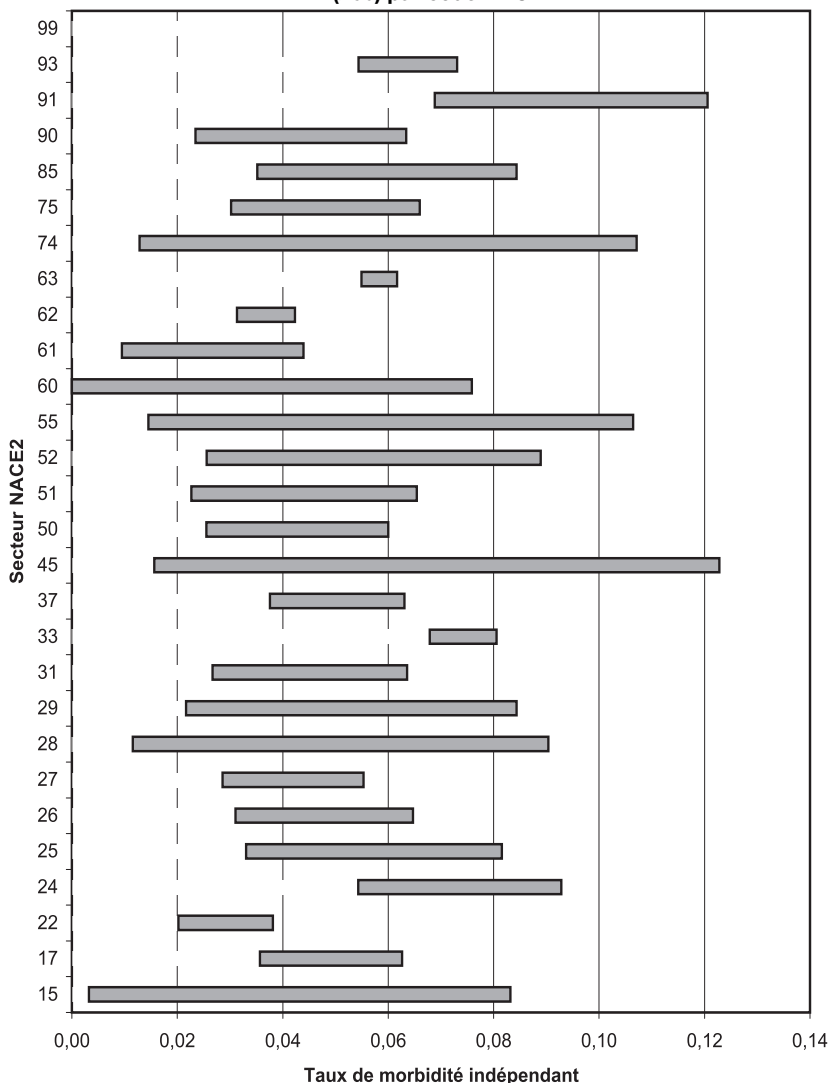
Par ailleurs, il y a lieu de signaler les quatre secteurs (24, 28, 26 et 22) où le taux de morbidité des non résidents est substantiellement inférieur à celui des résidents

3.5. La morbidité en fonction des entreprises

Malgré les différences constatées entre les secteurs économiques, il faut cependant mettre l'accent sur le fait que ce n'est pas l'appartenance à tel ou tel secteur qui serait déterminante pour le niveau plus ou moins élevé du taux de morbidité. En effet, dans chaque secteur on retrouve des entreprises avec un taux élevé et des entreprises avec un taux faible. Ce phénomène est illustré par le graphique 3.10 qui montre pour les entreprises avec au moins cinquante salariés la valeur minimale et la valeur maximale du taux de morbidité dépendant. Dans chaque secteur, on retrouve une variabilité des taux de morbidité nettement plus grande que pour les moyennes par secteur.

1) Pour le secteur 75 "Administrations publiques", le nombre de non résidents est absolument insignifiant.

Graphique 3.10. Valeurs minimales et maximales du taux de morbidité des entreprises (>50) par code NACE



Il en résulte que l'unité d'observation pour le taux de morbidité ne peut être constituée par le secteur ou le sous-secteur économique, mais doit probablement être l'entreprise.

Toutefois, en raison du fait qu'il existe un nombre très important d'entreprises avec très peu de personnel, il faut stratifier l'ensemble des entreprises en fonction de leur taille. Cette stratification a été effectuée à l'aide du seul personnel ouvrier soumis à la gestion de l'article 29, 1c), sans prise en compte des éventuels employés occupés dans ces entreprises.

Tableau 3.4. La morbidité en fonction de la taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise	Nombre d'entreprises	Nombre d'ouvriers	Taux de morbidité indépendant
< 5	13 430	19 703	3,03%
5 - 9	1 993	13 167	3,65%
10 - 19	1 345	18 095	4,19%
20 - 49	802	23 739	4,42%
50 - 99	264	17 856	4,47%
100 - 199	111	15 300	4,78%
200 - 499	63	19 332	5,48%
500 - 999	13	8 391	5,68%
1000 - 1999	7	9 004	5,46%
> 1999	3	7 330	3,72%
Total	18 031	151 917	4,47%

On constate que le taux de morbidité moyen augmente systématiquement avec la taille de l'entreprise, sauf pour les très grandes entreprises au-delà de 2000 ouvriers où le taux de morbidité retombe sous la moyenne générale.

A remarquer toutefois que parmi ces "grandes entreprises" figurent des entreprises du secteur NACE 74502 : Agences d'intérimaires et fourniture de personnel temporaire, qui occupent un grand nombre de personnes mais pour des durées qui peuvent être très courtes. Ces entreprises ne sont par définition pas comparables aux autres entreprises, puisque leur personnel se répartit précisément sur d'autres entreprises, entreprises qui ne sont même pas nécessairement établies au Luxembourg.

Parmi les entreprises qui ne sont pas des agences d'intérimaires et qui occupent plus de 200 ouvriers, 39 entreprises présentent un taux de morbidité indépendant supérieur à 5% et le taux le plus élevé atteint 12,3%. Ces entreprises représentent 16,7% de la masse des indemnités pécuniaires contre 12,3% de la masse des assiettes cotisables. Une analyse détaillée de ces 39 entreprises devrait être faite pour trouver les origines de cette morbidité très élevée.

3.6. Le secteur des agences d'intérimaires et de fourniture de personnel temporaire

Les entreprises de fourniture de personnel temporaire jouent un rôle particulier, puisqu'elles occupent en principe des personnes avec des contrats avec durée déterminée.

On dénombre 31 entreprises occupant des ouvriers. Ces entreprises sont responsables pour 3,6% des indemnités pécuniaires, alors que leur assiette cotisable ne représente que 2,9% de l'assiette cotisable totale. Les taux de morbidité normalisés de ces entreprises sont extrêmement variables s'étendant de 2,36% à 10,71% (pour les 29 entreprises occupant plus de vingt personnes) avec une moyenne de 5,56%.

C'est également dans ce secteur qu'on constate la majorité des cas où est fait application de l'article 16 alinéa 1er, deuxième phrase du code des assurances sociales, à savoir que l'indemnité pécuniaire de maladie est continuée à charge de la caisse de maladie alors que le contrat d'emploi entre l'assuré et l'employeur est venu à terme.

Ainsi parmi les 1.312 assurés où a été faite application de cet article 16 en 1999, 764 assurés (58,2%) relèvent des entreprises de prêt de fourniture de personnel temporaire.

Le montant total des indemnités pécuniaires versées au titre de l'article 16 s'est élevé à 1,81 millions d'euros et représente 2,2% du montant total des indemnités pécuniaires. De ce montant 0,87 millions d'euros (47,9%) sont imputables aux entreprises de fourniture de personnel temporaire et ce montant représente 29% du montant des indemnités pécuniaires payées aux assurés de ce secteur.

4. L'évolution de la morbidité entre 1999 et 2002

L'évolution du rapport $v(t)$ entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables se présente comme suit :

Tableau 4.1. Evolution du rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables

	Rapport				Variation			
	v(1999)	v(2000)	v(2001)	v(2002)	2000/1999	2001/2000	2002/2001	2002/1999
Total gestion 29 1 c)	4,27%	4,34%	4,55%	5,03%	1,64%	4,83%	10,58%	17,83%
CMO	4,25%	4,32%	4,52%	4,99%	1,56%	4,62%	10,37%	17,27%
CMOA	4,53%	4,70%	5,16%	5,97%	3,76%	9,95%	15,70%	31,99%
Hommes	4,12%	4,17%	4,38%	4,86%	1,15%	4,99%	11,04%	17,92%
Femmes	4,95%	5,12%	5,32%	5,78%	3,45%	3,93%	8,77%	16,94%
Résidents	4,09%	4,15%	4,34%	4,85%	1,49%	4,58%	11,67%	18,53%
Non-résidents	4,51%	4,58%	4,80%	5,25%	1,57%	4,86%	9,22%	16,34%
CMO								
Hommes	4,10%	4,14%	4,34%	4,80%	1,04%	4,74%	10,82%	17,28%
Résidents	3,99%	3,99%	4,20%	4,69%	0,14%	5,23%	11,78%	17,79%
Non-résidents	4,23%	4,31%	4,49%	4,92%	1,87%	4,03%	9,73%	16,28%
Femmes	4,95%	5,12%	5,32%	5,79%	3,44%	3,94%	8,75%	16,93%
Résidents	4,36%	4,62%	4,73%	5,20%	5,90%	2,41%	9,99%	19,29%
Non-résidents	6,12%	6,09%	6,45%	6,90%	-0,53%	5,85%	7,11%	12,77%
CMOA								
Hommes	4,53%	4,70%	5,17%	5,98%	3,74%	10,00%	15,65%	31,97%
Résidents	4,49%	4,58%	4,82%	5,68%	2,16%	5,12%	17,81%	26,52%
Non-résidents	4,60%	4,88%	5,68%	6,41%	6,08%	16,43%	12,87%	39,40%

L'augmentation de ce rapport a été peu importante en 2000 (+1,6%), substantielle en 2001 (+4,8%) et extrêmement importante en 2002 (+10,6%). Entre 1999 et 2002, l'augmentation globale s'élève à 17,8%. Cette augmentation s'est produite de manière extrême auprès de la CMOA avec un taux de 32% (26,5% pour les assurés résidents et 39,4% pour les assurés non résidents). Pour la CMO, l'augmentation est de 17,3% et varie entre 12,8% et 19,3% pour les quatre groupes subdivisés par sexe et par résidence.

4.1. L'évolution de la morbidité auprès de la CMOA

En partant de la décomposition du rapport $v(t)$ en produit du taux de morbidité dépendant et rapport entre indemnités journalières et assiettes cotisables journalières

$$v(t) = m(t) * (rMAL(t)/rTOT(t))$$

on constate que l'augmentation du rapport $v(t)$ de 32,0% entre 1999 et 2002 est imputable à raison de 30,4% à l'augmentation du taux de morbidité dépendant et à raison de 1,2% à l'augmentation du rapport entre les assiettes journalières. Cette dernière variation est absolument négligeable.

$$v(1999) = 0,0453 = 0,0467 * 0,9684$$

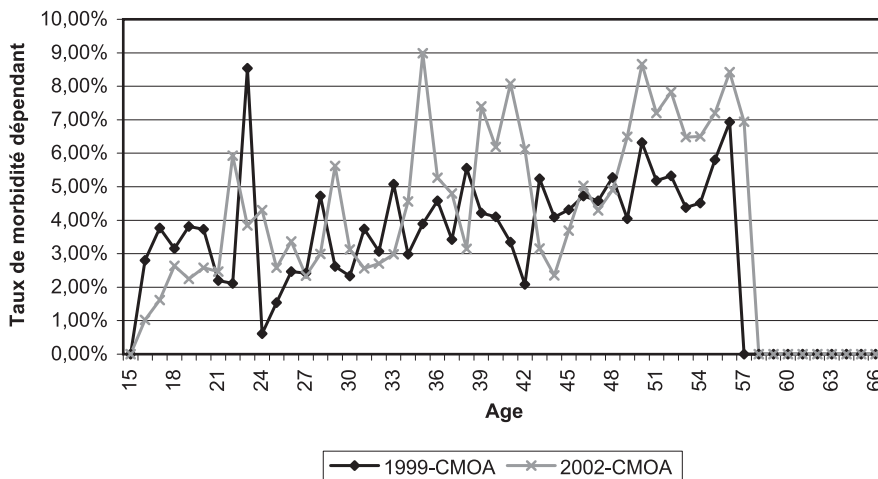
$$v(2002) = 0,0597 = 0,0609 * 0,9804$$

$$v(2002)/v(1999) = 1,320 = 1,304 * 1,012$$

C'est donc l'augmentation de la morbidité de 30,4% qu'il s'agit d'expliquer.

Entre 1999 et 2002, la structure par âge de la population assurée auprès de la CMOA s'est modifiée. L'âge moyen des assurés est passé de 45,05 ans à 45,79 ans. Ce vieillissement comporte une augmentation mécanique de la morbidité qui peut être évaluée à 3,8% et qui n'est pas influençable par le comportement des assurés. Il reste dès lors une augmentation moyenne de la morbidité dépendante pour chaque âge de 26,6%.

Graphique 4.1. Taux de morbidité dépendant par âge des assurés de la CMOA en 1999 et 2002



Pour les âges inférieurs à 39 ans, on ne constate pas de différence significative dans le taux de morbidité pour les deux années. Dû au faible nombre des assurés exposés au risque, les fluctuations du taux de morbidité peuvent être grandes.

C'est pour les groupes d'âge de 39 à 42 ans et de 49 à 57 ans qu'on constate une augmentation systématique de la morbidité. Dans ces groupes d'âge le taux de morbidité dépendant dépasse en général 6% en 2002, alors qu'il était resté inférieur à cette valeur en 1999.

La principale raison de cette augmentation réside dans la multiplication des cas de maladie de longue durée (c.-à-d. où le taux de morbidité dépasse 10%). La proportion des cas de maladie de longue durée passe de 12% des assurés en 1999 à 16% en 2002. Cette augmentation des cas de maladie de longue durée est particulièrement prononcée auprès des non résidents, où la proportion atteint même 18,1% en 2002 contre 12,1% en 1999.

Tableau 4.2. Distribution des assurés de la CMOA en fonction du taux de morbidité

Taux de morbidité dépendant	Tous		Résidents		Non-résidents	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
0%	37,0%	35,2%	36,4%	34,6%	38,1%	36,1%
]0% - 2%]	22,2%	18,1%	23,3%	19,9%	20,5%	15,4%
]2% - 4%]	12,3%	12,8%	12,9%	13,0%	11,3%	12,5%
]4% - 6%]	7,4%	8,3%	7,3%	8,7%	7,5%	7,7%
]6% - 8%]	5,6%	5,5%	5,2%	5,0%	6,4%	6,2%
]8% - 10%]	3,4%	4,2%	3,0%	4,3%	4,2%	4,0%
> 10%	12,0%	16,0%	11,9%	14,5%	12,1%	18,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Par ailleurs on remarque une réduction de la proportion des assurés qui n'ont pas bénéficié d'indemnités pécuniaires et des assurés présentant un faible taux de morbidité (2%).

4.2. L'évolution de la morbidité auprès de la CMO

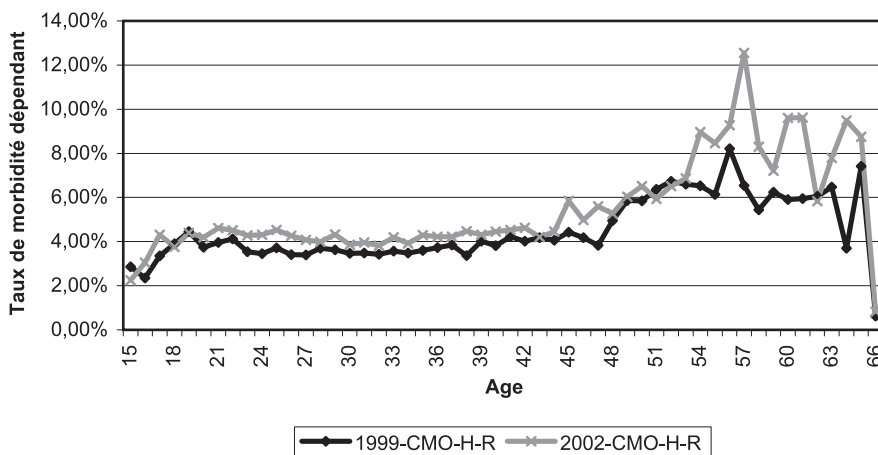
Pour la CMO, on peut également décomposer le taux de croissance de 17,27% du rapport $v(t)$ en une croissance de 0,22% en ce qui concerne le rapport entre indemnités journalières et assiettes cotisables journalières et une croissance de 17,01% en ce qui concerne le taux de morbidité dépendant. Ce dernier taux contient une composante structurelle de 2,43% en ce qui concerne la modification de la structure par sexe, par résidence et par âge et une composante concernant l'augmentation moyenne de la morbidité de 14,58%. C'est pour ce dernier taux qu'il s'agit de trouver une explication.

4.2.1. L'évolution par sexe et par résidence

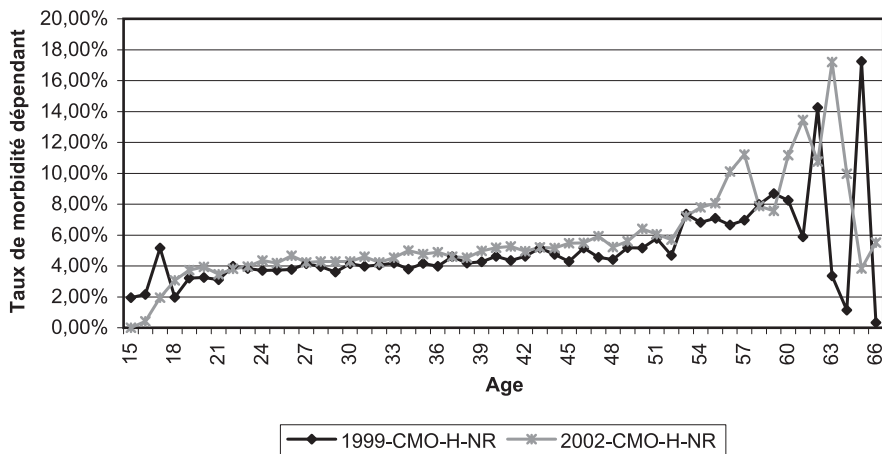
Pour les assurés masculins résidants, on constate une augmentation significative du taux de morbidité pour presque tous les âges. Cependant cette augmentation est particulièrement forte pour les âges de 45 à 47 ans ainsi que pour les âges de 54 à 64 ans. A l'instar du phénomène observé pour la CMOA, c'est l'augmentation de la proportion des assurés avec un taux de morbidité supérieur à 10% qui est responsable de l'augmentation de la morbidité à tous les âges. Ainsi, la proportion des assurés avec un taux de morbidité supérieur à 50% est passée de 1,2% en 1999 à 2,5% en 2002.

Aussi peut-on observer que l'augmentation abrupte du taux de morbidité constatée à l'âge de 50 en 1999 est avancée à l'âge de 45 ans en 2002.

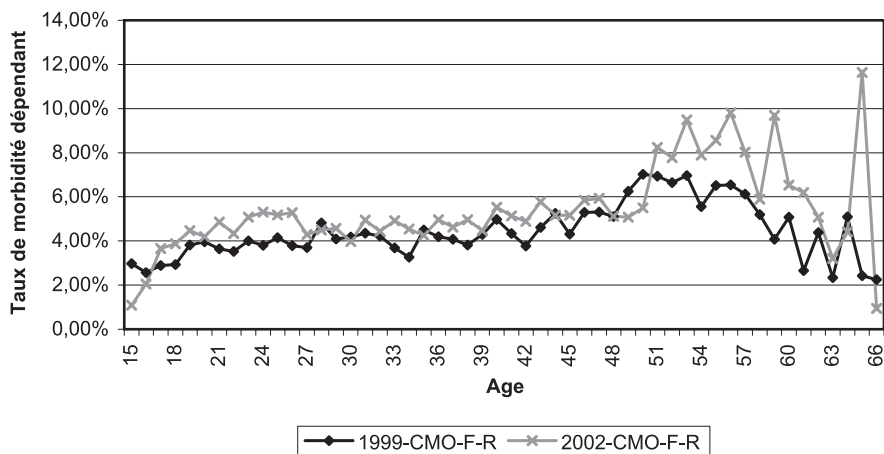
Graphique 4.2. Taux de morbidité dépendant par âge des assurés masculins résidants de la CMO en 1999 et 2002



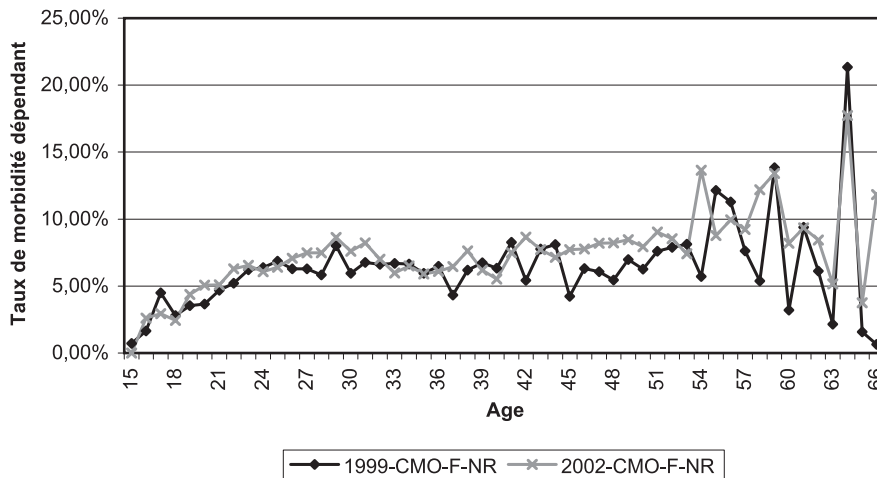
Graphique 4.3. Taux de morbidité dépendant par âge des assurés masculins non résidents de la CMO en 1999 et 2002



Graphique 4.4. Taux de morbidité dépendant par âge des assurés féminins résidents de la CMO en 1999 et 2002



Graphique 4.5. Taux de morbidité dépendant par âge des assurés féminins non résidents de la CMO en 1999 et 200



Ces observations se répètent d'une manière analogue pour les assurés féminins résidents et, dans une moindre mesure, pour les assurés non résidents masculins et féminins. A rappeler que le taux de morbidité des non résidents était déjà plus élevé en 1999 que celui des résidents, mais qu'il a moins augmenté entre 1999 et 2002 que pour les résidents.

Tableau 4.3. Distribution des assurés de la CMO en fonction du taux de morbidité

Taux de morbidité dépendant	Hommes, résidents		Femmes, résidents		Hommes, non-résidents		Femmes, non-résidents	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002	1999	2002
0%	42,2%	41,8%	48,4%	46,5%	51,9%	49,5%	50,7%	49,4%
]0% - 2%]	20,1%	18,1%	16,5%	15,6%	13,8%	13,7%	11,5%	11,1%
]2% - 4%]	12,5%	11,8%	10,6%	10,7%	10,7%	10,6%	9,4%	9,4%
]4% - 6%]	6,9%	6,8%	6,5%	6,3%	6,1%	6,3%	6,1%	6,1%
]6% - 8%]	4,3%	4,6%	4,2%	4,2%	3,8%	4,1%	3,8%	4,0%
]8% - 10%]	2,8%	3,3%	2,8%	2,8%	2,6%	2,9%	3,1%	3,0%
> 10%	11,2%	13,5%	11,2%	13,9%	11,1%	13,0%	15,5%	17,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pour tous les groupes d'assurés on remarque la réduction de la proportion d'assurés qui n'ont pas bénéficié d'indemnités pécuniaires ainsi que la réduction systématique de la proportion des assurés dont le taux de morbidité est faible (< 2%). Pour les taux de morbidité compris entre 2% et

10%, les proportions des assurés restent sensiblement inchangées. Finalement c'est la proportion d'assurés ayant un taux de morbidité élevé (>10%) qui augmente systématiquement pour les quatre groupes.

Si l'augmentation de la proportion des assurés avec un taux de morbidité élevé est la plus forte dans les âges élevés, il faut néanmoins constater que c'est ce phénomène qui est également responsable de l'augmentation du taux de morbidité pour les âges plus jeunes.

Tableau 4.4. Augmentation de la proportion des cas de forte morbidité par âge

Groupe d'âge	Proportion d'assurés avec *m >10%		Différence absolue en %
	1999	2002	
15 - 19	8,0%	9,4%	1,4%
20 - 24	10,0%	11,6%	1,6%
25 - 29	11,0%	12,8%	1,8%
30 - 34	10,7%	12,4%	1,7%
35 - 39	10,9%	12,9%	2,0%
40 - 44	12,3%	13,8%	1,5%
45 - 49	12,8%	15,5%	2,8%
50 - 54	17,3%	19,1%	1,8%
55 - 59	18,9%	24,4%	5,6%
60 - 64	13,7%	18,9%	5,2%

4.2.2. L'évolution selon les secteurs économiques

Le taux de morbidité normalisé est passé de 4,47% en 1999 à 5,15% en 2002, ce qui représente une augmentation de 15,0%. En se référant aux 21 secteurs économiques qui avaient regroupé en 1999 plus de 90% des indemnités pécuniaires, on constate des évolutions très disparates. Les augmentations les plus fortes se sont produites dans les secteurs de la métallurgie (27: 32,3%), des transports aériens (62: 30,5%), de l'édition et de l'imprimerie (22: 28,2%), du travail des métaux (28: 24,6%), des hôtels et restaurants (55: 23,0%). En revanche, ce taux a subi une diminution dans les secteurs de la fabrication d'autres produits minéraux non métalliques (26: - 4,8%) et de l'industrie du caoutchouc (25: - 3,7%).

Tableau 4.5. Evolution des taux de morbidité normalisés par secteur NACE

NACE2	Libellé	Taux de morbidité normalisé				Variation 02/99
		1999	2000	2001	2002	
27	Métallurgie	4,61%	4,82%	4,87%	6,10%	32,26%
62	Transports aériens	4,13%	4,22%	4,62%	5,40%	30,50%
22	Édition, imprimerie, reproduction	3,53%	3,89%	3,94%	4,53%	28,22%
28	Travail des métaux	4,79%	4,87%	5,04%	5,97%	24,57%
55	Hôtels et restaurants	3,80%	4,07%	4,17%	4,68%	23,03%
15	Industries alimentaires	4,58%	4,72%	4,99%	5,45%	18,90%
51	Commerce de gros et intermédiaires du commerce	4,15%	4,26%	4,41%	4,85%	16,89%
45	Construction	4,58%	4,60%	4,85%	5,32%	16,15%
60	Transports terrestres	3,87%	4,11%	4,16%	4,48%	15,96%
29	Fabrication de machines et équipements	4,08%	4,58%	4,49%	4,73%	15,85%
75	Administration publique	4,85%	5,04%	5,17%	5,55%	14,47%
24	Industrie chimique	6,35%	6,10%	6,16%	7,20%	13,31%
73	Recherche-développement	3,50%	3,13%	3,36%	3,90%	11,58%
74	Services fournis principalement aux entreprises	5,70%	5,57%	6,10%	6,31%	10,55%
93	Services personnels	4,25%	4,12%	4,28%	4,69%	10,43%
52	Commerce de détail et réparation d'articles domestiques	4,13%	4,02%	4,39%	4,51%	9,21%
85	Santé et action sociale	4,64%	4,24%	4,70%	5,06%	9,12%
50	Commerce et réparation automobile	4,40%	4,30%	4,64%	4,72%	7,14%
33	Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique et d'horlogerie	7,22%	6,13%	7,38%	7,53%	4,22%
25	Industrie du caoutchouc et des plastiques	5,37%	4,53%	4,94%	5,17%	-3,74%
26	Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques	4,75%	4,37%	4,23%	4,52%	-4,81%
Grand Total		4,47%	4,52%	4,72%	5,15%	15,02%

On a montré que le niveau du taux de morbidité ne dépend guère du secteur économique, puisqu'on a retrouvé dans chaque secteur des entreprises présentant des taux de morbidité faibles et élevés.

Toutefois, il se pose la question si l'augmentation anormale du taux de morbidité entre 1999 et 2002 est liée à l'évolution de la conjoncture

économique des différents secteurs. En effet, il est indéniable que cette augmentation du taux de morbidité s'est produite d'abord en 2001 et ensuite de façon massive en 2002. Or, ce sont précisément ces deux années qui sont marquées par une très faible croissance en volume du PIB. A l'heure actuelle, l'UCM ne dispose pas de données suffisamment détaillées décrivant l'activité économique dans les différents secteurs économiques pour les mettre en relation avec les taux de morbidité. L'analyse de l'existence d'une relation entre conjoncture économique et variation du taux de morbidité reste à être entreprise.

4.2.3. L'évolution selon la taille des entreprises

On avait constaté que le taux de morbidité moyen augmente avec la taille de l'entreprise. On peut se poser la question si l'évolution du taux de morbidité entre 1999 et 2002 dépend également de la taille de l'entreprise. La comparaison du taux de morbidité par taille de l'entreprise entre 1999 et 2002 montre que ce taux a augmenté de manière assez uniforme dans chaque strate en ce qui concerne la taille de l'entreprise (sauf éventuellement pour les quelques entreprises avec plus de 1000 ouvriers).

Tableau 4.6. L'évolution de la morbidité en fonction de la taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise	Taux de morbidité indépendant		Variation relative du taux
	1999	2002	
< 5	3,03%	3,60%	18,7%
5 - 9	3,65%	4,49%	23,1%
10 - 19	4,19%	4,63%	10,5%
20 - 49	4,42%	5,13%	16,0%
50 - 99	4,47%	5,35%	19,7%
100 - 199	4,78%	5,46%	14,2%
200 - 499	5,48%	6,24%	13,9%
500 - 999	5,68%	6,66%	17,3%
1000 - 1999	5,46%	5,45%	-0,2%
> 1999	3,72%	6,15%	65,3%
Total	4,47%	5,24%	17,1%

Il en résulte que le phénomène de l'augmentation du taux de morbidité est un phénomène généralisé qui ne semble pas être cantonné à différents types d'entreprises.

Ainsi, lorsqu'on analyse l'évolution du taux de morbidité dans les entreprises avec moins de 5 ouvriers, où ce taux est le plus faible, on constate le même phénomène d'une augmentation de la proportion des cas de maladie de longue durée dans tous les groupes d'âges et particulièrement dans les âges élevés.

Tableau 4.7. Augmentation de la proportion des cas de forte morbidité par âge (entreprises de moins de 5 ouvriers)

Groupe d'âge	Proportion d'assurés avec *m >10%		Différence absolue en %
	1999	2002	
15 - 19	6,8%	9,1%	2,3%
20 - 24	6,3%	7,7%	1,4%
25 - 29	6,0%	7,5%	1,5%
30 - 34	6,4%	6,9%	0,5%
35 - 39	5,7%	7,3%	1,6%
40 - 44	7,8%	8,0%	0,1%
45 - 49	7,9%	8,4%	0,6%
50 - 54	10,4%	11,8%	1,4%
55 - 59	10,9%	14,1%	3,2%
60 - 64	6,2%	11,2%	5,0%

4.2.4. Le nombre d'ouvriers bénéficiant de prestations au-delà de 52 semaines

Les alinéas 2 et 3 de l'article 14 du CAS ¹⁾ prévoient que le bénéfice de l'indemnité pécuniaire de maladie est limité à 52 semaines, même si une nouvelle maladie survient pendant cette période. Le droit à l'indemnité pécuniaire est rétabli lorsque l'assuré a travaillé de nouveau pendant 52 semaines.

Il résulte de cette disposition qu'en principe, un assuré ne devrait pas bénéficier de plus de 52 semaines (260 jours ouvrables) d'indemnités pécuniaires au cours d'un intervalle de deux années.

1) Art. 14.- L'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale. Les prolongations éventuelles sont à déclarer dans les formes et délais prévus par les statuts.

L'indemnité pécuniaire est accordée pendant cinquante-deux semaines au plus, même si une nouvelle maladie survient pendant cette période. Si l'assuré, qui a recouvré sa capacité de travail, est de nouveau touché d'incapacité de travail par suite d'une autre maladie, il a un nouveau droit à l'indemnité pécuniaire de maladie.

Le droit à l'indemnité pécuniaire pour un même cas de maladie est rétabli, lorsque l'affilié a entre-temps exercé une occupation assujettie pendant cinquante-deux semaines. Les statuts règlent la computation des périodes de travail et d'incapacité de travail discontinues prévue au présent alinéa.

On constate cependant une augmentation rapide des cas ayant bénéficié de plus de 260 jours d'indemnités pécuniaires par période de deux ans. Ainsi ce nombre passe de 208 cas pour la période 1999-2000 à 316 cas pour la période 2001-2002.

Tableau 4.8. Assurés dépassant 260 jours de prestations (par période de 2 ans)

Jours	1999-2000	2000-2001	2001-2002
261 - 270	109	108	146
271 - 280	27	36	64
281 - 290	18	30	34
291 - 300	23	15	18
301 - 310	15	17	19
311 - 320	13	6	7
321 - 330	0	9	8
331 - 340	1	3	4
341 - 350	2	0	4
351 - 360	0	4	1
361 - 370	0	1	4
> 370	0	4	7
Total	208	233	316

Ce dépassement est possible grâce à la possibilité, d'une part, du rétablissement de la capacité de travail pour une courte durée et, d'autre part, de la déclaration d'une incapacité de travail pour une autre maladie.

5. Conclusions

La présente analyse a permis de dégager certains aspects structurels dans l'explication de l'évolution de l'équilibre financier de la gestion des prestations en espèces des ouvriers.

A taux de cotisation constant, la détérioration de l'équilibre financier se laisse illustrer d'une manière synthétique par l'évolution du rapport entre indemnités pécuniaires et assiettes cotisables. Ce rapport dépend directement et exclusivement du taux de morbidité dépendant qui semble donc être la variable explicative essentielle.

L'analyse statique effectuée pour l'exercice 1999 a montré la variabilité de ce taux de morbidité par rapport à différentes caractéristiques des groupes d'assurés en cause.

Ainsi, ce taux de morbidité augmente lentement et régulièrement avec l'âge jusque vers la fin de l'âge de quarante ans, puis il subit une augmentation brusque en raison de l'augmentation de la proportion des cas de maladie de longue durée. Cette augmentation des cas de maladie de longue durée est

certainement en relation avec la propension accrue des assurés de demander une pension d'invalidité à partir de ce seuil d'âge psychologique.

Le taux de morbidité est systématiquement plus élevé pour les travailleurs non résidants que pour les travailleurs résidants. Cette différence est même anormalement forte (aux alentours de 50%) pour les travailleurs féminins entre les âges de 23 et 44 ans, alors qu'elle reste assez faible pour les travailleurs masculins. La question se pose si cette surmorbidité n'est pas liée à des aspects sociaux, notamment en ce qui concerne la garde des enfants malades, pour des personnes qui doivent parcourir de longs trajets pour se rendre au travail.

Le taux de morbidité des assurés féminins est également systématiquement supérieur à celui des assurés masculins pour les âges inférieurs à la cinquantaine et ceci nonobstant le fait que toutes les absences pour cause de grossesse ou de maternité aient été éliminées du concept de morbidité.

Les taux de morbidité ne dépendent guère des secteurs économiques dans lesquels les entreprises sont actives. En effet, pour chaque secteur on constate une grande variabilité des taux de morbidité par entreprise. En revanche, on a constaté que le taux de morbidité moyen des entreprises augmente avec la taille des entreprises. Ces observations posent la question, si le taux de morbidité d'une entreprise ne dépend pas des caractéristiques individuelles de l'entreprise, comme par exemple le climat social.

L'augmentation faramineuse des taux de morbidité entre 1999 et 2002 n'est imputable qu'en faible mesure aux changements structurels induits par la composition par âge, par sexe et par résidence de la population assurée. L'explication principale réside dans l'augmentation de la proportion des cas de maladie de longue durée. Cette augmentation se produit bien évidemment pour les âges élevés, mais également pour toutes les autres catégories d'âge.

Cette augmentation est un phénomène généralisé qui se retrouve dans tous les sous-groupes analysés (groupes par âge, par sexe, par résidence, par taille de l'entreprise). La question de la cause de cette augmentation généralisée des cas de maladie de longue durée n'a pu être identifiée. Les seules conjectures plausibles sont que cette augmentation généralisée soit influencée, d'une part, par le ralentissement de la croissance économique en 2001 et 2002 et, d'autre part, par l'augmentation des refus d'attribution de pensions d'invalidité et la continuation de l'indemnité pécuniaire pour ces assurés.

ANNEXE A

Tableau A1. La gestion des prestations en espèces art. 29, 1c)
(montants en millions d'euros)

Année	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nombre indice moyen	521,18	530,94	535,29	547,56	548,67	554,38	569,41	587,24	599,46
Recettes									
Cotisations	69,91	71,94	72,94	79,59	99,01	88,04	106,49	115,79	122,72
Cotisations forf. Etat	6,97	7,19	7,29	7,96	9,90	8,80	11,83	12,87	13,64
Pensions cédées et rest cotisations	7,41	7,51	8,21	7,13	3,99	4,08	4,12	4,29	4,23
Particip. tiers et autres recettes	2,05	1,55	1,63	1,32	1,91	1,62	1,91	2,59	2,54
Total recettes courantes	86,34	88,19	90,07	96,00	114,82	102,54	124,35	135,53	143,13
Dépenses									
Frais d'administration	3,62	2,88	3,24	3,36	3,82	3,70	4,29	4,63	4,97
Indemnités pécuniaires	71,41	75,24	80,90	80,77	85,88	94,16	103,82	116,80	136,45
Transfert cotisations	8,91	9,39	10,10	10,17	11,18	11,94	13,43	15,12	17,60
Divers	0,74	0,08	0,08	0,13	0,25	0,23	0,32	0,12	0,11
Total des dépenses courants	84,68	87,59	94,33	94,43	101,14	110,04	121,86	136,67	159,14
Solde des opérations courantes	1,66	0,60	-4,25	1,57	13,68	-7,50	2,49	-1,15	-16,01
Découvert(-)/ Excédent (+) de l'exercice	0,11	-0,92	-4,26	1,56	13,46	-8,67	1,94	-2,88	-17,98
Découvert(-)/ Excédent (+) cumulé	-12,28	-13,20	-17,46	-15,89	-2,44	-11,11	-9,18	-12,05	-30,03
Taux d'équilibre	3,99%	4,05%	4,21%	4,12%	4,38%	4,58%	4,62%	4,81%	5,32%
Taux de cotisation	4,00%	4,00%	4,00%	4,20%	5,00%	4,20%	4,70%	4,70%	4,70%

Tableau A2. Le taux de morbidité des assurés de la CMO par secteur NACE en 1999

NACE2	Libellé	Rapport indemnités/ assiette cotisable v(1999)	Taux de morbidité dépendant *m(1999)
00	Non disponible	2,82%	3,28%
01	Agriculture, chasse, services annexes	4,09%	4,24%
02	Sylviculture, exploitation forestière, services annexes	3,61%	3,98%
05	Pêche, aquaculture	0,97%	1,09%
14	Autres industries extractives	3,91%	4,06%
15	Industries alimentaires	4,05%	4,45%
16	Industrie du tabac	5,16%	5,52%
17	Industrie textile	4,36%	4,84%
18	Industrie de l'habillement et des fourrures	1,40%	1,40%
20	Travail du bois et fabrication d'articles en bois	3,92%	4,02%
21	Industrie du papier et du carton	4,02%	4,14%
22	Édition, imprimerie, reproduction	3,43%	3,52%
24	Industrie chimique	5,86%	6,08%
25	Industrie du caoutchouc et des plastiques	5,15%	5,35%
26	Fabrication d'autres produits minéraux non métalliques	4,66%	4,83%
27	Métallurgie	4,27%	4,66%
28	Travail des métaux	4,64%	4,81%
29	Fabrication de machines et équipements	3,87%	4,04%
30	Fabrication de machines de bureau et de matériel informatique	6,37%	6,19%
31	Fabrication de machines et appareils électriques	4,62%	4,83%
32	Fabrication d'équipements de radio, télévision et communication	1,34%	1,32%
33	Fabrication d'instruments médicaux, de précision, d'optique et d'horlogerie	6,58%	6,84%
34	Industrie automobile	4,07%	4,26%
35	Fabrication d'autres matériels de transport	2,28%	2,13%
36	Fabrication de meubles; industries diverses	5,05%	5,52%
37	Récupération	3,52%	3,90%
40	Production et distribution d'électricité, de gaz et de chaleur	3,90%	3,86%
41	Captage, traitement et distribution d'eau	0,50%	0,54%
45	Construction	4,40%	4,55%
50	Commerce et réparation automobile	3,91%	4,18%
51	Commerce de gros et intermédiaires du commerce	3,83%	4,08%
52	Commerce de détail et réparation d'articles domestiques	3,69%	3,96%
55	Hôtels et restaurants	3,41%	3,59%
60	Transports terrestres	4,05%	4,00%
61	Transports par eau	3,37%	3,34%

Tableau A2. Le taux de morbidité des assurés de la CMO par secteur NACE en 1999 (suite)

62	Transports aériens	3,88%	4,01%
63	Services auxiliaires des transports	4,64%	4,88%
64	Postes et télécommunications	4,31%	4,52%
65	Intermédiation financière	4,91%	5,43%
66	Assurance	3,38%	4,07%
67	Auxiliaires financiers et d'assurance	2,34%	2,36%
70	Activités immobilières	3,22%	3,41%
71	Location sans opérateur	3,20%	3,30%
72	Activités informatiques	2,15%	2,07%
73	Recherche-développement	3,62%	3,67%
74	Services fournis principalement aux entreprises	5,34%	5,58%
75	Administration publique	4,88%	5,04%
80	Éducation	4,37%	4,85%
85	Santé et action sociale	4,53%	4,66%
90	Assainissement, voirie et gestion des déchets	4,50%	4,90%
91	Activités associatives	6,29%	7,01%
92	Activités récréatives, culturelles et sportives	2,13%	2,29%
93	Services personnels	3,67%	3,82%
95	Services domestiques	2,59%	2,64%
99	Activités extra-territoriales	2,94%	3,02%
Total		4,25%	4,42%

ANNEXE B

Statistiques sur les prestations en espèces à partir du fichier CS du CASS

Le fichier des salaires du CASS contient les données des salaires payés par les employeurs et les prestations liquidées par les caisses de maladie des ouvriers et des employés privés. Il peut être utilisé pour éditer des statistiques sur les prestations en espèces annuelles en rapport avec les salaires.

Création d'un fichier historique contenant les données annuelles nécessaires. Sur base de ce fichier seront créés les tableaux statistiques.

Fichier statistique de base historique.

01 CSHIS-REC.

05 CSHIS-CLE.

10 CSHIS-ANNEE PIC 9(4).

10 CSHIS-ASSURE PIC 9(11).

10 CSHIS-EMPLOYEUR PIC 9(13).

*1 10 CSHIS-ART PIC 99.

10 CSHIS-EMPL-CONSV.

15 CSHIS-EMPL-REG-OCC PIC XX:

15 CSHIS-EMPL-OPT PIC X.

*3 10 CSHIS-PAYS-RES PIC X(3).

05 CSHIS-INFO:

*2 10 CSHIS-AGE PIC 99.

10 CSHIS-SEXE PIC X.

10 CSHIS-EMP-NACE PIC X(5).

10 CSHIS-EMP-NAT PIC X(4).

10 CSHIS-EMP-TARIF-AAI PIC 99.

10 CSHIS-INFOS.

*4 15 CSHIS-INFO-SALAIRES.

20 CSHIS-SAL-ASSIETTE PIC S9(9)V99.

*5 20 CSHIS-SAL-NB-JRS PIC 9(3)V999.

15 CSHIS-INFO-MALADIE.

20 CSHIS-MAL-ASSIETTE PIC S9(9)V99.

20 CSHIS-MAL-NB-JRS PIC 9(3)V999.

15 CSHIS-INFO-MATERNITE

20 CSHIS-MAT-ASSIETTE PIC S9(9)V99.

20 CSHIS-MAT-NB-JRS PIC 9(3)V999.

15 CSHIS-INFO-ACCIDENT.

	20 CSHIS-ACC-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.
	20 CSHIS-ACC-NB-JRS	PIC 9(3)V999.
15	CSHIS-INFO-CACC.	
	20 CSHIS-CACC-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.
	20 CSHIS-CACC-NB-JRS	PIC 9(3)V999.
15	CSHIS-INFO-DPACCOU.	
	20 CSHIS-DPACCOU-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.
	20 CSHIS-DPACCOU-NB-JRS	PIC 9(3)V999.
15	CSHIS-INFO-CONGFAM.	
	20 CSHIS-CONGFAM-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.
	20 CSHIS-CONGFAM-NB-JRS	PIC 9(3)V999.
10	FIL	REDEFINES CSHIS-INFOS.
15	CSHIS-ELEM	OCCURS 7.
	20 CSHIS-ELEM-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.
	20 CSHIS-ELEM-NB-JRS	PIC 9(3)V999.

Précisions:

- *1 CSHIS-ART 00: pas d'employeur lié à un article 15 ou 16
 15: employeur lié à l'article 15
 16: employeur lié à l'article 16

Art 15	Art 16
1968500001993	1968500001994
1882220001684	1982220001685
1951500003092	1951500003093
1923640003794	1923640003795

pour les employeurs liés à un article 15 ou 16: Ces enregistrements ne sont pas éliminés, mais le dernier employeur, ainsi que toutes les données s'y rapportant sont prises en compte. L'assiette, ainsi que les heures se rapportant à la période mentionnée sont intégralement pris en compte.

Données se rapportant à l'employeur:

CSHIS-EMPLOYEUR.
 CSHIS-EMPL-REG-OCC
 CSHIS-EMPL-OPT
 CSHIS-EMP-NACE
 CSHIS-EMP-NAT.
 CSHIS-TARIF-AAI

- *2 CSHIS-AGE différence du millésime prise en compte
 année statistiques - année naissance

- *3 CSHIS-PAYS-RES: 1999 et 2000 : pays de résidence signalétique
 le fichier de gestion du pays de résidence du PEN2 (Wilmes Daniel) est pris en compte pour les périodes (aaaamm de la date de l'exécution - 2 ans)

- :*4 CSHIS-ELEM-ASSIETTE
 Pour les **salaires**:
 si CCSSAL-HRSCHOM not = zeroes
 SAL-ASS-MAL-ESP - CSSAL-CHOM-INT= CSHIS-ELEM-ASSIETTE
 pour toutes les autres assiettes : (maladie, accident, maternité, congé d'accueil, dispense pré-post congé de maternité, congé familial): CCSSAL-ASS-MAL-ESP est pris en compte.

- *5 CSHIS-ELEM-NB-JRS: CSSAL-HRSOUV / 8

Algorithme de création

Seront pris les enregistrements remplissant les conditions suivantes:

1)	CCSSAL-REG-OCC	01,02,03,04	CMO,CMOA,CMEP,CMEA
2)	CCSSAL-EMPL-OPT	A, B	A: pas de conservation légale de la rémunération B: Conservation légale de la rémunération pour le mois en cours et les 3 mois subséquents
2)	CCSSAL-CMAJ	1	Salaires déclarés
3)	CCSSAL-PERIODEAAAAMM	Pour AAAA: 1999,2000,200 pour MM: 01-12 (13,14,15 à ne pas prendre en compte)	
4)	CCSSAL-ASS-MAL-ESP	> 0 doit être positive	Si CCSSAL-ASS-MAL-ESP < 0 listing

Seront éliminés les enregistrement suivants:

CSSAL-MALEMP =

1)	0000500095599
2)	0000500095593
3)	0000500095588
4)	0000500095592
5)	0000500095594
6)	0000500095586
7)	1978290002499
8)	1978290002498
9)	0000500105699
10)	0000500128596
11)	0000500128594
12)	0000500128593
13)	0000500128599
14)	0000500202899

Informations: préfixe:: CSSAL- fichier des salaires
 EMP-: fichier des employeurs
 ID-: fichier signalétique
 CSHIS-: fichier historique nouvellement créé

02 CSHIS-REC		
05 CSHIS-CLE.		
10 CSHIS-ANNEE	PIC 9(4).	CSSAL-PERIODE
10 CSHIS-ASSURE	PIC 9(11) .	CSSAL-MAT
10 CSHIS-EMPLOYEUR	PIC 9(13).	CSSAL-MATEMP
*1 10 CSHIS-ART	PIC 99	00,15,16
10 CSHIS-EMPL-CONSV.		
15 CSHIS-EMPL-REG-OCC	PIC XX.	CSSAL-REG-OCC
15 CSHIS-EMPL-OPT.	PIC X. .	EMP-T-OUV ou EMP-T-EMPL(fich.empl)
*3 10 CSHIS-PAYS-RES	PIC X(3).	Pour 1999 et 2000: ID-PAYS-RES (signal.)
05 CSHIS-INFO.		
*2 10 CSHIS-AGE	PIC 99.	
10 CSHIS-SEXE	PIC X.	
10 CSHIS-EMP-NACE	PIC X(5).	EMP-NACE (fich empl)
10 CSHIS-EMP-NAT	PIC X(4).	EMP-NAT-ENT
10 CSHIS-EMP-TARIF-AAI	PIC X(2).	EMP-TARIF
*4 15 CSHIS-INFO-SALAIRES.		
20 CSHIS-SAL-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
*5 20 CSHIS-SAL-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-MALADIE.		
20 CSHIS-MAL-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-MAL-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-MATERNITE.		
20 CSHIS-MAT-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-MAT-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-ACCIDENT.		
20 CSHIS-ACC-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-ACC-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-CACC.		
20 CSHIS-CACC-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-CACC-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-DPACCOU.		
20 CSHIS-DPACCOU-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-DPACCOU-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
15 CSHIS-INFO-CONGFAM.		
20 CSHIS-CONGFAM-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	CSSAL-ASS-MAL-ESP
20 CSHIS-CONGFAM-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	CSSAL-HRSOUV / 8
10 FIL	REDEFINES CSHIS-INFOS.	
15 CSHIS-ELEM	OCCURS 7.	
20 CSHIS-ELEM-ASSIETTE	PIC S9(9)V99.	
20 CSHIS-ELEM-NB-JRS	PIC 9(3)V999.	

ANNEXE C

1. Définition des taux de morbidité dépendants et indépendants

Pour définir un taux de morbidité à partir des journées de bénéfice d'une indemnité pécuniaire de maladie, il faut remarquer que la maladie constitue une des causes d'absence du travail parmi d'autres causes possibles (accident du travail, maternité, dispense de travail pour grossesse, congé pour raisons familiales, etc.).

Désignons par

JT : le nombre total de journées soumises à cotisation,

JS : le nombre de journées avec paiement d'un salaire (y compris les journées de congé indemnisées),

JA : le nombre de journées d'absence du travail pour toutes les causes d'absence,

JM : le nombre de journées d'absence pour cause de maladie,

JN : le nombre de jours d'absence pour les autres motifs.

$$JT = JS + JA$$

$$JA = JM + JN$$

Soit $a = JA / JT$ le taux global d'absence. On peut décomposer a de la façon suivante :

$$a = (JM + JN) / JT = JM / JT + JN / JT$$

En désignant par $*m = JM / JT$ le taux dépendant de morbidité et par $*n = JN / JT$ le taux dépendant d'absence pour autre motif, on obtient

$$a = *m + *n$$

L'expression "dépendant" se rapporte au fait que les valeurs de $*m$ et $*n$ ne sont pas indépendantes, mais s'influencent réciproquement. Ainsi, si le nombre de journées JN augmente (en cas de maternité, par exemple) le nombre de journées de maladie JM tend à diminuer puisque la durée d'exposition au risque de maladie est réduite. L'augmentation de $*n$ implique alors mécaniquement une diminution de $*m$.

Afin d'obtenir un taux de morbidité qui soit indépendant des autres motifs d'absence, on peut poser les définitions suivantes :

$$m = JM / (JS + JM)$$

$$n = JN / (JS + JN)$$

Les relations entre taux dépendants et taux indépendants se présentent comme suit :

$$m = JM / (JS + JM) = (JM / JT) * (JT / (JS + JM)) = (JM / JT) * (JT / (JT - JN))$$

$$m = *m / (1 - *n)$$

$$n = *n / (1 - *m)$$

En résolvant ces deux équations par rapport à *m et *n on obtient :

$$m = *m / (1 - n(1 - *m))$$

$$*m = m(1 - n)/(1 - mn)$$

$$*n = n(1 - m)/(1 - mn)$$

On vérifie que cette définition vérifie la relation

$$1 - a = (1 - m)(1 - n)/(1 - mn)$$

Si mn est faible (c.-à-d. si $mn \ll 1$), on obtient de façon approchée

$$1 - a \sim (1 - m)(1 - n)$$

Donc le taux de présence (égal au complément par rapport à 1 du taux d'absence) s'obtient par le produit des compléments à 1 des taux indépendants de morbidité et d'absence pour autre motif.

2. Analyse de la morbidité d'un groupe de personnes au cours d'un exercice t

Pour une personne ou pour un groupe de personnes d'âge x on peut donc définir le taux (indépendant) de morbidité au cours de l'année t et pour l'âge x par la définition suivante :

$$m(x,t) = JM(x,t) / (JS(x,t) + JM(x,t))$$

Ce taux de morbidité augmente avec l'âge et peut être différent pour les hommes et pour les femmes. Pour un âge déterminé, une comparaison des taux de morbidité est possible sans autre problème.

Pour une population totale, le taux de morbidité est calculé de la façon suivante :

$$m(t) = JM(t) / (JS(t) + JM(t))$$

Ce taux peut être désigné comme le taux de morbidité (indépendant) brut et il est évidemment influencé par la structure par âge et par sexe de la population sous-jacente. Ce taux de morbidité brut se laisse difficilement utiliser pour comparer la morbidité de deux populations distinctes. En effet, une différence dans le taux de morbidité brut peut être imputable à la seule différence dans la structure par âge et par sexe des deux populations, de sorte qu'une différence dans les taux bruts n'est pas nécessairement significative.

La comparaison de taux de morbidité pour des populations différentes doit donc s'effectuer à structure d'âge et de sexe identique.

Pour rendre une telle comparaison possible dans toutes les variantes imaginables de la composition des populations à comparer, il y a lieu d'établir en premier lieu les taux de morbidité par âge et par sexe de la population totale (0) sous observation $\{m_0(x, t)\}$ et le taux brut de morbidité de cette population totale

$$\begin{aligned} m_0(t) &= \sum_x JM_0(x, t) / \sum_x (JS_0(x, t) + JM_0(x, t)) \\ &= \sum_x p_0(x, t) m_0(x, t) \end{aligned}$$

avec

$$p_0(x, t) = (JS_0(x, t) + JM_0(x, t)) / \sum_x (JS_0(x, t) + JM_0(x, t)) \text{ et } \sum_x p_0(x, t) = 1$$

Pour une sous-population quelconque (1), on établit de même les taux de morbidité par âge et par sexe $\{m_1(x, t)\}$ ainsi que le taux brut de morbidité de cette sous-population

$$\begin{aligned} m_1(t) &= \sum_x JM_1(x, t) / \sum_x (JS_1(x, t) + JM_1(x, t)) \\ &= \sum_x p_1(x, t) m_1(x, t) \end{aligned}$$

Pour mesurer l'écart du taux de morbidité entre la sous-population (1) et la population totale (0), on calcule un taux brut de morbidité standard $m_{1s}(t)$ avec les taux de morbidité de la population totale affectés de la pondération de la sous-population (1)

$$m_{1s}(t) = \sum_x p_1(x, t) m_0(x, t)$$

On peut définir l'écart absolu $\Delta_1(t)$ de morbidité de la sous-population (1) par rapport à la population totale par

$$\Delta_1(t) = m_1(t) - m_{1s}(t) = \sum_x p_1(x, t) \cdot (m_1(x, t) - m_0(x, t))$$

et l'écart relatif $e_1(t)$ de morbidité par

$$e_1(t) = m_1(t) / m_{1s}(t) - 1$$

A remarquer que l'écart absolu $\Delta_1(t)$ n'a de signification que par rapport à $m_1(t)$ et ne doit pas être mis en relation avec $m_0(t)$. En revanche, l'écart relatif $e_1(t)$ peut être appliqué au taux de morbidité $m_0(t)$.

Pour effectuer une comparaison des taux de morbidité entre deux sous-population (1) et (2), il est indispensable de calculer les écarts relatifs $e_1(t)$ et $e_2(t)$ et d'appliquer alors ces écarts au taux de morbidité brut de la population totale $m_0(t)$. On obtient ainsi les taux de morbidité (indépendants) normalisés qui peuvent être comparés entre eux :

$$m_{1n}(t) = (1 + e_1(t)) * m_0(t)$$

$$m_{2n}(t) = (1 + e_2(t)) * m_0(t)$$

3. Analyse de l'évolution des taux de morbidité dans le temps

Pour suivre l'évolution du taux de morbidité dans le temps, il faut définir les taux de morbidité normalisés par rapport à une année de base T. Soit m_{0T} le taux de morbidité de la population totale au cours de l'année de base T.

$$m_{0T} = \sum_x JM_0(x, T) / \sum_x (JS_0(x, T) + JM_0(x, T))$$

Pour une sous-population (1), on définit alors de manière analogue les taux de morbidité standard $m_{1sT}(t)$ par

$$m_{1sT}(t) = \sum_x p_1(x, t) m_0(x, T)$$

et l'écart relatif par

$$e_{1T}(t) = m_1(t) / m_{1sT}(t) - 1$$

Les taux de morbidité normalisés permettant de comparer la morbidité d'une sous-population aux instants t_1 et t_2 seront dès lors

$$m_{1nT}(t_1) = (1 + e_{1T}(t_1)) * m_{0T}$$

$$m_{1nT}(t_2) = (1 + e_{1T}(t_2)) * m_{0T}$$

PRESTATIONS EN ESPECES: TABLE DE MORBIDITE CMO

Année de base:	1999
Régime/Opt:	01/A
Pays de résidence:	
NACE2:	
NACE:	
NAT2:	
NAT:	
ENTREPRISE:	

Année:	1999	2000	2001	2002
Nombre cardinal salariés:	123.763	129.307	134.624	137.494
Taux brut [m ₀ (T)]:	0,04474			
Taux brut [m ₁ (t)]:	0,04474	0,04546	0,04767	0,05238
Taux normalisé [m _{1int} (t)]:	0,04474	0,04522	0,04715	0,05146

Âge des assurés	Taux de morbidité									
	m ₀ (x,T)	m ₁ (x,1999)	m ₁ (x,2000)	m ₁ (x,2001)	m ₁ (x,2002)	m ₀ (x,T)	m ₁ (x,1999)	m ₁ (x,2000)	m ₁ (x,2001)	m ₁ (x,2002)
	Hommes					Femmes				
	1999	2000	2001	2002		1999	2000	2001	2002	
15	0,02844	0,02844	0,01861	0,01484	0,02112	0,02639	0,02639	0,04813	0,03573	0,00969
16	0,02359	0,02359	0,03068	0,03704	0,02914	0,02508	0,02508	0,01871	0,03095	0,02090
17	0,03528	0,03528	0,03062	0,04087	0,04129	0,03090	0,03090	0,03624	0,03166	0,03570
18	0,03605	0,03605	0,03576	0,03794	0,03679	0,02942	0,02942	0,04386	0,03258	0,03710
19	0,04136	0,04136	0,03936	0,03672	0,04227	0,03796	0,03796	0,03883	0,04412	0,04536
20	0,03597	0,03597	0,04007	0,03802	0,04139	0,03943	0,03943	0,04270	0,04809	0,04670
21	0,03657	0,03657	0,03529	0,04237	0,04143	0,04119	0,04119	0,04694	0,05234	0,05128
22	0,04106	0,04106	0,03648	0,03778	0,04208	0,04312	0,04312	0,05003	0,04861	0,05250
23	0,03688	0,03688	0,04011	0,04083	0,04158	0,05044	0,05044	0,05081	0,05364	0,05934
24	0,03590	0,03590	0,03641	0,04358	0,04367	0,05019	0,05019	0,04918	0,05301	0,05892
25	0,03750	0,03750	0,03635	0,03730	0,04405	0,05473	0,05473	0,05254	0,06200	0,05930
26	0,03621	0,03621	0,03543	0,03890	0,04502	0,05094	0,05094	0,05549	0,05227	0,06329
27	0,03795	0,03795	0,03478	0,03871	0,04189	0,05036	0,05036	0,05737	0,05926	0,05778
28	0,03858	0,03858	0,03872	0,03688	0,04181	0,05470	0,05470	0,05863	0,05912	0,05895
29	0,03643	0,03643	0,03804	0,03956	0,04346	0,05892	0,05892	0,05329	0,06479	0,06402
30	0,03822	0,03822	0,03859	0,04021	0,04122	0,05024	0,05024	0,05734	0,06059	0,05730
31	0,03745	0,03745	0,03907	0,03863	0,04328	0,05329	0,05329	0,04754	0,05147	0,06480
32	0,03767	0,03767	0,03847	0,04114	0,04073	0,05278	0,05278	0,05835	0,05233	0,05651
33	0,03899	0,03899	0,03953	0,04079	0,04408	0,04879	0,04879	0,05205	0,05768	0,05473
34	0,03657	0,03657	0,04072	0,04082	0,04510	0,04563	0,04563	0,04818	0,04786	0,05347
35	0,03906	0,03906	0,03719	0,04196	0,04586	0,05139	0,05139	0,04746	0,05082	0,04994
36	0,03882	0,03882	0,04056	0,04198	0,04606	0,05020	0,05020	0,04737	0,05027	0,05452
37	0,04233	0,04233	0,03821	0,04157	0,04449	0,04233	0,04233	0,04848	0,05099	0,05368
38	0,03790	0,03790	0,04209	0,04299	0,04533	0,04561	0,04561	0,03990	0,05431	0,06078
39	0,04168	0,04168	0,04026	0,04085	0,04706	0,05173	0,05173	0,05208	0,05286	0,05129
40	0,04219	0,04219	0,04100	0,04535	0,04854	0,05436	0,05436	0,05322	0,05445	0,05604
41	0,04318	0,04318	0,04088	0,04359	0,04942	0,05642	0,05642	0,05511	0,05346	0,05980
42	0,04326	0,04326	0,04373	0,04709	0,04838	0,04347	0,04347	0,04432	0,05947	0,06209
43	0,04681	0,04681	0,04506	0,04128	0,04754	0,05707	0,05707	0,05326	0,05465	0,06487
44	0,04421	0,04421	0,04765	0,04807	0,04834	0,06228	0,06228	0,05774	0,05054	0,05874
45	0,04398	0,04398	0,04510	0,04789	0,05710	0,04299	0,04299	0,06593	0,05523	0,06132
46	0,04644	0,04644	0,04714	0,05017	0,05277	0,05662	0,05662	0,05405	0,05604	0,06574
47	0,04220	0,04220	0,04700	0,04572	0,05804	0,05559	0,05559	0,05909	0,06394	0,06739
48	0,04741	0,04741	0,05026	0,04886	0,05285	0,05266	0,05266	0,05439	0,06625	0,06342
49	0,05624	0,05624	0,04589	0,05200	0,05872	0,06505	0,06505	0,06194	0,05616	0,06265
50	0,05610	0,05610	0,05003	0,04852	0,06517	0,06802	0,06802	0,06383	0,07121	0,06289
51	0,06196	0,06196	0,06458	0,06011	0,06042	0,07157	0,07157	0,06788	0,07861	0,08546
52	0,06025	0,06025	0,06356	0,06316	0,06209	0,07109	0,07109	0,06989	0,07471	0,08074
53	0,06948	0,06948	0,06583	0,06991	0,07076	0,07375	0,07375	0,06910	0,06944	0,08810
54	0,06704	0,06704	0,06299	0,06726	0,08526	0,05615	0,05615	0,07973	0,07390	0,09767
55	0,06545	0,06545	0,08340	0,07039	0,08361	0,08180	0,08180	0,09007	0,06755	0,08687
56	0,07678	0,07678	0,07525	0,09055	0,09679	0,07641	0,07641	0,07260	0,09194	0,09890
57	0,06756	0,06756	0,07462	0,08266	0,12133	0,06572	0,06572	0,07817	0,05205	0,08362
58	0,06779	0,06779	0,07563	0,08964	0,08179	0,05255	0,05255	0,05570	0,06182	0,07904
59	0,07730	0,07730	0,07353	0,09046	0,07455	0,06924	0,06924	0,06038	0,06136	0,10630
60	0,07198	0,07198	0,08060	0,07354	0,10574	0,04587	0,04587	0,07388	0,09073	0,07074
61	0,05965	0,05965	0,04645	0,05605	0,11593	0,04431	0,04431	0,04798	0,04275	0,07037
62	0,09870	0,09870	0,07826	0,10239	0,08508	0,04801	0,04801	0,05829	0,04184	0,05900
63	0,05511	0,05511	0,02881	0,07940	0,12743	0,02285	0,02285	0,03521	0,05285	0,03842
64	0,02621	0,02621	0,05377	0,05498	0,09813	0,06792	0,06792	0,05541	0,05625	0,07294
65	0,11947	0,11947	0,02317	0,11829	0,06549	0,02269	0,02269	0,14863	0,03742	0,10503

PRESTATIONS EN ESPECES: TABLE DE MORBIDITE CMOA

Année de base:	1999
Régime/Opt:	01/A
Pays de résidence:	
NACE2:	
NACE:	
NAT2:	
NAT:	
ENTREPRISE:	

Année:	1999	2000	2001	2002
Nombre cardinal salariés:	3.695	3.562	3.440	3.381
Taux brut [m ₀ (T)]:	0,04474			
Taux brut [m ₁ (t)]:	0,04696	0,04861	0,05303	0,06112
Taux normalisé [m _{1nT} (t)]:	0,03961	0,04036	0,04366	0,04953

Taux de morbidité										
Âge des assurés	Taux de morbidité									
	m ₀ (x,T)	m ₁ (x,1999)	m ₁ (x,2000)	m ₁ (x,2001)	m ₁ (x,2002)	m ₀ (x,T)	m ₁ (x,1999)	m ₁ (x,2000)	m ₁ (x,2001)	m ₁ (x,2002)
	Hommes					Femmes				
POP01A	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002		
15	0,02844		0,00676			0,02639				
16	0,02359	0,02802		0,01561	0,01020	0,02508				
17	0,03528	0,03785	0,02548	0,03734	0,01615	0,03090				
18	0,03605	0,03152	0,03010	0,02442	0,02642	0,02942				
19	0,04136	0,03827	0,04042	0,02708	0,02244	0,03796				
20	0,03597	0,03733	0,04584	0,03484	0,02586	0,03943				
21	0,03657	0,02198	0,03580	0,04833	0,02463	0,04119				
22	0,04106	0,02113	0,02847	0,02458	0,05933	0,04312				
23	0,03688	0,08566	0,01110	0,02901	0,03844	0,05044				
24	0,03590	0,00620	0,03882	0,03245	0,04305	0,05019				
25	0,03750	0,01555	0,00730	0,03336	0,02581	0,05473				
26	0,03621	0,02495	0,02240	0,01309	0,03388	0,05094				
27	0,03795	0,02415	0,03195	0,01207	0,02356	0,05036				
28	0,03858	0,04783	0,03575	0,03522	0,03036	0,05470				
29	0,03643	0,02731	0,04266	0,05595	0,05626	0,05892				
30	0,03822	0,02351	0,03978	0,03794	0,03129	0,05024	0,03763			
31	0,03745	0,03765	0,02813	0,01872	0,02580	0,05329			0,03443	
32	0,03767	0,03138	0,04059	0,05553	0,02586	0,05278	0,00383			0,06473
33	0,03899	0,05100	0,03389	0,03434	0,02983	0,04879	0,12568			
34	0,03657	0,03068	0,03916	0,06170	0,04565	0,04563				
35	0,03906	0,03910	0,04509	0,05275	0,09220	0,05139				0,00383
36	0,03882	0,04648	0,03305	0,03712	0,05272	0,05020	0,01780		0,02682	
37	0,04233	0,03466	0,04171	0,03206	0,04752	0,04233	0,01416	0,00720		0,07273
38	0,03790	0,05585	0,04229	0,04605	0,03167	0,04561			0,02557	
39	0,04168	0,04229	0,04589	0,05111	0,07532	0,05173			0,02562	
40	0,04219	0,04128	0,05075	0,06000	0,06356	0,05436				0,01063
41	0,04318	0,03373	0,04305	0,05487	0,08121	0,05642				
42	0,04326	0,01940	0,03487	0,02961	0,06132	0,04347	0,13410			
43	0,04681	0,05266	0,02646	0,04685	0,03155	0,05707		0,00768		
44	0,04421	0,04133	0,04638	0,04882	0,02372	0,06228	0,00920		0,00766	
45	0,04398	0,04330	0,03373	0,03953	0,03702	0,04299		0,09231		0,03758
46	0,04644	0,04773	0,04180	0,04015	0,05062	0,05662	0,02933			
47	0,04220	0,04596	0,03942	0,05273	0,04268	0,05559		0,05779		0,09195
48	0,04741	0,05292	0,05171	0,04352	0,04927	0,05266			0,01468	
49	0,05624	0,04061	0,04987	0,06019	0,06528	0,06505				0,02523
50	0,05610	0,06369	0,06797	0,06085	0,08680	0,06802				
51	0,06196	0,05219	0,06603	0,05826	0,07220	0,07157	0,00712			
52	0,06025	0,05336	0,05408	0,08027	0,07842	0,07109				
53	0,06948	0,04399	0,05519	0,06000	0,06495	0,07375			0,02536	
54	0,06704	0,04543	0,04782	0,05007	0,06534	0,05615				0,01802
55	0,06545	0,05825	0,04624	0,06742	0,07219	0,08180				
56	0,07678	0,06955	0,08402	0,07538	0,08446	0,07641				
57	0,06756			0,05736	0,06947	0,06572				
58	0,06779					0,05255				
59	0,07730					0,06924				
60	0,07198			1,00000		0,04587				
61	0,05965					0,04431				
62	0,09870					0,04801				
63	0,05511					0,02285				
64	0,02621					0,06792				
65	0,11947					0,02269				

LA PROCÉDURE NON CONTENTIEUSE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Toinie WOLTER

Attachée de la sécurité sociale

INTRODUCTION

La procédure se retrouve dans tous les domaines du droit. Où qu'il y ait du droit, des compétences, des pouvoirs, il y a des procédures. Certaines formes de procédure sont déterminées en détail par la loi et d'autres résultent de simples usages, d'où le nom de procédures " usuelles ". D'ailleurs les procédures formalistes prescrites par la loi sont régulièrement complétées, dans l'application pratique, par des procédures usuelles fixant le détail.

Multiforme et omniprésente, la procédure n'a toujours qu'un caractère auxiliaire et accessoire par rapport à ce qu'on appelle le " fond " du droit ou le " droit matériel ". La procédure est un ensemble de voies et de moyens prêtés au fond du droit et permettant au droit et aux compétences de se réaliser.

Le droit de la sécurité sociale est l'ensemble des normes juridiques visant à protéger toute ou partie de la population contre les conséquences de certains événements qualifiés de " risques sociaux " qui sont la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès, l'accident du travail et la maladie professionnelle, le chômage et les charges familiales.

Pour répondre à cet objectif, la sécurité sociale recourt à tout un ensemble de mécanismes, techniques et procédures impliquant l'intervention de plusieurs parties.

Le système de sécurité sociale se caractérise donc à la fois par les fins qu'il poursuit et par les techniques qu'il met en œuvre.

Les institutions de sécurité sociale ont le caractère d'établissements publics, dotés de la personnalité civile.

Les établissements publics sont " *des personnes morales de droit public, chargées par une disposition législative de gérer des services publics déterminés, en vue de satisfaire à des besoins spéciaux de la population, sous*

le contrôle tutélaire de l'Etat¹⁾ ou des communes dont elles sont détachées par application du principe de la décentralisation des services ".²⁾

En matière de sécurité sociale, il s'agit d'une décentralisation administrative. Les organismes de sécurité sociale sont des établissements publics auxquels le législateur a confié une mission de protection sociale et dont le fonctionnement est soumis au principe de la spécialité, c'est-à-dire les compétences des organes sont limitativement énumérées.³⁾

Mais tout en devant rester dans le cadre de leur mission légale, les différents organismes de sécurité sociale jouissent d'une grande autonomie de décision. Leurs fonctions sont multiples : l'affiliation, le calcul et les recouvrements des cotisations, le contrôle, le calcul des prestations dans les différentes branches des risques sociaux, le paiement de celles-ci en respectant les procédures d'attribution et de refus, la gestion courante, la comptabilité. Cette énumération sommaire montre la complexité de l'administration de la sécurité sociale.

C'est dans ce contexte global qu'il faut placer et essayer de comprendre les règles et principes de procédure mis en œuvre en matière de sécurité sociale pour réduire les possibilités d'arbitraire, sans limiter la nécessaire marge d'appréciation des autorités compétentes pour leur permettre d'assurer une gestion efficace.

Il convient de distinguer entre la procédure non contentieuse et la procédure contentieuse.

La procédure non contentieuse qui fait l'objet du présent mémoire, vise l'ensemble de la procédure d'élaboration d'une décision administrative individuelle des organismes de sécurité sociale et en parlant de procédure d'élaboration, il ne faut pas uniquement considérer le processus préparatoire de l'acte administratif, mais aussi la prise de la décision par l'autorité administrative et sa communication au destinataire, voire plus largement l'entrée en vigueur, le retrait ou la révocation des décisions et l'exercice des voies de recours internes.

Par recours interne, il faut entendre une requête destinée à obtenir de l'organisme qu'il modifie la position qu'il avait d'abord adoptée à l'égard du requérant. Le recours interne suppose que dans un premier temps l'organisme ait agi (ou refusé d'agir) d'une manière qui ne satisfait pas (ou ne satisfait pas entièrement) une personne. Ainsi l'idée de litige au moins

1) Pour approfondir le sujet du contrôle tutélaire, il convient de se reporter au mémoire de Madame Catherine Thomé, " Le contrôle tutélaire de l'Etat sur les organismes de sécurité sociale ".

2) Pierre Majerus, " L'Etat luxembourgeois ", édition 1990, p.343.

3) Des compétences d'attribution.

potentiel, de différend, est toujours présente : la procédure non contentieuse est dès lors à comprendre dans le sens de " procédure précontentieuse ".

Le recours interne est adressé à un organisme de sécurité social. A ce titre, il s'oppose au recours contentieux, qui est adressé à une juridiction : cette opposition fournit, en cas d'hésitation, le meilleur critère de distinction entre les deux types de recours. La procédure contentieuse peut être définie comme l'ensemble des règles de procédure applicables devant les juridictions sociales.

Le terme de procédure non contentieuse a été repris du droit administratif, où il existe une procédure administrative non contentieuse. Avec le développement des domaines dans lesquels l'Etat et les autorités publiques sont appelés à intervenir et l'importance des intérêts particuliers en cause, le législateur a jugé nécessaire d'intervenir. Par la loi du 1er décembre 1978 réglant la procédure administrative non contentieuse¹⁾, il a jeté les bases d'une codification générale des règles destinées à régir le processus d'élaboration d'une décision depuis la saisine de l'administration jusqu'à la communication de sa décision finale aux parties concernées. Arrêtant les principes dont la réglementation devait s'inspirer, cette loi a laissé le soin de formuler les règles de détail à un règlement grand-ducal. En application de cette loi, le règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes²⁾, a édicté un corps de règles générales à observer par toutes les autorités administratives du pays.

Au cours des six premières années où les nouvelles juridictions administratives, le Tribunal administratif et la Cour administrative, ont pris le relais du Comité du contentieux du Conseil d'Etat, les affaires mettant en jeu la procédure administrative non contentieuse ont connu un essor remarquable. D'une part, les moyens fondés sur la violation de ladite réglementation sont invoqués de plus en plus fréquemment par les plaideurs et, d'autre part, on peut constater que la tendance, qui s'était déjà amorcée antérieurement, allant vers un renforcement continu du contrôle de la légalité au cours de la phase d'élaboration des décisions administratives, a tendance à s'affermir.

En matière de sécurité sociale, la procédure non contentieuse est un préalable nécessaire à la procédure contentieuse. Pour faire soumettre sa prétention à un juge, il faut parcourir toute la procédure administrative interne. Mais une décision peut déjà devenir définitive au stade de la procédure interne.

1) Mémorial A, 1978, p.2486.

2) Mémorial A, 1979, p.1096.

La protection de l'assuré étant au centre de la présente étude, l'analyse de la procédure non contentieuse en matière de sécurité sociale doit être divisée en deux parties : une première partie relative aux principes fondamentaux garantissant le respect des droits de la défense de l'assuré et aménageant ainsi sa participation à la prise de la décision administrative individuelle et une deuxième partie relative à l'ensemble des règles organisant les voies de recours administratifs.

1. La procédure non contentieuse: une garantie de valeurs hautement importantes

Le terme " non contentieuse " est à comprendre dans le sens de phase administrative préalable à la saisine du juge. La procédure non contentieuse est la procédure interne à l'organisme de sécurité sociale respectif, regroupant l'ensemble des règles procédurales organisant, à partir de l'établissement du dossier administratif jusqu'à la notification, l'élaboration d'une décision administrative individuelle.

L'un des traits caractéristiques du développement de l'Etat moderne est l'importance toujours croissante des activités de l'administration publique. Depuis le début du 20e siècle, outre sa mission traditionnelle d'assurer le respect de la loi et de l'ordre public, la puissance publique s'est de plus en plus engagée dans une multitude d'actions tendant à assurer le bien-être des citoyens et à améliorer les conditions sociales et matérielles de la société.

Cette évolution a eu pour conséquence que l'individu est de plus en plus fréquemment impliqué dans des procédures administratives.

L'existence de recours juridictionnels ne suffit pas pour assurer à la personne la jouissance effective de ses droits et ceci d'autant plus que le contrôle juridictionnel n'intervient qu'ex post.

L'objet de la procédure non contentieuse consiste à régler les modalités selon lesquelles les particuliers peuvent participer à la préparation d'une décision administrative individuelle, et à faciliter les recours que les particuliers peuvent tenter à l'encontre de ces décisions.

L'assuré doit pouvoir présenter ses observations aussi bien au stade de la phase antérieure à l'intervention d'une décision administrative individuelle, qu'au stade de la phase postérieure à la prise de décision.

Dans le cadre de cette première partie, il convient de s'interroger sur l'existence, en matière de sécurité sociale, de règles spéciales assurant une protection suffisante de l'assuré au moment de l'élaboration de la décision et d'analyser la possibilité de recourir, si nécessaire, à titre supplétif, aux dispositions générales de la procédure administrative non contentieuse.

1.1. L'applicabilité de la procédure administrative non contentieuse

Le formalisme procédural est souvent compris avec une nuance péjorative, comme étant une source de complexité artificielle. Cependant, le respect de formes et de délais est une garantie de valeurs hautement importantes : garantie de la démocratie, garantie du bon ordre au sein des institutions publiques, garantie des libertés, des droits et intérêts individuels. La procédure constitue dès lors une protection contre toutes vellétés d'arbitraire de la part des autorités publiques.

En matière de sécurité sociale, il existe des règles de procédure spéciales, assurant le respect des garanties énoncées ci-dessus.

L'existence d'une procédure spéciale soulève la question de l'applicabilité de la procédure administrative non contentieuse, réglementée par la loi du 1er décembre 1978 et par le règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes.

L'article 1er de la loi du 1er décembre 1978 dispose que :

" Le Grand-Duc est habilité à édicter un corps de règles générales destinées à réglementer la procédure administrative non contentieuse.

Ces règles doivent notamment assurer le respect des droits de la défense de l'administré en aménageant dans la mesure la plus large possible la participation de l'administré à la prise de la décision administrative.

Dans ce cadre, elles assurent la collaboration procédurale de l'administration, consacrent le droit de l'administré d'être entendu et d'obtenir communication du dossier administratif, imposent la motivation des actes administratifs et indiquent le mode de procéder des organismes consultatifs. "

L'article 4 de la loi du 1er décembre 1978 précise que :

" Les règles établies par le règlement grand-ducal visé à l'article premier s'appliquent à toutes les décisions administratives individuelles pour lesquelles un texte particulier n'organise pas une procédure spéciale présentant au moins des garanties équivalentes pour l'administré. "

Il s'ensuit que la procédure administrative non contentieuse est une codification générale n'ayant qu'un caractère subsidiaire. Etablissant des règles minimales pour la garantie des droits des administrés, elle ne doit toutefois céder que devant des règles particulières imposant à l'administration des formalités et obligations au moins équivalentes à celles qu'elle prévoit.

A titre préliminaire, il convient de s'interroger sur l'applicabilité de la procédure administrative non contentieuse en matière de sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale en tant qu'établissements publics dotés de la personnalité juridique¹⁾, sont chargés de la gestion d'une activité de service public dans le cadre limité de leur spécialité. Tout en ayant une forme juridique particulière, les organismes de sécurité sociale participent, comme les administrations gouvernementales, à la puissance publique.

Dans l'exercice de leurs fonctions, les organismes de sécurité sociale sont amenés à prendre des décisions administratives. Afin qu'on se trouve en présence d'une décision administrative, il doit s'agir d'une décision d'une autorité administrative légalement habilitée à prendre des décisions unilatérales obligatoires pour les administrés.

L'acte doit donc émaner d'une autorité participant à un titre quelconque à l'exercice de la puissance publique, c'est-à-dire exerçant des prérogatives de droit public, investie pour l'acte considéré de pouvoirs exorbitants du droit commun applicable entre particuliers, en d'autres termes, du droit de prendre des décisions unilatérales opposables aux destinataires et exécutoires, au besoin, par voie de contrainte.²⁾

Les décisions des organismes de sécurité sociale constituent de véritables décisions affectant les droits et intérêts des personnes, de nature individuelle, sans caractère normatif, et constituant un acte d'exécution ou d'application d'une norme générale à l'égard d'une ou de plusieurs personnes nettement individualisées.

Finalement, il convient de relever que la matière de la sécurité sociale n'est pas expressément exclue du champ d'application de la loi du 1er décembre 1978, comme c'est par contre le cas pour la matière des contributions directes.³⁾

Il s'ensuit que les règles de procédure administrative non contentieuse ont vocation à s'appliquer en matière de sécurité sociale, en cas d'absence de règles spéciales assurant au moins une protection équivalente.

Cette réponse affirmative trouve sa confirmation en jurisprudence.

1) L'article 283 du CAS dispose que " L'union des caisses de maladie et les caisses de maladie, l'association d'assurance contre les accidents et les caisses de pension sont des établissements publics. Elles jouissent de la personnalité civile. "

L'article 320, alinéa 2, du CAS précise que " Le centre est commun aux institutions de sécurité sociale. Il a le caractère d'un établissement public et il possède la personnalité civile."

L'article 6, alinéa 2, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales précise que " La caisse nationale des prestations familiales dénommée ci-dessous la caisse, a le caractère d'un établissement public ; elle possède la personnalité civile. "

2) Fernand Schockweiler, *Le contentieux administratif et la procédure administrative non contentieuse en droit luxembourgeois*, 1996, p.29 et s..

3) Article 5 de la loi du 1er décembre 1978 : " La présente loi et ses règlements d'exécution ne s'appliquent pas à la matière des contributions directes. "

Dans un arrêt du 20 novembre 1991¹⁾, le Conseil supérieur des assurances sociales (CSAS) en jugeant en appel une demande en annulation pour excès de pouvoir a appliqué la procédure administrative non contentieuse :

" Aux termes de l'article 6 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations de l'Etat et des communes, applicable en matière sociale, toute décision administrative doit formellement indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base lorsqu'elle refuse de faire droit à la demande de l'intéressé.

Force est de constater que dans sa décision de rejet du 23 mai 1990 la commission des rentes s'est bornée à dire que la réclamation de l'assuré était non fondée sans répondre en quoi que ce soit aux objections de celui-ci qui ne se trouvent pas non plus discutées à priori par la motivation de la communication incriminée.

Il suit de ce qui précède que la décision de la commission des rentes du 23 mai 1990 est à annuler pour violation des droits de la défense de l'administré."

Dans un autre arrêt du CSAS du 6 novembre 1996²⁾ il a été précisé que :

" La régularité de la décision prise dans le cadre de cet article peut néanmoins être soumise à un contrôle juridictionnel dans le cadre de la loi du 1er décembre 1978 relative à la procédure administrative non contentieuse. Les dispositions de cette loi sont en effet d'application générale et constituent un minimum de garanties auxquelles l'administré doit pouvoir s'attendre lorsqu'il est confronté à une administration (cf. Travaux préparatoires, no 2209, exposé des motifs, p. 2 et s. ; F. Schockweiler, Le contentieux administratif et la procédure administrative non contentieuse en droit luxembourgeois, no 349). "

Le Conseil arbitral des assurances sociales (CAAS) a, dans son jugement du 30 janvier 1997³⁾, statué comme suit :

" Attendu que les formalités d'ordre public protectrices des droits de la défense prévues conformément aux dispositions du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, relatif à la procédure à suivre par les administrations, n'ont dès lors pas été suffisamment respectées et que la décision intervenue, ayant méconnu ces règles et ayant été prise sans observation de celles-ci et notamment sans avoir donné le moyen à la société Luxconsult de faire valoir ses observations, est à annuler. "

1) CSAS 20.11.1991, N° 137/91, Aff.Brucker c/ AAI.

2) CSAS 6.11.1996, N° 214/96, Aff.Reghem Daniel c/ AAI.

3) CAAS 30.1.1997, N° GA 55/96 et GA 84/96, Aff.Luxconsult c/ AAI.

Par jugement du 17 décembre 2001¹⁾, le CAAS a de nouveau confirmé l'obligation pour les organismes de sécurité sociale de respecter la procédure administrative non contentieuse.

En pratique, il s'ensuit que l'autorité administrative, appelée à prendre une décision dans une matière où une procédure spéciale a été organisée, doit confronter la réglementation spéciale à la réglementation générale et elle doit évaluer si la procédure spéciale offre au moins une protection égale à l'administré. Dans l'affirmative, l'administration appliquera la procédure spéciale, tandis que dans la négative, elle veillera à respecter les règles générales prévues par la loi de 1978 et son règlement d'exécution.

Dans le cadre de nos recherches, nous avons trouvé deux jurisprudences qui ont exclu l'application de la procédure administrative non contentieuse. Il convient de relever que cette exclusion s'est toujours faite par renvoi à l'existence de dispositions particulières assurant au moins une protection égale.

Par décision du 10 juillet 1990²⁾, le CAAS a jugé :

" Attendu qu'en raison de la législation particulière, régissant la matière (assurance accident), et qui tient compte d'une façon suffisante des droits de l'assuré il n'y a pas lieu à application de la loi du 1er décembre 1978 réglant la procédure administrative non contentieuse et du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, pris en son exécution, contrairement à la demande exprimée par le mandataire du requérant à l'audience ;

que plus particulièrement il n'y a pas lieu à application de l'article 1er, alinéas 1 et 2 de l'arrêté grand-ducal prédésigné ;

que, même si cette disposition était applicable en la matière et en l'espèce, elle ne pourrait tirer à conséquence, alors que le requérant est resté en défaut de prouver que le soi-disant retard, dû à la transmission du certificat médical de la filiale de la Caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers à Colmar-Berg, où il a été déposé, à l'assurance-accidents à Luxembourg, émane de ce que l'autorité incompétemment saisie (la CNAMO) n'aurait pas transmis sans délai la demande à l'autorité compétente (A.A.I.). "

Il y a lieu de constater que dans ce jugement la motivation par renvoi à l'existence d'une législation particulière est très sommaire et la motivation subsidiaire de l'absence de preuve permet de retenir une certaine réserve quant à l'exclusion formelle de la procédure administrative non contentieuse.

1) CAAS 17.12.2002, N° G272/00, Aff.Schulten Marie-Thérèse c/ AAI.

2) CAAS, 10.07.1990, N° G 173/90.

Une deuxième décision ayant les mêmes idées à la base, est l'arrêt rendu par le CSAS en date du 26 juin 2002¹⁾. En l'espèce, l'exclusion de la procédure administrative non contentieuse a été motivée comme suit :

" Les dispositions légales et réglementaires régissant la procédure administrative non contentieuse s'appliquent aux décisions prises dans l'exercice de la puissance publique à laquelle l'organisme émetteur participe, soit organiquement, soit occasionnellement, en vertu d'une délégation de l'autorité publique, et qui à ce titre sont régies par le droit administratif et soumises au contrôle des juridictions administratives.

La décision prise par le centre commun de la sécurité sociale est soumise au contrôle des juridictions sociales qui ne sont ni des tribunaux ordinaires, ni des juridictions administratives, mais des juridictions spéciales. "

A nos yeux, le déroulement de la procédure contentieuse devant des juridictions spéciales ne saurait justifier l'exclusion de la procédure administrative non contentieuse. La procédure administrative non contentieuse est un corps de règles organisant, préalablement à la saisine du juge, une procédure d'élaboration transparente, à laquelle l'administré est appelé à participer activement.

Cette phase administrative interne est à distinguer de celle d'un procès devant le juge, pour laquelle il existe des dispositions propres.

Pour la phase préalable non contentieuse en matière de sécurité sociale, pendant laquelle un individu, à savoir l'assuré, se trouve face à une autorité administrative participant à l'exercice de la puissance publique, à savoir l'organisme de sécurité sociale, le nécessaire équilibre dans les rapports de force impose l'application de ce corps de règles de protection minimale.

Dans ledit arrêt du 26 juin 2002, le CSAS fait par ailleurs une réserve :

" Il y a lieu de relever à titre superfétatoire que les intimés sont d'autant moins fondés à se prévaloir de la réglementation en question que la loi du 1er décembre 1978 réglant la procédure administrative non contentieuse dispose dans son article 4 que les règles établies dans le règlement grand-ducal visé à l'article premier s'appliquent à toutes les décisions individuelles pour lesquelles un texte particulier n'organise pas une procédure spéciale présentant au moins des garanties équivalentes pour l'administré et que les dispositions légales en matière d'affiliation des assurés à la sécurité sociale prévoient des règles de procédure particulières tenant compte d'une façon suffisante des droits des personnes assurées et leur procurant au moins une égale protection. "

L'applicabilité de la procédure administrative non contentieuse en matière de sécurité sociale ne pouvant être que subsidiaire, il convient de regrouper les

1) CSAS, 26.06.2002, CCSSA c/ Immodek SA, Decker Philippe.

différentes règles existant en matière de sécurité sociale et d'analyser si elles assurent une protection suffisante.

1.2. Procédure consultative préalable

Très souvent, la décision à prendre par un organisme de sécurité sociale est subordonnée par la loi à l'avis d'une autorité consultative.

En matière de sécurité sociale ces autorités consultatives sont notamment le contrôle médical et la cellule d'évaluation et d'orientation.

Ces deux organismes ont comme point commun d'avoir à faire une appréciation de l'état de santé physique et mentale de la personne concernée.

Le contrôle médical de la sécurité sociale (CMSS) est une administration de l'Etat placée sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Certaines dispositions légales, réglementaires et statutaires soumettent la prise de décision à l'avis préalable du CMSS.

A titre d'exemple il y a lieu de citer l'article 19, alinéa 3, du Code des assurances sociales (CAS) qui dispose que :

" Lorsqu'une personne protégée présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas dans les nomenclatures pour les médecins et pour les médecins-dentistes, l'acte en cause peut être pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie sur avis favorable du contrôle médical de la sécurité sociale. "1)

Les attributions du CMSS, définies à l'article 341, alinéa 2, du CAS, sont les suivantes :

" Cette administration a dans ses attributions pour les branches de la sécurité sociale à caractère contributif :

- 1) la constatation de l'incapacité de travail et, le cas échéant, la fixation de son degré provisoire ou définitif par rapport à la capacité de travail normale ;*
- 2) les examens de contrôle périodiques en relation avec l'incapacité de travail, l'hospitalisation et les cures ;*
- 3) l'autorisation de la prise en charge des traitements médicaux, médico-dentaires et paramédicaux, pour autant qu'elle est prescrite par les lois, règlements ou statuts, et leur surveillance ;*

1) La référence à " l'avis ", " à l'avis favorable " ou à " l'avis conforme " du CMSS est en outre faite aux articles 23 et 173bis du CAS, à l'article 15 de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales, aux articles 14 et 15 de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti et aux articles 56, 60, 76, 83, 193 et 198bis des statuts de l'UCM.

- 4) *l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés ;*
- 5) *l'établissement par voie informatique, selon les modalités arrêtées dans les conventions visées à l'article 61, avec la collaboration du centre commun de la sécurité sociale, sur base de la banque de données afférente de l'association d'assurance contre les accidents, de l'union des caisses de maladie et des caisses de maladie, d'un rapport de l'activité de chaque médecin ou médecin-dentiste en ce qui concerne notamment le nombre, la nature et le coût des actes réalisés ainsi que des prescriptions et des certificats d'incapacité de travail en vue de constater éventuellement la non observation des références médicales opposables ou toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire ;*
- 6) *l'étude, l'examen et la recommandation de mesures appropriées en matière de prévention et de réadaptation ;*
- 7) *l'autorisation de la prise en charge de prothèses, orthèses et épithèses de tous genres, la surveillance de leur mise en place en bonne et due forme et le contrôle périodique afférent ;*
- 8) *la vérification et le contrôle périodique des maladies ou infirmités donnant droit à des indemnités ou subventions à charge d'institutions ou de services à caractère social pour autant que les dispositions légales ou réglementaires ne disposent pas autrement ;*
- 9) *les avis et examens médicaux en vue de l'octroi des cartes de priorité et d'invalidité ;*
- 10) *l'établissement de statistiques concernant l'état de santé des personnes protégées ;*
- 11) *l'information et la formation continue du corps médical en matière de législation sociale ;*
- 12) *les avis en matière de médicaments visés aux articles 22 et 50.*

Il en résulte que le CMSS ne se prononce non seulement sous forme d'avis, mais fait également des études, des examens, des recommandations et émet des autorisations préalables.

Les avis émis par le CMSS sont des avis obligatoires. En effet, en vertu de l'article 341, alinéa 3, du CAS :

" Les avis du contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées qui peuvent demander de la part du contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis du contrôle médical a été contredit par expertise

médicale en première instance, l'institution ou l'administration concernée juge elle-même de l'opportunité de l'appel. "

Il convient de préciser qu'au moment de l'introduction de l'alinéa 3 par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé¹⁾, le Conseil d'Etat s'est, dans son avis relatif audit projet de loi, prononcé contre cette disposition :

" L'alinéa 3 dispose que " les avis du contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées ". D'après le commentaire, le texte en question ne ferait qu'entériner la solution jurisprudentielle actuelle. Or cette dernière semble avoir évolué. En effet dans un arrêt du 20 novembre 1991, le conseil supérieur des assurances sociales précise au contraire que " les attributions revenant au contrôle médical dans le cadre de l'article 76 ... ne confèrent pas à celui-ci une autorité décisionnelle sur les organismes de la Sécurité Sociale pour lesquels il constitue au sens de la loi un consultant technique pour tout ce qui est du domaine de la médecine proprement dite.(...)

*Il est par ailleurs inadmissible de faire dépendre les décisions d'un établissement public autonome de l'avis contraignant d'une administration de l'Etat qu'est le contrôle médical de la sécurité sociale. "*²⁾

La commission de la santé et de la sécurité sociale n'a pas suivi la proposition du Conseil d'Etat en avançant les motifs suivants :

" L'avis du Conseil d'Etat prévoit la suppression de l'alinéa 3 de l'article 341 du Code des assurances sociales. La commission est d'avis qu'il y a lieu de maintenir la disposition prévoyant que les avis à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions de sécurité sociale, alors que le contrôle médical est le seul conseiller médical des institutions et que l'on voit mal quelle serait l'expertise des organes de l'institution en la matière pouvant mettre en doute l'avis du contrôle médical.

*D'ailleurs, des interprétations divergentes mettraient encore en question le principe de l'unicité des prestations. L'assuré n'est plus limité dans son recours, alors qu'il peut se retourner contre le comité-directeur compétent. "*³⁾

En ce qui concerne la motivation des avis obligatoires du CMSS, la seule précision que se trouve dans la disposition légale est celle de la possibilité pour les institutions et administrations concernées de demander de la part du contrôle médical la motivation de son avis en vue d'appuyer leur position devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales.

1) Mémorial A, 1992, p. 1658.

2) Doc. parl. N° 3513 7), p. 47.

3) Doc. parl. N° 3513 10), p. 47.

L'idée en prévoyant cette disposition, était de créer une obligation à charge du CMSS de motiver ses décisions, si elles font l'objet d'un contentieux.

Au stade de la procédure administrative interne, le CMSS n'a dès lors pas l'obligation de motiver ses avis.

L'article 86 du Code de déontologie¹⁾ des professions de médecin et médecin-dentiste précise d'ailleurs que :

" Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret professionnel vis-à-vis de l'administration ou l'organisme qui l'emploie et auquel il ne peut ni ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. "

Afin de faire la comparaison avec la procédure administrative non contentieuse, il y a lieu de se reporter à l'article 4, alinéa 1er, du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, visant les consultations préalables destinées à conseiller l'autorité administrative appelée à prendre une décision :

" Les avis des organismes consultatifs pris préalablement à une décision doivent être motivés et énoncer les éléments de fait et de droit sur lesquels ils se basent. "

La procédure de consultation est une garantie pour la personne concernée contre l'arbitraire du pouvoir administratif. Cependant, pour que la garantie puisse jouer un rôle effectif, il ne faut pas que la consultation dégénère en simple formalité. Aussi est-il indispensable que l'organe consultatif constitué par la loi ou le règlement remplisse sa mission en procédant à un examen sérieux de la demande. Le moyen le plus simple pour obtenir ce but est d'obliger l'organisme à motiver sa position en énonçant dans l'avis les éléments de fait et de droit qui l'ont déterminé à adopter son attitude.

Les avis émis par les organes consultatifs préalablement à une décision administrative ne constituent pas des actes autonomes dans la procédure, mais sont au contraire censés faire partie intégrante de la décision administrative. Ainsi, une décision peut se trouver entachée d'irrégularité du fait d'un avis non conforme aux dispositions légales et réglementaires.

La question qui se pose est celle de savoir si l'article 4 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, relatif à la motivation obligatoire de l'avis émis par un organisme consultatif, est d'application en matière de sécurité sociale ou si, au contraire, la confidentialité de l'appréciation faite par l'organisme consultatif de l'état physique et mental d'une personne, justifie une dérogation à cette obligation ?

A ce jour, cette question n'a pas trouvé de réponse en jurisprudence.

1) Arrêté ministériel du 21 mai 1991 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et médecin-dentiste édicté par le Collège médical.

A nos yeux, la question de l'applicabilité de l'obligation de motivation doit trouver une réponse affirmative. En effet, tel qu'il a été exposé ci-dessus, la procédure administrative non contentieuse est, en cas d'absence de règles spéciales plus protectrices, applicable en matière de sécurité sociale.

La motivation de l'avis ayant pour objectif de permettre à l'administration d'être éclairée, afin de pouvoir prendre sa décision en connaissance de cause, rien ne s'oppose à ce que les avis indiquent, dès leur émission et de façon systématique, les motifs leur servant de fondement. Ceci permettrait aussi de faciliter l'obligation de motivation imposée par l'article 6, alinéa 2, dernier tiret¹⁾, du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, dans le cas où la décision intervenant après la procédure consultative différerait de l'avis émis par l'organisme consultatif.

Les avis faisant partie intégrante de la décision administrative individuelle susceptible de faire l'objet d'un recours, au moins les avis négatifs devraient d'office énoncer les motifs.

Un autre organe consultatif autorisé à émettre des avis, est la cellule d'évaluation et d'orientation (CEO) en matière d'assurance dépendance.

La cellule d'évaluation et d'orientation est un service public placé sous l'autorité du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale et rattaché à l'inspection générale de la sécurité sociale.²⁾

Plusieurs dispositions du livre V du CAS relatif à l'assurance dépendance, contiennent la précision " *sur avis de la cellule d'évaluation et d'orientation* " ³⁾.

L'article 385 du CAS qui définit les attributions de la CEO, précise en son alinéa 2, que :

" Les avis de la cellule d'évaluation et d'orientation à portée individuelle pris dans le cadre des attributions prévues aux numéros 1) et 2) de l'alinéa qui précède s'imposent à l'égard de l'organisme chargé de la gestion de l'assurance dépendance⁴⁾. Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales peuvent en tout état de cause instituer des experts indépendants. Si l'avis de la cellule d'évaluation et d'orientation a été contredit par l'expert chargé par le conseil arbitral, l'organisme juge lui-même de l'opportunité de l'appel. "

Les avis de la CEO sont dès lors des avis obligatoires.

1) La décision doit formellement indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base, lorsqu'elle (...) intervient après procédure consultative, lorsqu'elle diffère de l'avis émis par l'organisme consultatif (...). "

2) Article 386 du CAS.

3) Articles 351, 356, 367 du CAS.

4) Article 380 du CAS : " La gestion de l'assurance dépendance est assumée par l'union des caisses de maladie ". "

En ce qui concerne la motivation des avis de la CEO, les articles 351¹⁾, 356, alinéa 5²⁾, et 367, alinéa 5³⁾, du CAS précisent expressément sur " avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation ". Il s'ensuit que ces avis doivent d'office être motivés.

Pour les autres avis, dont la motivation n'est pas spécialement imposée par une disposition du livre V du CAS, nous estimons qu'il y a lieu de suivre le même raisonnement que celui exposé pour les avis du CMSS.

Pour ce qui est de la notification de l'avis émis par l'organisme consultatif à la personne concernée, la seule disposition qui en donne une précision est l'article 18, alinéa 6, des statuts de l'UCM, disposant que :

" Les décisions ou les avis du contrôle médical sont notifiés à la personne protégée par l'union des caisses de maladie ou la caisse compétente, suivant le cas. "

Il convient de préciser que cette disposition concerne la seule procédure d'autorisation préalable par le CMSS. Il ne s'agit dès lors pas d'une disposition d'ordre général applicable à tous les avis du contrôle médical.

En se référant à la procédure administrative non contentieuse, il y a lieu de constater qu'aucune disposition n'impose à l'administration de communiquer les avis des organismes consultatifs aux administrés concernés.

La jurisprudence a précisé :

*" S'il est vrai que l'article 4 du règlement précité énonce les règles quant à la régularité formelle et à la motivation des avis des organismes consultatifs, aucune disposition de la procédure administrative non contentieuse n'impose cependant à l'administration de communiquer ces avis en toute hypothèse aux administrés concernés. Il ne saurait en être autrement que dans des matières spéciales où une disposition légale ou réglementaire prescrit une telle communication. "*⁴⁾

En matière de sécurité sociale, la communication systématique de ces avis au stade de la phase administrative non contentieuse serait d'ailleurs

-
- 1) Art. 351 : " Les décisions individuelles relatives à l'existence de l'état de dépendance, à la détermination de la durée des aides et soins requis, au remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces et celles relatives à l'article 356, sont prises par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance, sur avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation. "
 - 2) Art. 356, al.5 : " Par dérogation aux articles 348 et 349, les appareils prévus au présent article peuvent encore être alloués sur avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation. "
 - 3) Art. 367, al.5 : " Les prestations en espèces sont retirées ou réduites s'il appert d'un avis motivé de la cellule d'évaluation et d'orientation qu'elles ne sont pas employées aux fins spécifiées à l'alinéa 1 de l'article 354 sans préjudice d'une augmentation correspondante des prestations en nature. "
 - 4) TA, 27.02.1997, Husovic, n° 9599 ; dans le même sens TA 20.10.1999, Krawczyk-Mida, n° 11096 et n°11397, confirmé par arrêt du 24.10.2000, n° 11679C.

incompatible avec l'article 5 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice, précisant que :

" Les assurés ou leurs mandataires peuvent prendre connaissance des dossiers au secrétariat du conseil arbitral des assurances sociales. Sur demande ils obtiennent communication des pièces relatives au litige, le cas échéant, contre remboursement.

Le président décide dans quelle mesure les intéressés ou leurs représentants peuvent consulter les rapports médicaux. "

Les avis émis par le CMSS et par la CEO consistent en des appréciations de l'état de santé physique et mentale de la personne, de sorte qu'ils sont à qualifier de rapports médicaux.

Il ne serait pas logique de procéder à une communication systématique de ces rapports au stade de la phase précontentieuse, alors qu'au stade de la phase contentieuse, la consultation desdits rapports est soumise à une autorisation du président du CAAS. Cette dernière disposition deviendrait alors sans objet.

1.3. L'obligation pour l'organisme de motiver les décisions

Après avoir analysé la motivation des avis émis par les organismes consultatifs, il convient de passer à la motivation des décisions administratives individuelles elles-mêmes.

Lorsqu'un acte administratif est de nature à porter atteinte aux droits, libertés et intérêts de l'intéressé, il est essentiel - particulièrement en vue d'un éventuel recours - que celui-ci soit motivé, sans quoi l'intéressé n'est pas en mesure d'apprécier le bien-fondé de la décision et, le cas échéant, de décider en toute connaissance de cause sur l'utilité d'un recours.

En matière de sécurité sociale, il existe des dispositions relatives à cette obligation de motivation de la décision. Il convient d'en faire l'énumération :

- article 149, alinéa 5, du CAS relatif à la détermination des indemnités revenant aux victimes d'accidents ou à leurs ayants droit : *" Si la demande est admise, le montant de l'indemnité doit être immédiatement fixé. Le rejet éventuel sera formulé dans une décision écrite et motivée. "* ;
- article 273, alinéa 5, du CAS relatif à la demande en obtention d'une pension : *" L'octroi, le rejet, le retrait ou la suspension d'une pension ne peut être prononcé que par une décision écrite et motivée qui indique le délai du recours et l'instance compétente pour en connaître. "* ;
- article 71, alinéa 1er, de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer

luxembourgeois : " *La décision de la commission, qui doit être motivée, est prise à la majorité des voix ; elle est prononcée en audience publique soit sur-le-champ, soit à une audience ultérieure dont la commission fixe la date.* " ;

- article 27, alinéa 5, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales : " *Une décision attaquable concernant la restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.* " ;
- article 9, paragraphe 4, de la loi du 12 février 1999 portant création d'un congé parental et d'un congé pour raisons familiales : " *Avant le début du congé parental, la caisse confirme aux parents et à l'employeur de chacun des parents salariés le choix du parent, la décision d'octroi de l'indemnité et la période pour laquelle l'indemnité est accordée. Lorsqu'elle constate que l'une des conditions prévues à l'article 1er n'est pas remplie ou vient à défaillir, elle en informe aussitôt, par décision motivée et recommandée à la poste, l'employeur et le parent concerné. En cas de contestation de la part du parent concerné, il est procédé conformément à l'article 5, alinéa final.* " ;
- article 46, paragraphe 2, alinéa 2, de la loi du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet: " *Les décisions portant refus d'attribution, refus de maintien, refus de prorogation, retrait de l'indemnité, suspension du traitement du dossier et retardement du début de l'indemnisation doivent être motivées et notifiées au requérant par lettre recommandée à la poste.*" ;
- article 24, paragraphe 3, alinéa 2, de la loi du 24 décembre 1990 sur la préretraite : " *La décision de restitution est prise par le ministre du travail après avoir entendu les intéressés ou leurs ayants droits soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée.* " ;
- article 5, paragraphe 2, de la loi du 25 avril 1995 ayant trait à l'octroi d'une indemnité compensatoire de rémunération en cas de chômage involontaire et en cas de chômage accidentel ou technique involontaire : " *Les décisions sont prises par le directeur de l'administration de l'emploi ou par le fonctionnaire par lui délégué à cet effet. Les décisions de refus ou de restitution seront motivées et notifiées au requérant par lettre recommandée à la poste.* " ;
- article 21, alinéa 5, de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité : " *Le rejet d'une demande d'obtention d'une pension ne pourra être prononcé que par une décision motivée.* " ;
- article 12, *in fine*, de la loi du 23 décembre 1998 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique aux usagers des centres intégrés,

maisons de soins, centres socio-gérontologiques et foyers du jour psychogériatriques : " *La décision doit être motivée.* " ;

- article 27, *in fine*, de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti : " *La décision doit être motivée.* " .

Il y a lieu de constater que ce sont les décisions négatives pour lesquelles il est expressément précisé qu'elles doivent obligatoirement être motivées.

Quant aux décisions administratives individuelles à intervenir en matière de sécurité sociale, pour lesquelles il n'existe aucune précision relative à leur motivation, l'article 6 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 est applicable :

" Art. 6. Toute décision administrative doit baser sur des motifs légaux.

La décision doit formellement indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base, lorsqu'elle :

- *refuse de faire droit à la demande de l'intéressé ;*
- *révoque ou modifie une décision antérieure, sauf si elle intervient à la demande de l'intéressé et qu'elle fait droit ;*
- *intervient sur recours gracieux, hiérarchique ou de tutelle ;*
- *intervient après procédure consultative, lorsqu'elle diffère de l'avis émis par l'organisme consultatif ou lorsqu'elle accorde une dérogation à une règle générale.*

Dans les cas où la motivation expresse n'est pas imposée, l'administré concerné par la décision a le droit d'exiger la communication des motifs.

L'obligation de motiver n'est pas imposée lorsque des raisons de sécurité extérieure ou intérieure de l'Etat s'y opposent ou lorsque l'indication des motifs risque de compromettre le respect de l'intimité de la vie privée d'autres personnes. "

Dans les quatre cas énumérés à l'article 6, l'administration est tenue à une motivation d'office. En dehors de ces cas - qui doivent quand même englober la presque-totalité des cas pratiques intéressant les administrés - le destinataire de la décision peut encore contraindre l'administration à la motiver en lui adressant une demande formelle.

La question si les motifs doivent être détaillés et sous quelle forme ils doivent être présentés, est laissée à l'appréciation de l'organisme qui déterminera dans quelle mesure il doit entrer dans les détails suivant la nature de la décision administrative, et compte tenu du but de la motivation, qui est de permettre à l'intéressé d'évaluer la décision en question.

Néanmoins la motivation doit être adéquate, claire et suffisante. Elle ne doit pas consister dans des formules passe-partout, mais préciser les faits, arguments et preuves principaux à partir desquels l'autorité administrative a pris la décision, ainsi que la base légale servant de fondement.

Le CSAS a, dans son arrêt du 25 mars 1998¹⁾, précisé que :

" Suivant l'article 6 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes, "toute décision administrative doit baser sur des motifs légaux" et "la décision doit formellement indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement". Cependant, aucun texte n'exige qu'une décision doit indiquer le ou les textes de loi sur lesquels elle est matériellement basée. Une décision présidentielle, en indiquant qu'un accident de trajet a trouvé sa cause non pas dans un risque inhérent au trajet effectué ou au moyen de transport utilisé, mais dans une défaillance physique qui n'est pas non plus en relation causale avec le travail effectué, a examiné la demande de prise en charge de l'accident de trajet au regard des dispositions légales et réglementaires en vigueur (art. 92 CAS et arrêté grand-ducal du 22 août 1936 portant exécution du prédit article) et repose partant à suffisance sur des motifs légaux. "

Par jugement du 10 février 1993, le CAAS a décidé comme suit :

" Est suffisamment motivée la décision d'une caisse de pension constatant un fait précis, en l'espèce que l'assuré n'est plus, suivant avis du contrôle médical, à considérer comme invalide au sens de la loi, pour en déduire la justification de la suppression de la pension conformément à l'article 193 du CAS. "

Dans un arrêt du 6 novembre 1996²⁾, le CSAS a jugé que :

*" Est suffisamment motivée la décision du comité-directeur renvoyant à l'avis médical dressé pour fonder sa décision de refus de la demande de substitution. "*³⁾

La motivation par renvoi à un avis médical ne saurait être jugée suffisante, qu'à condition que l'avis expose lui-même des motifs clairs et précis.

En vertu de l'article 7 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, la sanction de l'obligation de motiver une décision administrative consiste dans la suspension des délais de recours. La décision reste valable et l'administration peut produire ou compléter les motifs postérieurement et même pour la première fois devant le juge.

En matière de sécurité sociale, l'analyse de la jurisprudence montre que la sanction de l'obligation de motivation n'est pas la suspension des délais de recours, mais au contraire l'annulation de la décision prise.

1) CSAS, 25.03.1998, Magis c/ AAI, n° G 164/97 / n° 59/98.

2) CSAS, 6.11.1996, Aff.Reghem Daniel c/ AAI, n° 214/96.

3) Dans le même sens : CAAS, 29.06.2000, Aff. Loverre Giovanna c/ CPEP, n° E17/00.

En effet, dans les décisions jurisprudentielles reproduites, l'absence de motivation a toujours été invoquée comme moyen de nullité.

Dans l'arrêt du CSAS, du 20.11.1991¹⁾, il y a eu annulation de la décision :

" Aux termes de l'article 6 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations de l'Etat et des communes applicable en matière sociale toute décision administrative doit formellement indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base lorsqu'elle refuse de faire droit à la demande de l'intéressé.

Force est de constater que dans sa décision de rejet du 23 mai 1990 la commission des rentes s'est bornée à dire que la réclamation de l'assuré était non fondée sans répondre en quoi que ce soit aux objections de celui-ci qui ne se trouvent pas non plus discutées à priori par la motivation de la communication incriminée.

Il suit de ce qui précède que la décision de la commission des rentes du 23 mai 1990 est à annuler pour violation des droits de la défense de l'administré."

Dans le même sens, l'arrêt du CSAS du 12 juillet 1994²⁾ a retenu que :

" L'article 89 de la Constitution dispose que tout jugement doit être motivé. Ce principe ne vise que les jugements rendus par des juridictions. Il suffit que les décisions administratives satisfont aux conditions prévues par l'article 6 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes, qui dispose que les décisions administratives, lorsqu'elles refusent de faire droit à la demande de l'intéressé, ou révoquent ou modifient une décision antérieure doivent indiquer les motifs du refus par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base.

En l'espèce, la communication incriminée du 11 janvier 1991 fait part au sieur Fernandes de ce que la rente lui allouée, qui était de 100% pendant la période du 4 décembre 1989 au 15 juillet 1990, est ramenée à 6% à partir du 16 juillet 1990, sans indiquer aucun motif de ce changement du taux de la rente ni faire référence à un avis médical ou à une autre pièce interne. Il en est de même de la décision de la commission des rentes, qui se borne à faire référence à la susdite communication.

Comme les décisions en question, qui ont modifié une décision antérieure, ne sont pas motivées du tout, elles sont à annuler. Le jugement entrepris du 26 novembre 1992, qui a maintenu la décision de la commission des rentes du 27 juillet 1992, est donc à réformer. "

1) CSAS, 20.11.1991, Aff. Brucker c/ AAI, n° 137/91.

2) CSAS, 12.07.1994, Aff. Fernandes c/ AAI, n° 135/94.

1.4. L'accès aux éléments d'information

Ce principe a pour objet de permettre à l'intéressé, au stade de l'élaboration de la décision, d'exercer effectivement son droit d'être entendu en lui donnant accès à tous les éléments sur lesquels l'autorité entend s'appuyer.

Lors de la procédure aboutissant à une décision administrative individuelle, l'organisme de sécurité sociale doit assurer la protection juridique de l'assuré concerné, en lui donnant la possibilité d'intervenir dans l'élaboration de cette décision et d'en être informé. Le respect de cette règle s'impose à plus forte raison lorsque l'organisme intervient d'office, sans qu'une décision ait été sollicitée par la personne concernée et que la décision est constitutive d'une sanction à son égard ou qu'elle porte gravement atteinte à sa situation individuelle.

En matière de sécurité sociale, il existe une seule disposition donnant une précision quant à ce point :

Article 69, alinéa 8, de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois :

" A partir de la réception de la convocation, l'intéressé ainsi que la personne qui l'assiste ou le représente ont le droit de prendre connaissance au secrétariat du dossier sans déplacement des pièces ; le même droit appartient au délégué du Gouvernement. "

Il convient dès lors de se reporter à la procédure administrative non contentieuse.

Ce sont les articles 11, 12 et 13 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 qui réglementent, aussi bien pour l'administré lui-même que pour les tiers concernés, la possibilité d'avoir accès aux éléments du dossier administratif.

En vertu de l'article 11¹⁾, l'administré est en droit de consulter son dossier et de vérifier si les documents qui s'y trouvent sont en rapport avec l'objet du dossier. Il peut exiger le retrait de toutes pièces sans rapport avec l'objet du dossier. Cela s'explique par le fait que l'administration a une compétence spéciale et ne peut prendre en considération que les documents ou informations qui sont en rapport avec la matière dans le cadre de laquelle elle est appelée à statuer.

1) Art. 11. : " Tout administré a droit à la communication intégrale du dossier relatif à sa situation administrative, chaque fois que celle-ci est atteinte, ou susceptible de l'être, par une décision administrative prise ou en voie de l'être.

Il peut demander, à cette occasion, le retrait de son dossier de toute pièce étrangère à l'objet du dossier, si elle est de nature à lui causer un préjudice. La décision prise par l'administration sur sa demande est susceptible de recours devant la juridiction compétente."

Le but poursuivi est celui d'éviter que des documents et informations étrangers à l'objet du dossier et de la matière concernée influencent la prise de décision de l'administration.

Il convient de préciser qu'en matière de sécurité sociale, l'appréciation de ce lien de causalité n'est pas chose facile pour l'assuré en raison de la technicité complexe de cette matière nécessitant souvent des connaissances spécifiques.¹⁾

Les articles 12 et 13²⁾ ont pour but de cerner et de limiter le secret administratif. Toute personne concernée par une décision administrative qui est susceptible de porter atteinte à ses droits et intérêts a le droit, sur sa demande, de prendre inspection du dossier administratif du destinataire direct de la décision. Le refus de communication peut être opposé pour les besoins de la protection de l'ordre et de la sécurité publique ou dans le but de ne pas porter atteinte à des intérêts économiques ou à la vie privée d'autres personnes. La consultation est également refusée lorsqu'elle retarde la prise d'une décision qui ne souffre aucun délai.

Pour toutes les branches de la sécurité sociale, les décisions administratives individuelles à intervenir renseignent nécessairement des faits relatifs à l'intimité de la vie privée de la personne concernée, de sorte que ces informations ne pourront être communiquées à des tiers.

En cas de désaccord, il appartient au juge de se prononcer sur le caractère communicable ou en revanche le caractère secret des pièces du dossier administratif.

Dans la loi du 2 août 2002³⁾ relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel, les données relatives à la santé, définies comme étant " *toute information concernant l'état physique et*

1) L'article 10 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 prévoit la possibilité de l'assistance, dans des affaires de nature technique, d'un conseil technique.

2) Art. 12. : " Toute personne concernée par une décision administrative qui est susceptible de porter atteinte à ses droits et intérêts est également en droit d'obtenir communication des éléments d'informations sur lesquels l'administration s'est basée ou entend se baser. "

Art. 13. : " Dans tous les cas, la communication des pièces pourra être refusée si :

- des intérêts publics importants exigent que le secret soit gardé ;
- des intérêts privés importants, notamment ceux des parties ayant des intérêts opposés, exigent que le secret soit gardé ou lorsque les pièces contiennent des informations pouvant constituer une atteinte à l'intimité de la vie privée d'autres personnes ;
- il y a péril en la demeure et que la décision ne peut être différée.

La pièce dont la consultation a été refusée à la partie ne peut être utilisée à son désavantage que si l'autorité lui en a préalablement communiqué par écrit le contenu essentiel se rapportant à l'affaire et lui a donné l'occasion de présenter ses observations. "

3) Mémorial A, 2002, p. 1836. Entrée en vigueur le 1er décembre 2002.

mental d'une personne concernée, y compris les données génétiques "1), font l'objet d'un régime particulier.

Au chapitre VI, relatif aux droits de la personne concernée, l'article 28 régit le droit d'accès :

" Le patient a un droit d'accès aux données le concernant. Le droit d'accès est exercé par le patient lui-même ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. En cas de décès du patient, son conjoint non séparé de corps et ses enfants ainsi que toute personne qui au moment du décès a vécu avec lui dans le ménage ou, s'il s'agit d'un mineur, ses père et mère, peuvent exercer, par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent, le droit d'accès dont question à l'alinéa qui précède.

Le droit d'accès du patient pourra encore être exercé, du vivant d'une personne placée sous le régime de la curatelle ou sous celui de la tutelle tel qu'il est organisé par la loi du 11 août 1982, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par son curateur ou tuteur. "

L'article 29 de la loi du 2 août 2002 qui prévoit des exceptions au droit d'accès, précise en son point (f) que :

" Le responsable du traitement peut limiter ou différer l'exercice du droit d'accès d'une personne concernée lorsqu'une telle mesure est nécessaire pour sauvegarder :

(...)

(f) la protection de la personne concernée ou des droits et libertés d'autrui ; "

A ce titre, l'accès d'une personne souffrant d'une maladie mortelle, à des informations donnant une estimation de sa durée de survie, pourrait par exemple trouver une limitation.

L'article 51 du Code de déontologie précise d'ailleurs que :

" Pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience, un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec la plus grande circonspection (...). "

A ce stade, il convient de se reporter à la législation hospitalière et plus précisément à la loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers, dont l'article 36 dispose que :

" Pour les établissements hospitaliers visés à l'article 1er sous a), b) et c) de la présente loi un dossier individuel comprenant les volets médical, de soins et administratif est constitué pour chaque patient.

1) Article 2, point f, de ladite loi du 2 août 2002.

Le dossier comprend obligatoirement les données médicales sous forme d'anamnèse, de rapports médicaux et soignants, de résultats d'analyses, de comptes-rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies et de tout autre document ou effet intéressant l'état de santé respectivement le traitement d'un malade.

A défaut d'archives nationales chaque établissement hospitalier est tenu d'assurer la garde du dossier pendant dix ans au moins à partir de la date de la fin du traitement hospitalier, à moins que la nature de la maladie n'impose une durée plus longue.

Le patient a un droit d'accès à son dossier individuel qu'il exerce en personne ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, attaché ou non audit établissement hospitalier.

En cas de décès du patient son conjoint non séparé de corps et ses enfants ainsi que toute personne qui au moment du décès a vécu avec lui dans le même ménage ou, s'il s'agit d'un mineur, ses père et mère, peuvent exercer, par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent, le droit d'accès dont question à l'alinéa qui précède.

L'hôpital est tenu de remettre au patient ou à ce médecin sous forme de copies les pièces figurant obligatoirement au dossier. Ceux-ci peuvent de même consulter le dossier sur place.

A la sortie de l'établissement hospitalier il est établi un résumé clinique par le ou les médecins traitants. Ce résumé est remis au patient et au médecin traitant qu'il désigne.

Un règlement grand-ducal peut établir un modèle type du dossier et du résumé clinique.

Le directeur de l'établissement hospitalier veille à l'observation des prescriptions prévues par le présent article. Il prend les mesures de sécurité requises pour prévenir tout accès illicite au dossier. "

En vertu de cette disposition légale, le patient dispose pour les données relatives à son séjour hospitalier, d'un droit d'accès non limité.

Il s'ensuit que sous réserve de l'appréciation de la gravité des éléments d'information relatifs à l'état de santé de l'assuré, rien ne s'oppose à ce que le principe de l'accès au dossier administratif sur demande de la personne directement concernée s'applique en matière de sécurité sociale.¹⁾

1) Il convient encore de rappeler l'article 21, alinéa 1er, du CAS qui donne une précision relative à la communication d'éléments d'un dossier médical : " Tout prestataire de soins de santé visé à l'article 61 du présent code, détenteur d'un dossier médical ou d'éléments d'un tel dossier, de données médicales sous forme de rapports médicaux, de résultats d'analyses, de comptes-rendus d'investigations diagnostiques, d'ordonnances ou de prescriptions, de radiographies ou de tout document ou effet intéressant l'état de santé ou le traitement thérapeutique d'un malade, doit en donner communication, le cas échéant sous forme de copie, au médecin désigné par le malade et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale. "

Dans la pratique, les décisions du président de l'UCM portent d'ailleurs la précision " *sur demande, les destinataires de décisions administratives bénéficient du droit d'accès aux données de leur dossier.* "

La collaboration de l'assuré social dans la procédure administrative exige qu'il puisse y participer en connaissance de cause. Ainsi convient-il de lui permettre de consulter son dossier pour préparer ses moyens et pouvoir exposer son point de vue.

Le respect des droits de la défense impose l'accès aux éléments d'information.

1.5. Le droit d'être entendu

Le droit d'être entendu est la conséquence logique et nécessaire de la prise de connaissance des éléments d'information du dossier.¹⁾

Conformément à l'idée qui est à la base de l'Etat moderne, assurer le maximum d'équité dans les rapports entre l'administration et l'individu, ce principe reconnaît à l'intéressé la possibilité d'être entendu au cours de la procédure administrative : il peut opposer des faits, faire valoir ses arguments en fait et en droit et, le cas échéant, proposer des moyens de preuve.

L'intéressé sera ainsi en mesure de participer à la procédure d'élaboration de la décision administrative et de défendre ses droits, ses libertés et ses intérêts légitimes.

L'expression " droit d'être entendu " ne doit pas être prise à la lettre. L'intéressé peut faire valoir ses arguments par écrit ou oralement, selon qu'il conviendra.

Plusieurs dispositions de sécurité sociale imposent le respect du principe du contradictoire :

1) L'article 9 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 dispose que : " Sauf s'il y a péril en la demeure, l'autorité qui se propose de révoquer ou de modifier d'office pour l'avenir une décision ayant créé ou reconnu des droits à une partie, ou qui se propose de prendre une décision en dehors d'une initiative de la partie concernée, doit informer de son intention la partie concernée en lui communiquant les éléments de fait et de droit qui l'amènent à agir.

Cette communication se fait par lettre recommandée. Un délai d'au moins huit jours doit être accordé à la partie concernée pour présenter ses observations.

Lorsque la partie concernée le demande endéans le délai imparti, elle doit être entendue en personne.

L'obligation d'informer la partie concernée n'existe que pour autant que l'autorité compétente est à même de connaître son adresse. Les modifications sont valablement faites à l'adresse indiquée par la partie ou résultant de déclarations officielles. "

- L'article 211, alinéa 5, du CAS relatif à l'assurance pension précise que :
" Les sommes indûment touchées sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles ; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 222. La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. "
- L'article 350, alinéa 3, du CAS relatif à la détermination des aides et soins dans le cadre de l'assurance dépendance, dispose que :
" Le plan de prise en charge, établi en concertation avec le bénéficiaire ou avec les membres de sa famille, le réseau d'aides et de soins ou l'établissement, détermine sur base du relevé-type la durée des aides et des soins à prester par un réseau d'aides et de soins en cas de maintien à domicile ou par un établissement d'aides et de soins. "
- L'article 367, alinéa 4, du CAS relatif à l'assurance dépendance précise que :
" La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. "
- L'article 34, alinéa 5, de la loi du 3 août 1998 instituant des régimes de pension spéciaux pour les fonctionnaires de l'Etat et des communes ainsi que pour les agents de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois dispose que :
" Les sommes indûment touchées sont restituées sans préjudice de poursuites judiciaires éventuelles ; elles peuvent également être déduites de la pension ou des arrérages restant dus sans que le montant mensuel ne puisse être réduit en-dessous de la moitié du douzième du montant de référence prévu à l'article 45. La décision de restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. "
- L'article 27, alinéa 5, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales précise que :
" Une décision attaquable concernant la restitution ne peut être prise qu'après que l'intéressé aura été entendu soit verbalement, soit par écrit. La décision doit être motivée. "
- L'article 12, paragraphe 3, alinéa 2, de la loi du 23 décembre 1998 autorisant le fonds national de solidarité à participer aux prix des prestations fournies dans le cadre de l'accueil gérontologique aux usagers des centres intégrés, maisons de soins, centres socio-gérontologiques et foyers du jour psychogériatriques, dispose que :

" Le fonds ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droit soit verbalement, soit par écrit. "

- L'article 22, paragraphe 3, de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti précise que :
" L'allocation complémentaire est versée entre les mains de l'un des membres de la communauté domestique. L'organisme compétent choisit l'allocataire après avoir entendu les parties. "
- L'article 27, paragraphe 3, alinéa 2, de la loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti dispose que :
" L'organisme compétent ne peut prendre une décision concernant la restitution qu'après avoir entendu l'intéressé ou ses ayants droit soit verbalement, soit par écrit. "
- L'article 10 du règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code des assurances sociales dispose que :
" La commission de surveillance prend, après l'audition des parties, une décision motivée. "1)

Il s'ensuit que le principe du droit pour la personne concernée d'être entendue, est d'application en matière de sécurité sociale.

A titre d'illustration de l'application en pratique du droit de l'assuré d'être entendu, il y a lieu de se référer à la procédure de constatation d'une consommation abusive de prestations de soins.

Aux termes de l'article 23, alinéa 2, du CAS :

" Les statuts de l'union des caisses de maladie prévoient à titre de sanction des participations plus élevées ou le refus de la prise en charge de prestations dans le chef d'assurés dont la consommation de prestations à charge de l'assurance maladie est considérée comme abusive d'après des normes y établies, le contrôle médical de la sécurité sociale entendu en son avis. "

Rappelons que l'article 341, alinéa 2, point 4, du CAS précise que le CMSS a dans ses attributions :

" l'avis au sujet des normes à établir par les statuts conformément à l'article 23 en vue de définir la consommation abusive de soins de santé par les assurés "

1) Il convient de préciser que cette dernière disposition a trait à la procédure d'exercice d'un recours administratif interne qui sera analysée dans le cadre de la partie 1.2..

L'article 32 des statuts de l'UCM précise que :

" Les décisions portant constatation par le contrôle médical des abus visés à l'article précédent sont notifiées à la personne protégée dans les formes prescrites pour les décisions susceptibles d'opposition ou de recours prévues par le Code des assurances sociales. Dans la mesure où ces décisions restent non contredites dans les délais d'opposition prévus ou ne sont pas attaquées devant les juridictions compétentes dans les délais légaux et dans la forme prescrite, elles entraînent obligatoirement application immédiate des sanctions prévues aux présents statuts par les instances compétentes. "

Mais avant l'intervention d'une décision, l' " assuré-prévenu " est convoqué par l'UCM devant le CMSS, afin d'être entendu en ses explications et moyens de défense relatifs à la présomption d'abus de consommation.

Le refus de l'assuré de se présenter à l'entretien oral, est consigné dans l'avis du CMSS.

Mais non seulement l'assuré lui-même a le droit d'être entendu, aussi les tierces personnes ont le droit de faire connaître leurs observations éventuelles. C'est l'article 5 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 qui prévoit ce droit :

" Lorsqu'une décision administrative est susceptible d'affecter les droits et intérêts de tierces personnes, l'autorité administrative doit lui donner une publicité adéquate mettant les tiers en mesure de faire valoir leurs moyens. Dans la mesure du possible, l'autorité administrative doit rendre publique l'ouverture de la procédure aboutissant à une telle décision. Les personnes intéressées doivent avoir la possibilité de faire connaître leurs observations.

La décision définitive doit être portée par tous moyens appropriés à la connaissance des personnes qui ont présenté des observations. "

L'article 5 tend à garantir que l'administration statue en pleine connaissance de cause et à la lumière des observations que les tiers intéressés lui auront communiquées.

La notion de " tiers intéressés " englobe toutes les personnes qui peuvent subir les conséquences dommageables d'une décision administrative et qui ont, de ce fait, intérêt à présenter leurs observations.

Dans un jugement du 30 janvier 1997¹⁾ le CAAS a fait application de ladite disposition :

En l'espèce, la société Luxconsult SA a été frappée d'une amende d'ordre en application de l'article 154 du Code des assurances sociales pour non-

1) CAAS, 30.01.1997, Luxconsult c/ AAI, n° GA 55/96 et GA 84/96.

observation des exigences de prévention des accidents et de sécurité au travail légalement prévues. L'amende a été infligée par le comité-directeur au motif qu'il résulte des constatations faites par le service de prévention des accidents de l'association d'assurance, qu'à l'occasion de l'accident du travail mortel par électrocution dont l'assuré Coimbra Da Costa Carlos, ouvrier de la société Batichimie, a été victime en date du 25 juillet 1995 sur le chantier BGL à Luxembourg - Kirchberg, la société requérante ne se serait pas conformée aux exigences de prévention des accidents imposant des mesures de protection et de sécurité au travail.

La société Luxconsult a la qualité de tiers en ce sens qu'elle n'est pas l'employeur de l'ouvrier accidenté et n'a dès lors pas effectué elle-même la déclaration d'accident à remettre à l'association d'assurance et dans laquelle les employeurs sont tenus de donner récit détaillé de l'accident, quels moyens de protection ont été employés et quelles mesures concernant les dispositifs techniques de protection et autres ont été prises pour éviter à l'avenir un accident analogue.

Il a été jugé comme suit :

" Attendu qu'aux termes de l'article 5 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes, lorsqu'une décision administrative est susceptible d'affecter les droits et intérêts de tierces personnes, l'autorité administrative doit lui donner une publicité adéquate mettant les tiers en mesure de faire valoir leurs moyens et que dans la mesure du possible, l'autorité administrative doit rendre publique l'ouverture de la procédure aboutissant à une telle décision en donnant aux personnes intéressées la possibilité de faire connaître leurs observations ;

que le principe du respect du caractère contradictoire de la procédure administrative implique pour le particulier le droit d'être avisé de l'existence d'une procédure dont l'issue peut l'atteindre dans ses intérêts et dans sa situation individuelle et le droit de présenter utilement sa défense, d'être informé des griefs retenus et d'obtenir communication du dossier ;

que la procédure administrative conformément à ce principe devrait permettre à l'intéressé d'être informé de ses droits à obtenir de l'autorité administrative tous les éléments pour présenter utilement sa défense et permettre que s'instaure dès ce niveau une véritable collaboration entre l'administration et l'intéressé ;

Attendu qu'il ne résulte pas du dossier administratif que la société Luxconsult ait reçu de la part de l'association d'assurance une lettre de mise en demeure suffisamment motivée qui devait légalement lui être adressée pour lui permettre de présenter utilement sa défense et de donner à celle-ci le poids nécessaire avant qu'intervienne la décision administrative du comité-directeur ;

que cette lettre de mise en demeure, précisant et motivant les griefs de nature à justifier la sanction administrative l'aurait dû avertir qu'une amende d'ordre peut être infligée par l'organe de décision de l'association d'assurance conformément aux dispositions de l'article 154 du Code et l'informer qu'il dispose du droit de se faire assister par un avocat et d'obtenir communication du dossier ;

que cette précision et motivation des griefs de nature à justifier une sanction est également indispensable pour permettre au Conseil arbitral d'exercer le contrôle de la légalité qui lui appartient ;

Attendu que les formalités d'ordre public protectrices des droits de la défense prévues conformément aux dispositions du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, relatif à la procédure à suivre par les administrations, n'ont dès lors pas été suffisamment respectées et que la décision intervenue, ayant méconnu ces règles et ayant été prise sans observation de celles-ci et notamment sans avoir donné le moyen à la société Luxconsult de faire valoir ses observations, est à annuler. "

Le droit d'être entendu constitue dès lors un principe fondamental, dont la violation entraîne l'annulation de la décision prise.

1.6. L'indication de voies de recours

Aux termes de l'article 14 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 :

" Les décisions administratives refusant de faire droit, en tout ou en partie, aux requêtes des parties ou révoquant ou modifiant d'office une décision ayant créé ou reconnu des droits doivent indiquer les voies de recours ouvertes contre elles, le délai dans lequel le recours doit être introduit, l'autorité à laquelle il doit être adressé ainsi que la manière dans laquelle il doit être présenté. "

En règle générale l'assuré ignore l'existence des voies de recours et la façon de les exercer. Si l'on veut s'assurer que l'assuré peut effectivement exercer un recours, il est indispensable d'obliger l'administration de l'informer sur le genre du recours, le délai du recours et l'autorité compétente pour examiner le recours.

Certaines dispositions de sécurité sociale prévoient expressément cette indication des voies de recours :

L'article 273, alinéa 5, du CAS précise :

" L'octroi, le rejet, le retrait ou la suspension d'une pension ne peut être prononcé que par une décision écrite et motivée qui indique le délai du recours et l'instance compétente pour en connaître. "

L'article 11 du règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code des assurances sociales dispose que :

" La décision est notifiée aux parties en cause avec indication des voies de recours, de la juridiction à laquelle il doit être adressé et de la forme dans laquelle il doit être présenté. "

L'article 10, alinéa 1er, du règlement grand-ducal du 22 décembre 1995 déterminant la procédure de déclaration des accidents et de fixation des prestations de l'assurance accident précise que :

" La rente est accordée dans la mesure du possible d'office à l'assuré ou ses survivants par décision du président ou de son délégué en vertu de l'article 128 du Code des assurances sociales. La décision indique le début et le montant de la rente, le revenu servant de base au calcul, le degré de l'incapacité de travail admise par le contrôle médical de la sécurité sociale ainsi que les délais et voies de recours. "

En pratique les décisions du président de l'UCM comportent la précision ¹⁾ suivante :

" Cette décision sera acquise dans les quarante jours de la notification à l'égard des parties à qui cette notification a été faite. En cas de non-accord, il est loisible aux parties de former par écrit une opposition dans le délai de quarante jours de la notification auprès du Conseil d'administration de l'union des caisses de maladie. Le cas échéant, il est conseillé d'adresser l'opposition par courrier recommandé à l'adresse suivante : Union des Caisses de maladie, Conseil d'administration, Boîte Postale 1023, L-1010 Luxembourg. "

L'omission par l'administration d'informer l'administré des voies de recours contre une décision administrative entraîne que les délais impartis pour les recours ne commencent pas à courir. Cette sanction ne s'applique cependant qu'à l'égard du destinataire direct de l'acte incriminé. En effet, si l'on élargissait le cercle des administrés pouvant invoquer l'article 14 aux tiers intéressés par les décisions, alors l'administration devrait, pour chaque décision, la notifier - tout en précisant les voies de recours - à tous les tiers potentiellement concernés. Pareille exigence n'est cependant ni prévue par la loi, ni praticable en fait.²⁾

Cette information est d'autant plus indispensable qu'il existe pour chaque branche de la sécurité sociale des textes particuliers organisant des recours spéciaux.

1) En français et en allemand.

2) TA 26.1.1998, n° 10244 ; TA 26.1.1998, n° 10245 ; TA22.7.1998 n° 9707 ; TA 13.7.2000, n° 11652.

1.7. La collaboration procédurale de l'administration

A défaut de dispositions spéciales en matière de sécurité sociale, il y a lieu de se reporter à la procédure administrative non contentieuse.

D'après l'article 1er du règlement grand-ducal du 8 juin 1979, toute autorité saisie par un administré doit d'abord examiner si elle est compétente.

Si elle estime qu'elle n'a pas compétence en la matière, il lui appartient de déterminer l'autorité compétente et de lui transmettre la demande, tout en informant le demandeur.

Au cas où un délai est imparti pour la saisine de l'autorité, celui-ci est, aux termes de l'article 2 du règlement, censé être respecté dès lors que l'acte est parvenu dans ce délai à une autre autorité, même si celle-ci est incompétente en la matière ou appartient à un ordre administratif différent.

Ces règles trouvent leur justification dans la difficulté éprouvée par un individu à se retrouver dans la structure complexe de l'administration actuelle. Les administrés sont souvent impuissants pour identifier eux-mêmes le service compétent. Conformément à sa mission générale, l'administration est tenue d'aider activement l'administré. Ainsi décidé à propos du dépôt d'une demande en allocation d'une rente pour dommage de guerre adressée par erreur à l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, au lieu du Ministre de la Santé¹⁾.

Toute autorité incompétemment saisie doit dès lors transmettre la requête à l'autorité compétente, sans distinguer suivant que celle-ci appartient ou non à la même personne morale de droit public. La règle s'appuie sur le concept de l'unité de l'Etat et sur celui de l'unicité de la puissance publique.

Par jugement rendu en date du 17 décembre 2001²⁾ par le CAAS, il a par ailleurs été précisé que le principe de la collaboration procédurale de l'administration ne saurait jouer que si les pièces du dossier administratif permettent une qualification de l'objet de la demande :

" Attendu que l'article 1er du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes prévoit en ses alinéas 1er et 2 que toute autorité administrative saisie d'une demande de décision examine d'office si elle est compétente et lorsqu'elle s'estime incompétemment saisie, elle transmet sans délai la demande à l'autorité compétente, en avisant le demandeur ;

Attendu que les pièces du dossier administratif concernant l'instruction de la demande de pension d'invalidité de la part de la Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux (CPFEC) ne font pas état de

1) Trib. Lux., 3.06.1992, Kneip c/Etat du Grand-Duché de Luxembourg et Etablissement d'Assurance contre la vieillesse et l'invalidité, n° 382/92 du rôle.

2) CAAS 17.12.2001, Schulten Marie-Thérèse c/ AAI, n° G272/00.

l'accident du travail de 1995 mais d'autres pathologies indépendantes de cet accident, de sorte que la demande en obtention de la pension d'invalidité ne saurait être considérée comme demande tendant à l'octroi d'une rente accident présentée auprès d'une autorité administrative incompétente. "

Finalement il y a lieu de rappeler l'article 3 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 aux termes duquel l'autorité compétente doit d'office appliquer au cas soumis les dispositions légales et réglementaires qui le régissent. L'administré n'a ainsi pas besoin d'indiquer les normes applicables et peut se borner à soumettre les faits. Il appartient à l'administration de rechercher et de déterminer les règles juridiques à appliquer. Ceci vaut d'autant plus en matière de sécurité sociale, en raison de la diversité et de la complexité des règles juridiques applicables à chaque cas d'espèce.

La phase d'élaboration aboutira à la prise d'une décision. A un premier stade, cette décision sera provisoire. L'assuré en prendra connaissance et dans le cas, où ladite décision ne lui donnera pas entière satisfaction, il pourra exercer les voies de recours internes indiquées dans la décision lui notifiée.

2. Les voies de recours administratifs

Le recours administratif peut être défini comme étant la requête destinée à obtenir de l'administration qu'elle modifie sa position initialement adoptée à l'égard du requérant.

Le recours administratif est adressé à une autorité administrative et non pas à une juridiction.

En matière de sécurité sociale, il existe pour chaque branche d'assurance des voies de recours internes spécifiques pouvant être qualifiées de recours amiables, préalables à toute phase contentieuse.

S'il est vrai que le destinataire d'une décision administrative individuelle est libre d'introduire un recours gracieux auprès de l'autorité ayant émis la décision afférente ou auprès du supérieur hiérarchique de ladite autorité, et que le fait de ne pas introduire un tel recours gracieux ne l'empêche pas d'introduire un recours contentieux directement contre la décision lui faisant grief, il en est autrement au cas où une disposition légale ou réglementaire prévoit expressément une procédure de recours administratif à tenter contre la décision initiale. Le fait de prévoir par une telle disposition légale ou réglementaire une procédure spéciale de recours administratif à l'encontre d'une décision administrative, oblige le destinataire de ladite décision, au cas où il souhaite voir modifier ou retirer ledit acte administratif, à recourir d'abord

à la procédure spéciale telle que prévue par la loi avant de pouvoir introduire un recours contentieux devant les juridictions administratives.¹⁾

Il s'ensuit qu'une première décision administrative notifiée à l'assuré devient, à défaut d'exercice de la voie de recours interne prévue, définitive et ne pourra plus être attaquée devant les juridictions sociales.

La voie de recours a pour objectif de soumettre la première décision au contrôle d'un organe administratif collégial pour voir si l'appréciation des faits s'est déroulée conformément aux dispositions légales, réglementaires et statutaires en vigueur.

Dans son avis relatif au projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé²⁾, le Conseil d'Etat a critiqué la multiplication des instances et des voies de recours :

" Les auteurs du projet se sont évertués à rencontrer la complexité de la matière par l'élaboration d'un système de renvois fastidieux alourdissant considérablement la procédure. Ainsi en est-il en matière de décisions individuelles comme le Conseil d'Etat aura l'occasion de le relever ultérieurement. Or il convient d'éviter, dans toute la mesure du possible, un enchevêtrement des instances et des voies de recours.

Conformément à l'article 11 de la Constitution la loi organise la sécurité sociale et la protection de la santé. A ce propos le Conseil d'Etat devrait s'opposer formellement à toute solution législative qui compliquerait le contentieux au point de noyer dans un dédale de procédures juxtaposées, l'intérêt légitime de l'assuré de voir définitivement fixer ses droits dans un délai raisonnable. "

La loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé n'a pas tenu compte de cette critique. Compte tenu de la complexité et de la technicité de la matière de sécurité sociale, le contrôle interne de la légalité de la décision administrative confère à l'assuré, pour la phase postérieure à l'émission de la décision, une garantie de protection indispensable contre tout risque éventuel d'erreur de fait ou de droit et contre le risque d'arbitraire.

Certaines procédures de contrôle sont déclenchées sur l'initiative de l'assuré lui-même : ce dernier se voit notifié une décision ne lui donnant pas (ou pas entièrement) satisfaction et avant de passer devant les juridictions sociales il dispose d'un recours gracieux.

D'autres procédures de contrôle sont mises en application sur initiative de l'autorité administrative elle-même.

1) TA, 13.12.2000, Aff. Kugener, n° 11253.

2) Doc. parl. n° 3513 (10).

2.1. Les recours gracieux de l'assuré

L'assuré dispose pour chaque branche d'assurance d'une procédure d'opposition contre les décisions à portée individuelle et en matière d'assurance maladie, il peut en outre porter tout litige au sujet d'un tarif devant la commission de surveillance en vertu de l'article 55, alinéa 4¹⁾, du CAS.

2.1.1. L'opposition portée devant le conseil d'administration ou le comité-directeur

L'assuré qui se voit notifié une décision présidentielle individuelle ne lui donnant pas satisfaction, a la possibilité de la contester au moyen d'une opposition à porter devant l'organe collégial respectif.

L'existence d'un recours gracieux propre aux décisions individuelles permet d'éviter que ces décisions portant sur les droits des assurés soient affectées par des litiges trouvant leur source dans les conventions collectives conclues avec les prestataires de soins.

2.1.1.1. Les dispositions légales

- En matière d'assurance maladie-maternité, un tel recours est prévu à l'article 50, alinéa 6, du livre I du CAS, relatif à l'union des caisses de maladie :

" Toute question à portée individuelle à l'égard d'un assuré en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite formée par l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le conseil d'administration. "

et à l'article 55, alinéa 3, du livre I du CAS, relatif aux caisses de maladie :

" Toute question à portée individuelle en matière de prestations ou d'amendes d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

Il y a dès lors lieu de distinguer entre le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et le comité-directeur des caisses de maladie.

1) Modifié par la loi du 18 mai 1999 (Mémorial A, 1999, p. 1361).

Les organes de l'UCM¹⁾ sont l'assemblée générale et le conseil d'administration.²⁾

Les organes des caisses de maladie sont la délégation et le comité-directeur.³⁾

Dans le projet de loi⁴⁾ portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé il a initialement été prévu de préciser à l'article 55, que :

" Toute question à portée individuelle en matière de prestations et d'amendes d'ordre relevant de la compétence de la caisse de maladie peut faire l'objet d'une décision de l'administrateur ou de son délégué.

Cette décision est notifiée à l'intéressé et au président de l'union des caisses de maladie. Elle est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé ou du président dans les quarante jours de la notification.

*L'opposition est vidée par le comité-directeur ; la décision du comité-directeur est notifiée à l'assuré et au président de l'union des caisses de maladie. "*⁵⁾

Dans son avis le Conseil d'Etat s'est formellement opposé à ladite disposition:

" Aux termes de l'article 283 nouveau du Code des assurances sociales l'union des caisses de maladie et les caisses de maladie sont des établissements publics soumis à la surveillance de l'Etat en application de l'article 59 nouveau du même code. Il est inacceptable de soumettre les décisions des caisses de maladie au contrôle d'un organe de l'union des caisses de maladie. Il n'appartient en effet pas à un établissement public d'exercer un droit de regard sur la manière dont un autre service décentralisé de même nature exerce ses compétences. L'alinéa 6 du texte du projet de loi doit partant être éliminé, les alinéas 4 et 5 étant fusionnés dans un texte libellé comme suit: " Toute question à portée individuelle en matière de prestations ou d'amende d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

Cette proposition a été reprise dans le texte de loi final.

1) En vertu de l'article 45 du CAS " L'union des caisses de maladie est compétente pour toutes les affaires sous réserve des attributions dévolues aux caisses de maladie en application de l'article 51. "

2) Article 45, alinéa 2, du CAS.

3) Article 51, alinéa 5, du CAS.

4) N° 3513.

5) Doc. parl. n° 3513, p. 58.

Le droit d'initiative n'appartient dès lors qu'à l'intéressé qui s'est vu notifié la décision présidentielle.

- En matière d'assurance accident, l'article 128, alinéa 4, du livre II du CAS, relatif au comité-directeur de l'association d'assurance contre les accidents, précise que :

" Toute question à portée individuelle en matière de prestation, d'amende d'ordre ou de classement d'une entreprise dans une classe de risque peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

- Pour l'assurance pension c'est l'article 261, alinéas 3 et 4, du livre III du CAS, relatif au comité-directeur des caisses de pension qui dispose que :

" Toute question de prestations peut faire l'objet d'une décision du président de la caisse de pension ou de son délégué. La décision est acquise dans les quarante jours de la notification à l'égard des parties à qui cette notification a été faite. Il est loisible aux parties de former opposition écrite dans les délais ci-dessus.

L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

- L'article 323, alinéa 6, du livre IV du CAS, relatif au comité-directeur du centre commun de la sécurité sociale prévoit que :

" Toutes les questions d'affiliation, de cotisations et d'amendes d'ordre peuvent faire l'objet d'une décision du président ou de son délégué. Elles sont acquises dans les quarante jours de la notification à l'égard des parties à qui cette notification a été faite. Il est loisible aux parties de former opposition écrite dans le délai visé ci-dessus. L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

- En matière d'assurance dépendance, l'article 382, alinéa 1er, du livre V du CAS, précise que :

" Toute question à portée individuelle peut faire l'objet d'une décision du président de l'union des caisses de maladie ou de son délégué. Cette décision est acquise à défaut d'une opposition écrite de l'intéressé dans les quarante jours de la notification. L'opposition est vidée par le conseil d'administration. "

- Finalement l'article 9, alinéa 3, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales, dispose que :

" Toutes questions de cotisation, d'amendes d'ordre et de prestations peuvent faire l'objet d'une décision préalable¹⁾ du président du comité-directeur de la caisse ou de son délégué. Elles sont acquises dans les quarante jours de la notification à l'égard des parties à qui cette notification a été faite. Il est loisible aux parties de former opposition écrite dans les délais ci-dessus. L'opposition est vidée par le comité-directeur. "

Les dispositions légales reproduites ci-dessus, sont toutes d'un contenu identique, apportant des précisions sur les points suivants :

- 1) La nature de la décision pouvant faire l'objet d'une opposition
- 2) L'auteur de la décision
- 3) La forme écrite de l'opposition
- 4) La partie pouvant faire opposition
- 5) Le délai d'opposition et son point de départ
- 6) L'autorité compétente pour en connaître
- 7) L'autorité de chose décidée à défaut d'opposition

Pour chaque branche d'assurance la procédure d'opposition est la même.

Un assuré se voit notifié une décision administrative individuelle prise par le président ou son délégué.

A défaut de notification, la décision administrative n'aura pas d'existence légale et le délai d'opposition ne pourra commencer à courir. La notification qui se fait en pratique par lettre recommandée à la poste, vise à garantir une prise de connaissance effective de la décision par l'assuré.

En cas de désaccord, l'assuré pourra faire valoir ses contestations au moyen d'une opposition écrite à introduire endéans le délai de 40 jours à partir de la notification.

A la lecture des différents articles relatifs à la procédure d'opposition, nous avons constaté que chacun précise que " toute question (...) **peut** faire l'objet d'une décision du président. "

A titre d'explication, il y a lieu de se reporter au document parlementaire n°4429, relatif à la loi du 18 mai 1999²⁾ modifiant notamment l'article 55, alinéa 2, point 2, du CAS qui, dans sa formulation actuelle, dispose que :

" Dans le cadre des attributions de la caisse de maladie, le comité-directeur est compétent pour toutes les matières non attribuées à un autre organe de la caisse.

1) Le qualificatif " préalable " ne subsiste qu'en matière de prestations familiales. Pour les autres branches il a été supprimé afin de souligner qu'à défaut d'opposition dans le délai de 40 jours, la décision est coulée en force de chose décidée. (cf.doc.parl. n° 3513 relatif au projet de loi portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, p. 112).

2) Mémorial A, 1999, p. 1361.

Il lui appartient notamment :

(...)

- de prendre les décisions individuelles, sans préjudice de l'article 55, alinéas 4 et 5¹⁾ en matière de prestations à l'exclusion de celles concernant les prestations prises directement en charge par l'union des caisses de maladie ;

Le texte gouvernemental du projet de loi précisait " *sans préjudice de l'article 55, alinéas 3 et 4* ".

Au commentaire de l'article en cause, le Gouvernement fait valoir que ce complément est destiné à " *faire ressortir clairement que, même si le comité-directeur a une compétence générale en matière de prestations, il existe des situations particulières où il appartient au président du comité directeur de prendre les décisions* ".

D'après le texte gouvernemental, échapperaient ainsi à la compétence du comité-directeur les litiges en rapport avec l'application d'un tarif à une prestation de soins (article 55, alinéa 4), de même que toutes les questions à portée individuelle en matière de prestations ou d'amendes d'ordre rentrant dans le cadre des attributions de la caisse de maladie en cause (article 55, alinéa 3).

Dans son avis, le Conseil d'Etat estime que si le pouvoir de décision exclusif du président du comité directeur dans le contexte des contestations visées à l'article 55, alinéa 4, peut se justifier, ne serait-ce que par référence aux prérogatives du président de l'union des caisses de maladie consacrées par l'article 50, alinéa 7, il paraît plus discutable dans le domaine couvert par l'article 55, alinéa 3.

Le Conseil d'Etat relève qu'il a en effet toujours été admis qu'une caisse de pension ou encore l'association d'assurance contre les accidents, pouvaient, en présence de dispositions légales analogues à celle de l'article 55, alinéa 3, agir soit par l'organe du comité-directeur soit par le biais d'une décision présidentielle susceptible d'opposition à trancher par ledit comité. Deux voies étaient ainsi ouvertes au pouvoir décisionnel.

Le Conseil d'Etat n'entrevoit pas de raison contraignante pour se départir de cette ligne. Aussi propose-t-il de biffer à l'article 55, alinéa 2, deuxième tiret la référence à l'article 55, alinéa 3, pour ne maintenir que le renvoi visant l'alinéa 4.

La commission s'est ralliée à ces vues et a adopté l'article 55, alinéa 2, point 2, dans la teneur proposée par le Conseil d'Etat.

1) Les termes " et 5 " ont été ajoutés par la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle (Mémorial A N° 76, 2002, p.1667).

Il s'ensuit qu'en vertu de cet article l'assuré ne dispose pas, pour les questions à portée individuelle en matière de prestations ou d'amendes d'ordre, de la garantie du double degré de contrôle, alors qu'il en dispose pour les litiges relatifs à une question de tarif.

En effet, si une question individuelle de prestations trouve sa première réponse dans une décision du comité-directeur, celle-ci ne pourra plus faire l'objet d'un deuxième contrôle administratif interne, mais sera immédiatement portée devant les juridictions compétentes.

Il convient cependant de préciser qu'en pratique, les questions à portée individuelle en matière de prestations ou d'amende d'ordre, mis à part les quelques rares exceptions susceptibles de provoquer des revirements fondamentaux dans l'application des grands principes, font toujours l'objet d'une première décision émanant du président susceptible de faire l'objet d'un recours administratif interne.

Tout récemment l'article 55 du CAS a été modifié. En effet, la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle dispose dans son article 15 comme suit :

- " *L'article 55 du Code des assurances sociales est modifié comme suit :*

a) L'alinéa 2, deuxième tiret prend la teneur suivante :

*" - de prendre les décisions individuelles, sans préjudice de l'article 55, alinéas 4 **et 5** en matière de prestations à l'exclusion de celles concernant les prestations prises directement en charge par l'union des caisses de maladie; "*

b) A la suite de l'alinéa 4 actuel, il est inséré un alinéa 5 nouveau ayant la teneur suivante :

" Toute décision de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une décision conjointe du président et du vice-président du comité. En cas de désaccord entre le président et le vice-président, le comité-directeur statuera endéans la huitaine. Cette décision est acquise à défaut d'un recours introduit par l'intéressé devant le Conseil arbitral des assurances sociales endéans les quinze jours à partir de la notification de la décision. Le Conseil arbitral statue endéans les trente jours de la saisine. Le jugement est exécutoire par provision. Il est susceptible d'appel endéans les quinze jours à partir de la notification du jugement. Le Conseil supérieur des assurances sociales statue endéans les trente jours de la saisine. Les articles 83, 293 et 294 sont applicables par analogie "

Les alinéas 5 et 6 actuels deviennent les alinéas 6 et 7 nouveaux. "

La modification prévue au point a) tient compte de l'introduction d'un alinéa 5 prévoyant que les décisions dans le domaine de la suspension, de la réduction ou de la suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie sont

prises conjointement par le président et le vice-président du comité. C'est seulement en cas de désaccord entre les deux que le comité directeur se substitue à eux.

Le texte précise que " *cette décision* ", c'est à dire la décision conjointe du président et du vice-président du comité, respectivement la décision du comité-directeur, devient définitive à défaut de recours judiciaire.

Il s'ensuit que pour les décisions de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie, l'assuré ne dispose pas de recours interne.

Du moment où l'assuré verra son indemnité pécuniaire de maladie suspendue, réduite ou supprimée, il se trouvera dans une situation extrêmement précaire, d'où le souci du législateur de vouloir introduire des délais assez brefs tant pour la présentation que pour l'examen des recours.

La nécessité d'une procédure accélérée pour cette catégorie de décisions justifie dès lors l'absence de voie de recours administratif.

2.1.1.2. L'autorité compétente : un organe collégial

Contrairement à la première décision qui émane d'une autorité unipersonnelle, à savoir le président de l'organe respectif, l'opposition, aboutissant soit à une décision de confirmation, soit à une décision de réformation, est portée devant un organe collégial : le conseil d'administration, respectivement le comité-directeur dont la composition est la suivante :

- Le conseil d'administration de l'UCM se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc :
 - 1) de trois délégués des ouvriers ;
 - 2) de deux délégués des employés privés ;
 - 3) d'un délégué des assurés du secteur public ;
 - 4) d'un délégué des assurés non salariés ;
 - 5) de cinq délégués des employeurs.¹⁾
- Aux termes de l'article 54 du CAS :

" Dans les caisses de maladie des salariés visées à l'article 44 sous 1), 3), 5) et 6), le comité-directeur se compose de six délégués des assurés et de six délégués des employeurs.

Dans les caisses de maladie d'entreprise visées à l'article 44, sous 2), 4) et 7), le comité-directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de six délégués des assurés.

1) Article 48, alinéa 1er, du CAS.

Dans les caisses de maladie visées à l'article 44 sous 8) et 9), le comité-directeur se compose de six délégués des assurés. Pour la caisse de maladie des professions indépendantes, trois délégués sont des ressortissants de la chambre des métiers et trois membres sont des ressortissants de la chambre de commerce. Pour la caisse de maladie agricole, un membre au moins appartient au groupe des viticulteurs.(...)

Lors de sa constitution, le comité-directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. "

Il y a lieu de relever qu'ici le président n'est donc pas un représentant de l'Etat.

- Le comité-directeur des deux sections de l'association d'assurance contre les accidents (section agricole et section industrielle) est composé du président et des représentants élus par l'assemblée générale.¹⁾ Les fonctions de président des comités-directeurs des deux sections sont remplies par un fonctionnaire nommé par le Gouvernement.
- En matière d'assurance pension, les articles 259 et 260 du CAS précisent la composition du comité-directeur de la caisse de pension respective :

" Art. 259. Le comité-directeur des caisses de pension visées à l'article 250, 1) et 2), se compose d'un président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc, et de dix membres dont cinq représentants des assurés et cinq représentants des employeurs. Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Art. 260. Le comité-directeur des caisses visées à l'article 250, 3) et 4) se compose de sept membres. Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs. Les membres effectifs élisent parmi eux un président et un vice-président.

Dans la caisse visée à l'article 250, 3), trois membres sont des ressortissants de la chambre de commerce et trois membres sont des ressortissants de la chambre des métiers. Le septième membre appartient alternativement au groupe des ressortissants de la chambre de commerce et à celui des ressortissants de la chambre des métiers. "

- Aux termes de l'article 322 du CAS :
 - " Le centre est placé sous l'autorité d'un comité-directeur comprenant:
 - 1) le président de l'office des assurances sociales, le président de la caisse de pension des employés privés et le président de l'union des caisses de maladie,
 - 2) trois délégués des ouvriers,
 - 3) deux délégués des employés privés,
 - 4) un délégué des assurés du secteur public,

1) Article 122, alinéa 4, du CAS.

- 5) un délégué des assurés non salariés,
- 6) cinq délégués des employeurs.(...)

La présidence du comité-directeur est exercée par le président de l'office des assurances sociales. "

A titre d'illustration du déroulement des délibérations du comité-directeur, il y a lieu de se référer au règlement grand-ducal du 2 juin 1999 relatif au fonctionnement du comité-directeur du centre commun de la sécurité sociale qui précise dans ses articles 5, 6 et 7 :

" Art. 5. Le président ouvre, dirige et clôt les délibérations.

Les décisions du comité-directeur sont prises à la majorité absolue des membres présents.

Les membres du comité-directeur votent à main levée. Toutefois, si un membre le demande, le vote se fait au scrutin secret pour la présentation de candidats, la nomination aux emplois, les démissions et les peines disciplinaires.

Les affaires qui n'ont pas été portées à l'ordre du jour ne peuvent donner lieu à une décision que s'il ne s'élève aucune opposition contre la mise en discussion ou s'il s'agit d'une demande tendant à la convocation d'une séance extraordinaire.

Art. 6. Les problèmes réclamant une décision urgente peuvent être communiqués par écrit par le président aux membres du comité-directeur.

Si endéans un délai de sept jours suivant cette communication, aucun membre n'a fait opposition écrite et motivée entre les mains du président, cette décision entre en vigueur.

En cas d'opposition, ladite décision est suspendue et remise en délibération à la prochaine séance.

Art. 7. Les décisions prises font l'objet d'un procès-verbal signé par le président et le secrétaire et indiquant la date de la séance et les noms des personnes qui y ont assisté.

Le nombre des voix émises à l'occasion de chaque vote est inscrit au procès-verbal.

Le procès-verbal de la dernière séance est soumis pour approbation au comité-directeur qui décide sur les observations auxquelles il pourrait donner lieu et qui le modifie en conséquence.

Le procès-verbal est adressé aux membres effectifs et suppléants du comité-directeur, au Ministre de tutelle ainsi qu'à l'Inspection générale de la sécurité sociale. "

S'agissant d'un organe collégial, nous retrouvons ici la précision relative à l'indication du nom des personnes présentes.

- La gestion de l'assurance dépendance étant assumée par l'UCM, le conseil d'administration est celui de l'UCM, abstraction faite des employeurs.¹⁾
- En vertu de l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales :

" La caisse nationale des prestations familiales est administrée et gérée par un comité-directeur comprenant un représentant du ministre compétent en matière de prestations familiales qui exerce la fonction de président, quatre représentants des syndicats des salariés les plus représentatifs sur le plan national, trois représentants des chambres professionnelles patronales et un représentant des professions libérales. "

D'une façon générale, il convient de relever que l'autorité compétente pour connaître de l'opposition est toujours un organe collégial, dont la composition montre que l'objectif des recours administratifs internes consiste à soumettre la contestation à une autre appréciation que celle faite par le seul personnel administratif d'une caisse, avant la saisine du juge.

A l'exception des caisses de maladie la fonction de président est exercée par un représentant de l'Etat.

En portant l'opposition devant le conseil d'administration, respectivement devant le comité-directeur, la contestation fera l'objet d'une appréciation par les représentants des partenaires sociaux.

2.1.1.3. L'exercice de la voie de recours administratif

Quant à la forme de l'opposition, les dispositions légales donnent comme seule précision que l'opposition doit être formée par écrit.

Il y a lieu de relever qu'en pratique l'annexe des décisions présidentielles de l'UCM porte la précision suivante :

" Le cas échéant, il est conseillé d'adresser l'opposition par courrier recommandé à l'adresse suivante : Union des Caisses de maladie, Conseil d'administration, Boîte Postale 1023, L-1010 Luxembourg. "

Rappelons à ce stade qu'en application du principe de la collaboration administrative, le délai de l'opposition est observé lorsque l'assuré s'est adressé en temps utile à l'autorité incompétente.

En ce qui concerne le contenu de l'opposition les dispositions légales restent silencieuses

1) Article 381, alinéa 2, du CAS : " Dans les matières visées ci-dessus, le conseil d'administration délibère en l'absence des délégués visés à l'article 48, alinéa 1, sous 5). "

Ainsi, il n'est pas exigé que l'opposition soit motivée sous peine d'irrecevabilité. L'opposant n'a pas besoin d'exposer les moyens, ni de détailler l'objet de son recours.

La décision présidentielle est censée être contestée pour le tout.

Saisie de la contestation de l'assuré intéressé, l'autorité administrative collégiale procède à un réexamen en fait et en droit. Elle n'est pas tenue de refaire toute la procédure suivie pour l'émission de la décision critiquée, mais statue au vu du dossier qui lui est présenté. Il ne saurait en être différemment que si la procédure suivie a été irrégulière ou que l'opposant fait état de circonstances nouvelles.

Le conseil d'administration, respectivement le comité-directeur, apprécie tous les faits tels qu'ils se présentent au moment où il statue. Ainsi une décision présidentielle de refus d'autorisation de transfert à l'étranger au motif qu'il s'agit d'un établissement non agréé, doit être réformée si, au moment de la prise de décision sur opposition, ledit hôpital a été admis sur la liste des établissements agréés.

De même, une procédure consultative est susceptible de périmer, si, suite à l'avis émis, il s'est produit une modification sensible des circonstances de fait ou de droit.

En d'autres termes, l'intervention d'éléments nouveaux qui sont de nature à influencer sur la mesure prise implique que l'administration ne peut plus se contenter de l'avis qu'elle avait recueilli et l'oblige à provoquer une nouvelle consultation.

2.1.1.4. Acquiescement à la décision présidentielle

Si l'assuré n'introduit pas d'opposition endéans le délai de 40 jours, la décision présidentielle acquiert autorité de chose décidée et devient définitive.

Elle ne pourra plus dans la suite faire l'objet d'un recours contentieux devant les juridictions sociales. Seules les décisions prises par le conseil d'administration, respectivement par le comité-directeur, sont susceptibles d'être soumises au contrôle juridictionnel.¹⁾

Par jugement du 3 juin 2002, le CAAS s'est référé à un arrêt du CSAS du 21 juin 1999²⁾ ayant retenu que :

" Il n'existe pas de dispositions dérogatoires à celles inscrites à l'article 128, alinéa 4 du Code des assurances sociales prévoyant que toute question de prestation ou d'amende d'ordre peut faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur de l'association d'assurance

1) Article 83, 276, 338 et 382 du CAS.

2) CSAS, 21.06.1999, Aff.Berend c/ AAI.

contre les accidents ou de son délégué et que cette décision est acquise à défaut d'une opposition introduite dans le délai prévu ;

Attendu que la requête déposée est à déclarer irrecevable pour avoir été présentée prématurément alors qu'elle n'est pas dirigée contre une décision susceptible de recours devant le Conseil arbitral ;

Attendu qu'en raison de l'irrecevabilité du recours il n'y a pas lieu de procéder à un examen quant au fond de l'affaire et il n'y a pas lieu à renvoi devant l'organe de décision compétent de la Caisse de pension des employés privés, à laquelle en tout état de cause un exemplaire du recours devant le Conseil arbitral a été transmis. "

C'est en ce sens que la procédure gracieuse est un préalable obligatoire à toute procédure contentieuse.

Une fois le délai de 40 jours expiré, l'assuré ne pourra plus rien faire. En matière de procédure contentieuse, l'administré a la possibilité d'être relevé de la forclusion en application de la loi du 22 décembre 1986, relative au relevé de la déchéance résultant de l'expiration d'un délai imparti pour agir en justice, dont l'article 1er précise que :

" Si une personne n'a pas agi en justice dans le délai imparti, elle peut, en toutes matières, être relevée de la forclusion résultant de l'expiration du délai si, sans qu'il y ait faute de sa part, elle n'a pas eu, en temps utile, connaissance de l'acte qui a fait courir le délai ou si elle s'est trouvée dans l'impossibilité d'agir. "

En matière de procédure non contentieuse il n'existe pas de disposition équivalente.

2.1.1.5. Le silence de l'administration

Une question qui se pose est celle de savoir ce qui se passe dans le cas où l'autorité administrative reste silencieuse suite à l'introduction d'une opposition endéans le délai imposé ?

L'assuré se trouve alors bloqué du fait de l'absence d'une décision susceptible d'un recours devant les juridictions sociales.

Les dispositions légales précisent que l'opposition doit être vidée par le comité-directeur, mais elles n'imposent aucun délai.

Afin de débloquer cette situation et de permettre à l'assuré d'être fixé quant au sort réservé à son recours interne, ceci dans un délai raisonnable, l'exercice de la tutelle administrative vient se greffer sur le processus normal de décision mis en œuvre par les établissements publics.

En effet, aux termes de l'article 59, alinéa 6, du CAS :

" Au cas où l'union des caisses de maladie ou les caisses de maladie refusent de remplir les obligations leur imposées par les lois, règlements,

statuts ou conventions, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale peut après deux avertissements consécutifs, charger l'inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'assurance maladie-maternité. "

A défaut de réaction au 2^e avertissement l'IGSS peut se substituer à la caisse silencieuse.

Il convient de préciser que cette disposition est spécifique à l'assurance maladie-maternité et n'est pas prévue pour les autres branches d'assurance.

L'article 288, alinéa 1, du CAS¹⁾ prévoit d'une façon générale que l'IGSS veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires et statutaires, mais il n'ouvre ni la possibilité de l'avertissement, ni celle de la substitution.

Au livre IV du CAS relatif aux dispositions communes, est prévue une solution au problème du silence de l'administration. L'article 319, alinéa 2, du CAS dispose que :

*" Lorsqu'un délai de cinq mois s'est écoulé sans qu'il soit intervenu aucune décision, les parties intéressées peuvent considérer la demande qu'elles auraient présentée par lettre recommandée à la poste comme rejetée et se pourvoir conformément à l'alinéa qui précède quant au litige ressortissant à la juridiction du ministre en vertu de l'alinéa 1. "*²⁾

En application de cet article, est considérée comme une décision susceptible de faire l'objet d'un recours auprès du ministre, la carence des organes directeurs des établissements d'assurance de statuer dans les 5 mois sur une demande qui a été formulée par lettre recommandée.

Cette disposition a un champ d'application très restreint et ne s'applique qu'aux seules décisions des comités-directeurs des organismes de sécurité sociale contre lesquelles il n'existe aucune voie de recours spéciale.³⁾

En droit administratif la question du silence de l'administration trouve une solution à l'article 4, paragraphe 1, de la loi modifiée du 7 novembre 1996, portant organisation des juridictions de l'ordre administratif qui précise que :

1) Article 288, alinéa 1, du CAS : " Les organismes de sécurité sociale sont soumis à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires et statutaires. "

2) Cet alinéa a été inséré par la loi du 26.07.1966, portant modification et complément des livres I, III et IV du Code des assurances sociales ainsi que de la loi du 29 août 1951 ayant pour objet la réforme de l'assurance pension des employés privés et de la loi du 29 août 1951 concernant l'assurance maladie des fonctionnaires et employés (Mém. A 1966, p. 655).

3) Article 319, alinéa 1er, du CAS : " Pour autant que le présent code n'en dispose pas autrement, il est ouvert un recours auprès du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale contre toutes les décisions contentieuses des comités-directeurs des organismes de sécurité. "

" Dans les affaires contentieuses qui ne peuvent être introduites devant le tribunal administratif que sous forme de recours contre une décision administrative, lorsqu'un délai de trois mois s'est écoulé sans qu'il soit intervenu aucune décision, les parties intéressées peuvent considérer leur demande comme rejetée et se pourvoir devant le tribunal administratif. "

Cette disposition propre aux juridictions administratives, permet de protéger l'administré devant l'inertie de l'administration. Après l'écoulement des trois mois, l'administration est présumée ne pas avoir fait droit à la demande de l'administré.

Face au silence de l'organisme de sécurité sociale, l'assuré se trouve aussi dans une position d'impuissance ne lui permettant pas de porter son affaire devant le juge et à nos yeux, ladite protection devrait trouver sa traduction équivalente en matière de sécurité sociale.

Une telle solution pourrait consister à insérer dans l'article 293 du livre IV du CAS relatif aux dispositions communes, après l'actuel alinéa 1er, un nouvel alinéa libellé comme suit :

" Dans les affaires contentieuses qui ne peuvent être introduites devant le conseil arbitral des assurances sociales que sous forme de recours contre une décision administrative, lorsqu'un délai de trois mois s'est écoulé sans qu'il soit intervenu aucune décision, les parties intéressées peuvent considérer leur demande comme rejetée et se pourvoir devant le conseil arbitral des assurances sociales. "

En vertu de cette disposition l'assuré a la possibilité de déférer la décision implicite de refus résultant du silence de l'administration, devant le CAAS et ceci de façon illimitée dans le temps. En effet, il n'y a jamais eu notification d'une décision motivée indiquant correctement les voies de recours ouvertes contre elle, le délai dans lequel le recours doit être introduit, l'autorité à laquelle il doit être adressé, ainsi que la manière de laquelle il doit être présenté, de sorte que le délai légal¹⁾ pour introduire le recours contentieux ne saurait commencer à courir.

Nous avons constaté que sur l'application du principe du silence la jurisprudence n'est pas uniforme.

Dans un arrêt du 26 mars 1997²⁾, le CSAS a décidé que :

" La décision, malgré le fait que l'organe compétent en était valablement saisi, ne prit pas position sur la demande en octroi des intérêts de retard rejetant ainsi implicitement, mais nécessairement la demande.

1) Article 1er, alinéa 1, du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 294 du Code des assurances sociales la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, ainsi que les délais et frais de justice.

2) CSAS, 26.3.1997, Quintus c/ CPEP, n° 43/97,

D'ailleurs, si l'assuré social ne disposait pas d'un recours devant les juridictions sociales lorsque l'administration compétente sursoit anormalement à statuer, il serait livré aux caprices d'un pouvoir arbitraire. "

La même solution a été retenue dans la décision du CAAS du 19 juin 1998¹⁾ :

" Attendu qu'en passant sous silence cette question, le comité-directeur a implicitement, mais nécessairement rejeté la demande. "

Dans un autre arrêt du 8 décembre 1999²⁾, la CSAS a retenu que :

" A défaut de disposition légale prévoyant que le silence du Ministre gardé au-delà d'un délai raisonnable vaut refus de la demande, l'existence d'une décision implicite de rejet de la demande ne saurait être admise. "

2.1.1.6. Le sursis à statuer

Un autre problème qu'il convient d'analyser est celui de deux demandes successives : une nouvelle demande est introduite alors que la première demande est toujours pendante devant les juridictions sociales.

Prenons l'exemple d'un assuré qui demande à être pris en charge au titre de l'assurance dépendance. Suite à cette première demande, l'assuré fait l'objet d'une évaluation et il se voit notifié une décision. N'étant pas d'accord avec ladite décision, il la conteste, d'abord au niveau administratif interne et ensuite moyennant une requête devant le CAAS.

Alors que cette action en justice est pendante devant les juridictions sociales, le même assuré présente une nouvelle demande de prise en charge à l'autorité administrative compétente. La question qui se pose est celle de savoir si la procédure administrative déclenchée par la deuxième demande est tenue en état par la procédure contentieuse déclenchée par la première demande ? En d'autres mots : est-ce que les autorités administratives doivent tenir la nouvelle demande en suspens jusqu'à ce que les juridictions sociales se soient définitivement prononcées sur le dossier de l'assuré concerné ?

Aucune disposition ne prévoit ni un tel droit, ni une telle obligation pour les organismes de sécurité sociale.

Il y a lieu de distinguer entre deux situations :

- 1) L'autorité administrative saisie de la deuxième demande prend une décision. Si cette décision donne satisfaction à l'assuré, ce dernier l'acceptera et elle acquerra autorité de chose décidée. Par la suite, est vidée l'action en justice pendante devant les juridictions sociales et la première demande fera l'objet d'une décision ayant autorité de chose

1) CAAS, 19.06.1998, Ribeiro Da Cruz c/ FNS, N° FNS 23/96.

2) CSAS, 8.12.1999, Lampesch Berthe c/ Ministère de la Santé, N° 173/99.

jugée. Le dossier de l'assuré concerné fera donc l'objet de deux demandes définitives.

Cette façon de procéder engendrera nécessairement un risque de contrariété de décisions.

Dans un arrêt rendu par le CSAS du 11 novembre 1999¹⁾, il a été précisé que :

" les décisions administratives prises antérieurement dans le cadre d'une autre procédure administrative ne sont pas de nature à lier la juridiction saisie d'un recours dans le cadre d'une nouvelle procédure. "

2) Dans l'hypothèse où l'assuré, non satisfait, introduit aussi contre la deuxième décision administrative un recours en justice, la situation se présente de la façon suivante²⁾ :

- Si la première demande se trouve toujours devant le CAAS, ce qui semble plutôt être le cas en théorie, cette juridiction pourra ordonner une jonction d'affaires afin de se prononcer par un seul et même jugement sur les deux demandes. En effet, en matière d'assurance dépendance, les parties en cause sont les mêmes, à savoir l'assuré et l'UCM, l'objet de chaque demande est la prise en charge des aides et soins de la personne dépendante et la cause des demandes est l'état de dépendance du demandeur.
- Le délai d'évacuation des affaires devant le CAAS étant en moyenne d'environ 7 mois et de ce fait inférieur au délai d'élaboration d'une décision administrative susceptible d'un recours en justice, afin qu'il existe une action pendante, l'examen de la première demande doit être passé au stade de la procédure d'appel devant le CSAS, ce qui est très rare en pratique. En vertu de la garantie du double degré de juridiction, le CAAS ne peut pas renvoyer la requête introduite contre la deuxième décision devant le CSAS. En outre, il ne peut pas être imposé au CSAS d'attendre jusqu'à ce que le CAAS se soit prononcé et qu'il soit saisi en appel de cette décision, afin d'éviter toute lenteur de procédure dans une matière, dont la nature impose l'évacuation des affaires dans un délai raisonnable. En outre, il se peut très bien que le deuxième jugement ne soit jamais frappé d'appel. Ici se pose donc à nouveau le risque de contrariété de décisions.

De cette analyse il convient de tirer deux conclusions :

1) Il convient d'éviter que le dossier d'un assuré fasse l'objet de deux décisions différentes, dont chacune a valeur définitive et fixe les droits et obligations de la personne concernée.

1) CSAS, 11.11.1999, Ferreira, veuve Fernandes c/ FNS, N° 162/99.

2) Notre raisonnement est basé sur l'assurance dépendance.

- 2) Il y a lieu d'éviter que deux autorités saisies du dossier d'un même assuré, prennent leur décision respective en dehors de toute collaboration, sans aucun échange de vue sur la situation de fait telle qu'elle se présente devant chaque autorité.

Le sursis à statuer, qui peut être défini comme la décision du juge opérant suspension provisoire du cours de l'instance, est un principe concernant la procédure contentieuse devant les juridictions. Les causes de surséance, qui doivent être déterminées par les règles de la bonne administration de la justice et relèvent du pouvoir discrétionnaire des juridictions, laissent au juge du fond le pouvoir d'apprécier les éléments dont doit dépendre la solution du litige et de déterminer jusqu'à quel point une autre décision peut influencer le sort de l'action dont il est saisi.

A défaut de dispositions spéciales, ce principe n'est pas applicable devant les autorités administratives. Ainsi l'autorité administrative saisie de la deuxième demande n'a ni l'obligation, ni la possibilité de surseoir à statuer jusqu'à ce que l'autorité judiciaire se soit définitivement prononcée.

Une solution pourrait consister à introduire une disposition imposant la communication systématique de la nouvelle demande au CAAS, respectivement au CSAS.¹⁾ La nouvelle demande faisant partie du dossier de l'assuré, le juge est censé se prononcer en connaissance de cause et en appréciant tous les faits existants au jour où il statue, y compris les éléments nouveaux invoqués par l'assuré à titre de fondement de sa nouvelle demande.

Le contraire reviendrait à obliger le juge à se prononcer sur un dossier dont l'état a déjà évolué en vertu d'un changement des circonstances de fait.

Dans un arrêt du 4 avril 2001²⁾, le CSAS a retenu exactement le contraire :

" Or, dans son appréciation le Conseil supérieur des assurances sociales devra tenir compte de l'état de santé de l'assuré social à l'époque où la sous-commission des pensions a statué, les séquelles nouvelles donnant le cas échéant lieu à aggravation de l'IPP ou constituant un changement fondamental des circonstances étant à soumettre à l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité par une demande nouvelle. "

Actuellement la nouvelle demande n'est pas communiquée au juge.

1) A l'argument que ceci porterait atteinte à l'interdiction de former une demande nouvelle en cause d'appel, les juridictions de droit commun ont répliqué que les parties sont libres de proposer en appel non seulement les moyens de droit omis en première instance, mais encore les moyens de fait que les juges de première instance ne pouvaient connaître et apprécier

2) CSAS, 4.4.2001, AVI c/ Da Cruz Marto, n° 2001/0949,

A côté de cette obligation de communication à titre d'information, il pourrait être envisagé d'introduire pour l'administration un " sursis à décider " jusqu'à l'intervention d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée. L'administration doit alors apprécier si la décision judiciaire à intervenir est susceptible d'influencer la deuxième demande et dans l'affirmative elle a l'obligation de tenir le dossier en suspens.

La combinaison de ces deux mesures permet d'amoindrir considérablement le risque de contrariété de décisions : la juridiction saisie se prononce en connaissance de cause et l'autorité administrative peut se conformer à la jurisprudence actuelle.

En pratique, la question des demandes successives a, jusqu'à peu, trouvé sa réponse dans la suspension par l'administration de la deuxième demande jusqu'à évacuation du procès devant les juridictions sociales. Mais récemment cette pratique a été abandonnée et actuellement toute nouvelle demande fait l'objet d'une instruction par l'organisme compétent et ce sont les juridictions sociales qui prennent, le cas échéant, la décision de surseoir à statuer.

Finalement, il y a lieu de relever que dans la procédure de détermination des indemnités revenant aux victimes d'accidents ou à leur ayants droit¹⁾ l'intervention de deux demandes successives est réglementée par l'article 151 du CAS qui dispose que :

" Art. 151. La décision portant rejet de la demande ou fixation du montant et du point de départ de la rente, pourra être attaquée par le demandeur, devant le conseil arbitral compétent.

Si la rente est modifiée avant que la décision qui précède la nouvelle fixation soit devenue définitive, la nouvelle décision doit porter la mention que son exécution n'est pas arrêtée par le recours interjeté contre la précédente décision et que la nouvelle décision, à son tour, peut faire l'objet d'un recours.

La nouvelle décision sera transmise en copie au conseil arbitral. Celui-ci peut statuer par un seul et même jugement sur les deux décisions et déterminer également la rente due à partir de la nouvelle décision ; dans ce cas l'action éventuellement introduite contre la seconde décision cesse ses effets. "

La décision est dès lors transmise au CAAS non seulement à titre d'information, mais à titre de réexamen et de prise de jugement. L'initiative de l'exercice de la voie de recours contentieuse contre la nouvelle décision n'appartient plus au seul assuré, mais le CAAS peut se saisir lui-même.

1) Articles 149, 150, 151, 152 et 153 du livre II du CAS.

2.1.2. La saisine de la commission de surveillance

A côté de la procédure d'opposition contre les décisions à portée individuelle, il existe, en matière d'assurance maladie-maternité, la possibilité pour l'assuré de saisir la commission de surveillance de tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions, ou au sujet d'un dépassement des tarifs.

En effet, l'article 55, alinéa 4, du CAS prévoit que :

" Tout litige au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions ou au sujet d'un dépassement des tarifs visés à l'article 66, alinéa 2 fait l'objet d'une décision du président du comité-directeur ou de son délégué. Cette décision est notifiée à l'assuré et au prestataire de soins en cause. L'assuré ou le prestataire de soins peuvent porter le litige dans les quarante jours de la notification devant la commission de surveillance prévue à l'article 72. "

Cette procédure ne concerne qu'une seule catégorie de décisions, celles prises par le président du comité-directeur d'une caisse de maladie relatives à des questions de tarifs.

Le droit d'initiative appartient aussi bien à l'assuré qu'au prestataire de soins.

A ce stade il convient de rappeler que l'assuré dispose ici d'une garantie de double degré de décisions. En effet le texte précise expressément que " *tout litige fait* (et non pas " peut faire ") *l'objet d'une décision du président du comité-directeur "*.¹⁾

La commission de surveillance est un organe collégial, qui se compose d'un président²⁾ désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, les parties contractantes des conventions demandées en leur avis, de deux délégués effectifs et suppléants désignés par le conseil d'administration de l'union des caisses de maladie et de deux délégués effectifs et suppléants désignés par le ou les groupements signataires de chacune des conventions visées à l'article 61, alinéa 2, du CAS.

Saisie d'un litige au sujet d'un tarif ou d'un dépassement de tarif, en vertu de l'article 55, alinéa 4, du CAS, la commission de surveillance a le pouvoir de prononcer le redressement qui s'impose :

- soit elle décide que le prestataire n'a pas respecté les tarifs fixés en vertu des nomenclatures, des conventions ou des stipulations relatives au dépassement des tarifs, et elle prononce la restitution à l'assuré de la somme indûment mise en compte ;

1) Voir point 2.1.1.1., p. 31 et s..

2) Avant la modification opérée par la loi du 18.5.1999, la fonction de directeur était assurée par le directeur du contrôle médical de la sécurité sociale.

- soit, dans le cas contraire, elle liquide les droits de l'assuré conformément aux lois, règlements et statuts.

En ce qui concerne le déroulement pratique de la procédure devant la commission de surveillance, il y a lieu de se reporter au règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 déterminant le fonctionnement de la commission de surveillance prévue à l'article 72 du Code des assurances sociales, dont les articles 7, 9, 10 et 11 disposent que :

" Art. 7. Pour les litiges lui déférés par un prestataire de soins ou par un assuré en application de l'article 55, alinéa 4 du Code des assurances sociales, la commission de surveillance convoque, au moins quinze jours avant la réunion, le prestataire de soins, l'assuré et la caisse de maladie pour les entendre en leurs moyens.

Art. 9. La lettre de convocation précise l'objet de la demande et informe les parties du droit de se faire assister ou représenter par une personne mandatée à cet effet. Les parties en cause reçoivent communication de tous les éléments du dossier sur lesquels la commission de surveillance entend fonder sa décision.

Art. 10. La commission de surveillance prend, après l'audition des parties, une décision motivée.

Art. 11. La décision est notifiée aux parties en cause avec indication des voies de recours, de la juridiction à laquelle il doit être adressé et de la forme dans laquelle il doit être présenté. "

De même que pour les décisions du comité-directeur, respectivement du conseil d'administration, les décisions de la commission de surveillance sont susceptibles d'un recours contentieux devant les juridictions sociales.

En effet l'article 72bis, alinéa 4 et 5, du CAS dispose que :

" Les décisions de la commission de surveillance prises en application du présent article sont susceptibles d'un recours à introduire par l'institution d'assurance maladie ou d'assurance accident, l'assuré ou le prestataire de soins devant le conseil arbitral des assurances sociales.

*L'appel est porté devant le conseil supérieur des assurances sociales quelle que soit la valeur du litige. L'appel a un effet suspensif. "*¹⁾

2.2. Les procédures de contrôle de l'administration

Sans vouloir faire une étude détaillée²⁾ du contrôle tutélaire de la légalité des décisions et actes des institutions de sécurité sociale, nous estimons que

1) Il y a lieu de distinguer entre le délai d'appel qui n'est pas suspensif et l'exercice de l'appel qui a un effet suspensif.

2) Une étude détaillée du pouvoir tutélaire a été faite dans le Mémoire présenté par Mme Cathy Thomé.

dans le cadre du présent mémoire, analysant la protection de l'assuré face à l'administration, il y a lieu d'indiquer l'existence de procédures de contrôle s'appliquant en dehors de toute initiative de l'assuré et qui constituent une garantie supplémentaire du respect de ses droits.

2.2.1. La procédure de suspension et d'annulation

Aux termes de l'article 59, alinéas 4, 5 et 7, du CAS :

" Si une décision de l'union des caisses de maladie ou des caisses de maladie est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale qu'elle saisit aux fins d'annulation.

Les motifs de la suspension sont communiqués à l'union des caisses de maladie ou à la caisse de maladie concernée dans les cinq jours de la suspension ; celles-ci peuvent, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les quarante jours à partir de la communication à l'union des caisses de maladie ou à la caisse de maladie concernée, la suspension est levée.

Si un recours est introduit par un assuré devant le conseil arbitral des assurances sociales contre une décision de l'union des caisses de maladie ou d'une caisse de maladie, la procédure prévue aux alinéas 4 et 5 du présent article ne peut s'exercer. "1)

En matière d'assurance maladie-maternité, l'IGSS peut suspendre une décision et saisir le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale aux fins d'annulation.

Il s'agit dès lors d'une procédure de recours en annulation, dont le demandeur est l'IGSS et dont l'autorité compétente est le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale.

Lors de l'élaboration de la loi du 27 juillet 1992²⁾ portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé, il avait initialement été prévu que :

" Un recours au Conseil d'Etat, Comité du contentieux, est ouvert contre les décisions prises par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale en application du présent article dans le délai d'un mois à partir de la notification de cette décision. "

1) L'article 50, alinéa 5, du CAS dispose que : " Toute décision d'un organe de l'union des caisses de maladie qui est contraire aux lois, règlements ou statuts est déferée par le président à l'autorité de surveillance en vue de la suspension conformément à l'article 59. "

2) Mém.A 1992, p. 1658.

Le Conseil d'Etat ayant estimé qu'il n'y a aucune logique d'accorder au ministre un pouvoir d'annulation et d'exposer les décisions ainsi prises à un recours en pleine juridiction, ladite disposition n'a pas été introduite dans le CAS.

Il convient de préciser que le dernier alinéa de l'article 59 du CAS, permet d'éviter tout enchevêtrement des compétences administratives et judiciaires. Le contrôle administratif ne peut s'exercer toutes les fois qu'un recours juridictionnel a été introduit par l'assuré.

En ce qui concerne la nature des décisions pouvant faire l'objet du recours en annulation, l'avis du Conseil d'Etat précise ce qui suit :

" Or les décisions individuelles sont en principe jugées par les juridictions sociales en application des dispositions des articles 83, 293 et 294 du projet.

La commission de surveillance instituée par l'article 72 est compétente, ensemble avec les juridictions sociales, en matière de conventions du secteur extrahospitalier conformément à l'article 73.

Dans ces conditions l'objet de l'article 59 devrait principalement concerner la détermination des règles permettant à l'Etat de vérifier, sur le plan général, l'application par l'union des caisses de maladie et les caisses de maladie des prescriptions légales, réglementaires et statutaires. Les décisions individuelles devraient par contre exclusivement rester soumises à la censure des juridictions sociales afin d'éviter ainsi un enchevêtrement des contentieux administratif et social. "

Le Conseil d'Etat a dès lors proposé de limiter le pouvoir d'annulation aux finances, aux taux de cotisation et à la gestion du personnel.

Cette critique n'a pas été suivie par la commission de la santé et de la sécurité sociale aux motifs suivants :

" Si l'on prévoit pour les prestations uniquement un contrôle juridictionnel, toutes les décisions des caisses de maladie qui ne font pas grief échappent au contrôle.

Ceci paraît particulièrement dangereux dans un cadre organisationnel comportant une pluralité de centres de décision. Le principe d'unicité des prestations, principe fondamental de l'assurance maladie, ne serait plus garanti si les caisses pouvaient accorder sans contrôle à leurs assurés respectifs des avantages non prévus aux statuts. (...)

Les établissements publics répondent à l'instar des communes au principe de la décentralisation administrative : décentralisation par services pour les établissements publics, décentralisation territoriale pour les communes.

Or, l'article 103 de la loi communale prévoit la possibilité d'annulation des actes collectifs et individuels qui sont contraires à la loi ou à l'intérêt général.

Dans la même optique, les différentes lois organiques de la sécurité sociale, de même que la disposition générale inscrite à l'article 288 du Code des assurances sociales, prévoient un contrôle de la légalité de l'ensemble des actes des institutions de sécurité sociale. "

Toutes les décisions administratives intervenant en matière d'assurance maladie-maternité sont donc susceptibles d'être annulées en vertu de l'article 59 du CAS.

En pratique, la procédure d'annulation de l'article 59 trouve rarement application.

Ainsi, par exemple, le 9 juin 1995, l'IGSS a pris une décision de suspension en raison de l'illégalité de certaines dispositions statutaires ayant dépassé les bases habilitantes de la loi.

Le 13 juillet 1995 est intervenue une décision de suspension relative au remboursement des honoraires dus pour une visite à domicile effectuée par un médecin ayant son cabinet en Allemagne.

Une autre décision de suspension du 31 juillet 2000 a trait à la compétence exclusive des tribunaux répressifs de prononcer des amendes pénales.

Il y a lieu de constater que la procédure d'annulation s'arrête souvent au stade de la suspension, alors que l'organisme concerné revient sur sa décision afin de la mettre en conformité.

La nouvelle décision est alors notifiée à l'assuré et le délai de recours ne commence à courir qu'à partir de la nouvelle notification.

Si l'organisme refuse de revenir sur sa position, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale peut prononcer l'annulation de la décision incriminée.

Ainsi, à titre d'exemple, le 18 avril 1995 une décision ayant suspendu tous les remboursements futurs en faveur des assurés jusqu'au jour du renvoi du questionnaire " déclaration de dommage corporel " a été annulée.

Le 9 avril 1997, le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale, a annulé la décision d'avancement au grade 4 d'une employée non-statutaire classée au grade 3.

Le 6 janvier 1999, a été annulée une décision de refus d'une demande d'autorisation d'accouchement à l'étranger.

Le 10 mars 1999, une décision de suppression de certains produits pour incontinence du fichier B2 des statuts de l'UCM a été annulée.

La décision d'annulation est toujours communiquée à l'organisme concerné qui prendra une nouvelle décision et en informera, le cas échéant, la personne concernée.

2.2.2. L'opposition du président du comité-directeur

Les décisions administratives peuvent aussi faire l'objet d'une opposition sur l'initiative du président de certains organismes de sécurité sociale.

- Aux termes de l'article 128, alinéa 2, du CAS, relatif à l'assurance accident:

" Si les décisions émanant des organes de l'association lui (au président du comité-directeur) semblent contraires à la loi, aux règlements ou statuts, il y formera une opposition motivée qui aura un effet suspensif et sera vidée par le Gouvernement. "

- L'article 269 du CAS, relatif à l'assurance pension, dispose que :

" Le président du comité-directeur des caisses visées à l'article 250, 1) et 2) ou le commissaire visé à l'article 268 peuvent, si une décision ou un acte administratif leur semble contraire aux lois et règlements, former une opposition motivée qui a effet suspensif et qui est vidée par le ministre compétent, après avis de l'autorité de surveillance. "

- Dans le même sens, l'article 322, alinéa 3, du CAS, relatif au centre commun de la sécurité sociale, précise que :

" La présidence du comité-directeur est exercée par le président de l'office des assurances sociales. Si une décision lui semble contraire aux lois, règlements ou statuts, le président y forme une opposition motivée qui a un effet suspensif et est vidée par le ministre compétent. "

- L'article 10, alinéa 3, de la loi du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales, prévoit aussi que :

" Si les décisions du comité-directeur de la caisse semblent contraires aux lois et règlements, le président forme une opposition motivée qui a un effet suspensif et qui est vidée par le ministre compétent en matière d'allocations familiales. "

- Finalement l'article 16, alinéa 7, de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité dispose que :

" Si les décisions du comité-directeur du fonds semblent contraires aux lois et règlements, le président formera une opposition motivée qui aura un effet suspensif et qui sera vidée par le ministre d'Etat, le tout sans préjudice des recours devant les juridictions compétentes. "

En vertu des dispositions reproduites ci-avant, le président du comité-directeur peut dès lors opposer son veto aux décisions illégales.

Dans le cadre de notre recherche, nous n'avons pas trouvé d'exemples d'application pratique de cette procédure d'opposition.

Les dispositions relatives à cette procédure d'opposition ne donnent aucune précision quant aux suites à réserver à un constat d'illégalité.

La conséquence logique de droit commun doit être l'annulation de la décision illégale et le renvoie devant l'autorité administrative compétente pour prise d'une nouvelle décision.

Les deux procédures de contrôle analysées dans le cadre de la présente partie garantissent à l'assuré que la détermination de ses droits se fassent dans le respect des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ces procédures sont d'autant plus importantes, que les règles de sécurité sociale sont complexes et d'un caractère très technique, de sorte que l'assuré a souvent beaucoup de mal à se retrouver dans la détermination de ses droits et obligations.

CONCLUSION

Les organismes de sécurité sociale appelés à exécuter les lois et règlements en vigueur, participent au pouvoir exécutif et doivent respecter deux principes :

- 1) le principe de la légalité de l'acte administratif, qui veut que l'administration applique correctement les dispositions légales aux données concrètes du cas d'espèce et respecte les formes et la procédure administrative. Ce n'est que de la sorte qu'elle fera justice à l'égard des assurés sociaux sans tomber dans l'arbitraire ;
- 2) le principe de l'efficacité qui veut que l'administration émette des décisions claires dans les meilleurs délais et ne tombe point dans l'inertie.

Le respect de ces deux principes, s'imposant aussi bien au stade de l'élaboration de la décision qu'au stade de l'émission de la décision, est assuré au moyen des garanties de procédure, analysées dans le cadre du présent mémoire.

Ces garanties de procédure permettent de rétablir une balance égale entre deux parties dont le poids est disproportionné : l'individu confronté à un service public.

En outre, elles visent à assurer la cohérence, l'unité dans l'application du droit, qui sont indispensables pour le respect du principe de l'égalité de traitement. Si chaque agent de l'administration pouvait décider au cas par cas et se retrancher derrière le secret administratif, l'application de la loi risquerait d'être arbitraire et, en tous cas, imprévisible.

L'assuré demande à connaître et à comprendre le comment et le pourquoi des actes de l'administration et il désire participer à leur élaboration et faire connaître ses observations préalablement à leur prise. Ces observations peuvent non seulement être pertinentes et constituer un facteur d'enrichissement pour l'administration, mais l'association des assurés à la prise des décisions est aussi dans bien des cas de nature à éviter des procédures contentieuses.

BIBLIOGRAPHIE

Publications luxembourgeoises

- Lois spéciales
- Code administratif
- Nouveau Code de procédure civile
- P. Majerus, L'Etat Luxembourgeois, manuel de droit constitutionnel et de droit administratif, 6e édition, 1990.
- P. Pescator, Introduction à la science du droit, réimpression avec mise à jour 1978.
- F. Schockweiler, Le contentieux administratif et la procédure administrative non contentieuse en droit luxembourgeois, éditions Paul Bauler, mise à jour janvier 1996.
- R. Nothar, S. Helminger, La procédure administrative non contentieuse, service central de législation, 2002.
- A. Thill, L'humanisation des relations entre organismes de sécurité sociale et les assurés sociaux, Institut européen de sécurité sociale, 1984, n°838.
- P. Bermes, Comprendre la procédure administrative en matière d'allocation complémentaire (revenu minimum garanti), Feuille de liaison de la Conférence Saint-Yves.
- R. Nothar, Les obligations de l'administration à l'égard de l'administré, Mélanges dédiés à la mémoire de Fernand Schockweiler, Cercle François Laurent, 1998, bulletin II.
- Pasicrisie Luxembourgeoise, Bulletin de jurisprudence administrative, 2001.
- Droit de la sécurité sociale Luxembourg, IGSS, édition 2002.
- Questions sociales, volume 8, 2000.

Publications étrangères

- Encyclopédie Dalloz, Contentieux administratif, I et II.
- J. Ghestin, G. Goubeaux, Traité de droit civil, Introduction générale, LGDJ, 4e édition, 1994.
- Lexique de termes juridiques, Dalloz, 9e édition.
- P. Denis, Droit de la sécurité sociale, Larcier, 5e édition.

L'ACCIDENT DU TRAVAIL

Claude Rumé

Attaché de direction

LES DOMAINES D'INTERVENTION DE L'ASSOCIATION D'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS

La révolution industrielle du XIXe siècle, qui s'est manifestée par des méthodes de travail de plus en plus mécanisées, a été accompagnée par des accidents du travail de plus en plus nombreux et de plus en plus graves. L'atmosphère de travail, auparavant rythmée par la nature et les saisons, devenait de plus en plus trépidante et fatigante.

Le sort des ouvriers de l'époque dépendait de leur unique moyen d'existence, leur force de travail, et devenait vite catastrophique en cas de perte, même partielle, de cette dernière.

Contrairement aux risques de la vie privée, les risques du monde du travail n'ont pas pu être gérés par les travailleurs étant donné que ceux-ci ne travaillaient plus que rarement pour leur propre compte. La dépendance des travailleurs vis-à-vis de leur employeur augmentait au fur et à mesure des progrès de l'industrialisation. En cas d'accident et face à des patrons qui manquaient souvent de bienveillance, les travailleurs étaient obligés, rien que pour avoir les moyens nécessaires pour survivre, de réclamer leur indemnisation par tout moyen.

Devant les tribunaux, la condamnation des employeurs à l'indemnisation des dommages subis par leurs travailleurs ne pouvait, pendant longtemps, être recherchée presque exclusivement que sur base de l'article 1382 du Code civil (responsabilité pour faute) ("*Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.*").

L'indemnisation des préjudices subis par les ouvriers n'était donc possible qu'en cas de preuve d'une faute imputable à leur employeur. En outre la preuve d'un lien de connexité entre la faute et le dommage subi était

nécessaire. En dernier lieu, pour arriver effectivement à une indemnisation, il fallait être en présence d'un employeur solvable.

Dans de nombreux cas, il a été difficile de localiser une faute intervenant dans la réalisation de l'accident. En raison de la difficulté de séparer la faute de l'événement fortuit, la vraie cause de nombreux accidents restait en fait inconnue et ceux-ci étaient alors presque toujours imputés à la force majeure, à la malchance et à la fatalité.

Les victimes des accidents, à cause du schéma classique de responsabilité décrit ci-dessus, étaient souvent privées de tout droit à réparation des traumatismes subis. Leur nombre devenait de plus en plus important.

Devant l'échec de plusieurs tentatives d'adaptation de la responsabilité civile à la nouvelle situation et face à une opinion publique de plus en plus sensibilisée, l'idée de transférer autoritairement la responsabilité de l'indemnisation des accidentés du travail sur la tête du patron est peu à peu apparue. Le raisonnement des défenseurs de cette idée était le suivant : celui qui tire profit de l'exploitation du travail d'autrui doit aussi prendre en charge les conséquences des accidents du travail d'autrui.

C'est ainsi qu'une première loi en matière d'assurance accidents a été promulguée dans notre pays le 05 avril 1902. Elle concernait l'assurance obligatoire des ouvriers dans l'industrie et institua une mutualité dénommée " Association d'assurance " groupant les patrons. Cette première loi a été suivie par la loi du 20 décembre 1909 intervenant en matière agricole et forestière.

Des lois ayant des buts analogues ont auparavant été adoptées en Suisse (loi du 25 juin 1881), en Allemagne (loi du 06 juillet 1884), en Autriche (loi du 28 décembre 1887), en Angleterre (loi du 06 août 1897), en Belgique (loi du 21 juillet 1890) et en France (loi du 09 avril 1898).

Une première codification en matière d'assurance accidents est intervenue suite à une loi du 17 décembre 1925. Malgré de nombreuses modifications plus ou moins importantes, un certain nombre des dispositions datant de l'époque de la codification subsistent encore à l'heure actuelle.

Parmi les modifications intervenues, il y a lieu de citer surtout les réformes de 1954 et de 1966 (lois du 24 avril 1954 et 30 mars 1966), ainsi que, plus récemment, les adaptations suite à l'évolution de la législation en d'autres matières comme par exemple l'assurance pension et l'assurance maladie.

1. L'organisation de l'Association d'assurance contre les accidents

L'Association d'assurance contre les accidents (ci-après l' " AA "), chargée de la gestion de l'assurance accidents (art 121 CAS), était donc conçue initialement comme mutualité des entreprises industrielles, commerciales, artisanales, agricoles et forestières. Son assemblée générale qui s'est

d'abord composée de l'ensemble des chefs d'entreprises, regroupe aujourd'hui des délégués désignés par les chambres professionnelles.

Le champ d'application de l'assurance, initialement limité aux entreprises nommées ci-dessus, a été étendu progressivement de sorte que la couverture par l'Association d'assurance contre les accidents ne bénéficie actuellement plus exclusivement aux activités professionnelles salariées et non salariées.

La conception initiale de mutualité des entreprises semble ainsi, aux yeux de certains observateurs, " peu à peu dépassée " (doc. parl. 4185, exposé des motifs, loi 17.11.1997). Cette conception reste cependant toujours d'actualité.

L'Association d'assurance contre les accidents, établissement public jouissant de la personnalité civile (art 283 CAS), est, en tant qu'organisme de la sécurité sociale, soumise à la haute surveillance du gouvernement. Cette surveillance s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale (ci-après l'" IGSS "), autorité de surveillance qui veille à l'observation des prescriptions légales, réglementaires et statutaires (art 288 CAS).

L'Association est actuellement composée de deux sections : la section industrielle (ci-après " AAI ") et la section agricole et forestière (ci-après " AAA ").

Chacune de ces sections est administrée par une assemblée générale et un comité directeur (art 122 al 2 CAS). L'AAI comporte actuellement en outre un sous-comité dénommé " Commission des rentes " (ci-après " CDR ").

1.1. La composition et les attributions des organes de l'AAI

1.1.1. L'assemblée générale de l'AAI

L'assemblée générale de l'AAI, dont le fonctionnement est réglé dans les statuts, se compose de dix-huit délégués des employeurs et du président du comité directeur. Les délégués sont désignés par la chambre de commerce et la chambre des métiers. Il y a autant de délégués suppléants que de délégués effectifs (RGD du 29.01.1996 relatif à la composition de l'assemblée générale de l'AAI et à la désignation des membres employeurs).

L'assemblée générale de l'AAI est exclusivement compétente (Art 129 CAS) pour 1) l'établissement des statuts et les modifications de ceux-ci; 2) le vote du budget ainsi que la refixation des coefficients des classes de risques et des taux de cotisations; 3) la vérification et l'approbation du compte annuel et 4) l'élection des membres électifs du comité directeur.

1.1.2. Le comité directeur de l'AAI

Le comité directeur est composé du président et des représentants élus par l'assemblée générale (art 18 statuts AAI).

Le nombre des délégués employeurs est de six, celui des délégués salariés est de trois. Deux des délégués des salariés représentent les ouvriers et le troisième les fonctionnaires et employés.

La représentation des employeurs et des salariés au sein du comité est cependant paritaire lorsque le comité directeur est appelé à déterminer les indemnités revenant aux victimes d'accidents ou à leurs ayants droit ou à élaborer des règlements concernant les mesures préventives contre les accidents.

Le fonctionnement du comité directeur est déterminé en détail dans les statuts de l'AAI (art 10 à 13).

Le comité directeur est chargé de la gestion de toutes les affaires qui n'ont pas été déferées à un autre organe par la loi, les règlements ou les statuts (art 127 CAS).

1.1.3. Le président du comité directeur

Les fonctions de président du comité directeur sont exercées par le président du comité directeur de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (ci-après l'" AVI ") (art 282 CAS).

Les attributions du président englobent (art 128 CAS) la représentation de l'AAI, notamment en justice. Ses décisions, prises dans la limite de ses pouvoirs, engageront l'AAI. Le président a la possibilité de former opposition contre les actes émanant des autres organes de l'AAI si ces actes lui semblent contraires à la loi, aux règlements ou aux statuts. Cette opposition aura un effet suspensif et sera vidée par le gouvernement.

Le président peut prendre toute décision à portée individuelle en matière de prestation, d'amende d'ordre ou de classement d'une entreprise dans une classe de risque. Une telle décision, appelée couramment " décision présidentielle ", est acquise sauf opposition écrite de la partie intéressée, opposition qui sera vidée par la commission des rentes, sous-comité du comité directeur.

Les décisions du président relatives à des litiges en matière de prestations en nature prises en charge par l'AAI et opposant l'AAI au prestataire de soins concerné sont aussi susceptibles d'opposition, opposition qui sera vidée soit par la commission de surveillance prévue à l'article 72 du CAS soit, si un hôpital est concerné, par la commission des budgets hospitaliers prévue à l'article 77 du CAS.

L'évacuation des affaires courantes, le pouvoir de signature des décisions présidentielles ainsi que la représentation devant les juridictions sociales peuvent être délégués par le président à un fonctionnaire ou un employé dirigeant.

1.1.4. La commission des rentes

La commission des rentes est composée de trois délégués des employeurs et de trois délégués des salariés (deux délégués des ouvriers et un délégué des fonctionnaires et employés), nommés en son sein par le comité directeur siégeant en composition paritaire.

Le fonctionnement de la commission des rentes est calqué sur celui du comité directeur.

La commission des rentes est compétente pour vider les oppositions introduites contre les décisions individuelles en matière de prestations et pour statuer sur toute autre question individuelle en matière de prestations qui lui est soumise par le président du comité directeur (art 12 statuts AAI).

1.2. La composition et les attributions des organes de l'AAA

La composition et les attributions des organes de l'AAA présentant de nombreux points communs avec la composition et les attributions des organes de l'AAI, le présent mémoire se bornera à présenter les principales différences.

L'assemblée générale de l'AAA se compose, outre le président (sur la personne du président, voir AAI) de 19 membres dont 12 représentent les agriculteurs, 6 les viticulteurs et 1 les horticulteurs (art 1 RGD du 17.08.98 relatif à la composition de l'assemblée générale de l'AAA et à la désignation des membres).

Le comité directeur de l'AAA est composé, outre le président, de 6 délégués. Un sous-comité, pendant de la commission des rentes de l'AAI, n'est pas prévu par les textes. Les oppositions contre les décisions présidentielles sont vidées directement par le comité directeur.

1.3. L'organisation administrative de l'Association d'assurance contre les accidents

L'Association d'assurance contre les accidents et l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité sont réunis en une seule administration portant la dénomination " Office des assurances sociales " (ci-après " OAS ").

L'OAS est placé sous l'autorité des comités directeurs réunis de l'Association d'assurance contre les accidents et de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité.

L'OAS, en tant qu'administration, est divisé en trois sections, la section A " Services communs ", la section B " Assurance-Vieillesse-Invalidité " et la section C " Assurance-Accident ".

La section A regroupe l'ensemble des services communs à l'AVI et l'AA, à savoir la Direction de l'OAS, le Service juridique, le Service administration et personnel et le Service comptabilité.

La section B regroupe l'ensemble des services propres à l'AVI.

La section C comporte les services propres à l'AA, à savoir la Direction, le Service de la prévention, le Service des déclarations des accidents, le Service du secrétariat et du contentieux, le Service de la méthodologie, le Service des actions récursoires et le Service des rentes.

La mission de l'AA est d'assurer la couverture de ses assurés contre les risques des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Ci-après une courte description de ces trois notions.

2. La notion d'Accident du Travail

D'après le CAS, l'accident du travail est celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion du travail (art 92 al 1er).

Pour combler le caractère imprécis de cette définition, la jurisprudence a précisé les éléments constitutifs de l'accident du travail.

Pour ce faire, les juges luxembourgeois se sont inspirés de la Cour de cassation française qui, sur base d'un texte légal analogue, a retenu que l'accident du travail est légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain (Chambre sociale, arrêt du 20 mars 1952).

Cette définition classique, se basant sur les critères de la soudaineté, de l'extériorité, de la lésion corporelle et du lien avec le travail, a été reprise à maintes fois par la jurisprudence luxembourgeoise qui a précisé peu à peu l'interprétation à donner aux diverses notions en cause et qui s'est prononcée sur la charge de la preuve de l'existence de ces critères.

Il a ainsi été retenu par la jurisprudence que la soudaineté est un critère fondamental de l'accident. Cet élément permet de fixer avec précision l'événement accidentel dans le temps et permet de distinguer l'accident de la maladie, événement progressif à évolution lente. A titre d'illustration, on peut noter que les lésions causées par une série de gestes continus ne sont que difficilement considérées comme imputables à un accident professionnel.

La condition de l'extériorité exige l'existence d'un élément extérieur au corps humain qui intervient directement ou indirectement. Il peut s'agir soit d'une force au sens propre du terme, soit d'une caractéristique de l'environnement du travailleur agissant sur celui-ci comme par exemple des conditions de travail anormalement pénibles exigeant des efforts particulièrement soutenus.

La condition de la lésion corporelle est remplie en cas d'atteinte à l'intégrité physique de l'assuré. Toute lésion de l'organisme, apparente ou non, interne ou externe, profonde ou superficielle est visée. Par lésion il faut comprendre toute modification de la structure d'un tissu ou d'un organe sous l'influence d'une cause morbide. Une contusion banale, un simple choc nerveux ou encore la seule survenance de céphalées, sans prescription de médicaments, sans examens radiologiques et sans traitement curatif particulier, ne remplit cependant pas les critères d'une lésion physiologique traumatique réelle, expression souvent utilisée par la jurisprudence.

La condition du lien entre l'accident et le travail est en principe remplie lorsque l'événement accidentel s'est produit lors d'une activité professionnelle exercée dans l'intérêt de l'entreprise, pendant l'horaire de travail et sur le lieu du travail alors que le salarié se trouvait dans un lien de subordination à l'égard de son employeur. L'accident doit donc survenir du fait de l'exécution du contrat de travail.

Outre l'accident du travail proprement dit, le deuxième grand domaine d'intervention de l'AA est l'accident de trajet.

3. La notion d'Accident de Trajet

En combinant l'article 92 al 2 du CAS et l'AGD du 22 août 1936 portant exécution de cet article 92, on peut retenir que peuvent être qualifiés d'accidents de trajet, sous réserve de la satisfaction aux autres exigences relatées ci-après 1) les accidents survenus sur le parcours normal et direct effectué pour se rendre de sa demeure ou de sa maison de pension habituelles au lieu de son travail et pour en revenir ainsi que 2) les accidents survenus pendant le trajet effectué pendant une interruption du travail par autorisation expresse ou tacite du patron ou de ses préposés, à moins que le trajet a servi à des fins strictement personnelles à l'assuré.

Cette protection est étendue (art 92 al 2 CAS) : 1) à la présentation au bureau de placement public auquel est soumis le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet, 2) au trajet effectué par l'assuré pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec lui, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation professionnelle et 3) aux trajets en relation avec le CMSS ou la CEO.

Pour être couvert, il faut que l'accident se soit produit pendant le parcours normal sur la voirie publique (voie classée comme telle ou ouverte au public en vertu d'un usage constant et non troublé), dans les chemins de fer et leurs dépendances ouvertes au public ou encore sur les chemins d'accès privés des entreprises.

L'accident ne doit pas avoir eu lieu au cours ou à la suite d'une interruption anormale du trajet ou avoir été provoqué partiellement ou en totalité par la faute lourde de l'assuré.

Le troisième grand domaine d'intervention de l'AA concerne le risque des maladies professionnelles.

4. La notion de Maladie Professionnelle

Il est communément admis de considérer comme maladie professionnelle toute maladie causée par des influences spécifiques auxquelles certains groupes de personnes sont, en comparaison avec le reste de la population en général, plus particulièrement exposés du fait de leur activité professionnelle. Une définition plus précise n'existe pas.

Comme la cause professionnelle d'une maladie est rarement évidente, l'établissement d'une relation de cause à effets suffisamment vraisemblable entre l'exposition au risque et la maladie est souvent difficile. Il en est de même en ce qui concerne la définition d'un point de départ de la maladie, ceci d'autant plus que certaines maladies ne se manifestent qu'après des années d'exposition au risque, voire des années après une exposition au risque.

En dehors de l'article 94 al 1 du CAS, qui étend les effets de l'assurance obligatoire contre les accidents à certaines maladies professionnelles, la matière est essentiellement réglementée par l'arrêté grand-ducal du 30 juillet 1928 concernant l'extension de l'assurance obligatoire contre les accidents aux maladies professionnelles et comportant, en son annexe, le tableau des maladies professionnelles.

Les effets de l'assurance obligatoire contre les accidents sont applicables, sous réserve de l'accomplissement de toutes les conditions, aux maladies reprises dans le tableau et qui ont leur cause déterminante dans une occupation professionnelle assurée au Grand-Duché de Luxembourg. La déclaration de la maladie professionnelle doit avoir eu lieu dans les trois ans suivant la cessation de l'exposition au risque (art 149 al 2 CAS).

Le tableau, qui indique les affections considérées comme professionnelles et parfois même les activités professionnelles susceptibles de les provoquer, est modifié en cas de besoin pour tenir compte de l'évolution de la technologie et des connaissances médicales. La dernière modification a été faite par un RGD du 17 août 1998.

Des maladies, qui ne figurent pas (encore) au tableau mais pour lesquelles il est suffisamment établi que leur origine est d'ordre professionnel, pourront être admises par le comité directeur (art 94 al 1 in fine CAS). Ce droit de décision est motivé par l'évolution constante des symptomatologies et les changements de l'activité professionnelle en général qui ne peuvent être

prévus par le pouvoir législatif ou réglementaire lors de l'établissement du tableau des maladies professionnelles.

Conformément aux motivations d'un arrêt récent du CSAS (CSAS 14.02.2001, AAI c/ Collin), ce droit de décision n'est pas pour autant soustrait au contrôle des juridictions. Aucun texte de loi n'excepte effectivement ce droit de décision des voies de recours ouvertes à l'encontre des décisions du comité directeur.

Une fois la responsabilité de l'AA reconnue, au titre d'un accident du travail, d'un accident de trajet ou encore d'une maladie professionnelle, il y a lieu, pour l'AA, de procéder à la réparation des préjudices subis par les assurés. Ci-après les grandes lignes de l'intervention de l'AA à ce niveau.

5. La réparation des préjudices subis par les assurés

La réparation par l'AA des préjudices causés par des blessures ou des maladies résultant des risques couverts (accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles) comprend des prestations en nature et des prestations en espèces.

5.1. Les prestations en nature

Ceux-ci comprennent le traitement médical (stationnaire et ambulatoire) et la fourniture des médicaments et remèdes et de tous les moyens capables de garantir les résultats du traitement ou d'amoindrir les suites de l'accident. Elles englobent également l'entretien et le renouvellement de ces moyens. Aucune limitation de durée n'est prévue. Ces traitements et fournitures sont intégralement pris en charge suivant les tarifs et modalités prévus dans les conventions entre l'UCM et les prestataires de soins.

5.2. Les prestations en espèces

Ceux-ci comprennent essentiellement une indemnité pécuniaire versée à l'assuré ayant exercé une activité professionnelle au moment de l'accident pour la ou les périodes d'incapacité de travail totale antérieures à l'expiration des treize semaines consécutives à l'accident (art 97, al 2, 2° du CAS) et une rente dans les cas où cette incapacité dépasse les 13 semaines consécutives à l'accident (art 97, al 2, 3° du CAS). En cas d'incapacité de travail partielle (successive à une incapacité de travail totale ou non), la rente court à partir du premier jour de cette incapacité de travail partielle (art 97 al 5 du CAS).

Le paiement de l'indemnité pécuniaire et de la rente est suspendu tant que l'assuré bénéficie, en vertu d'une disposition légale, de la conservation de sa rémunération du chef de son activité exercée avant l'accident. Si l'assuré bénéficie de la conservation de sa rémunération en vertu d'une disposition conventionnelle, l'indemnité pécuniaire ou la rente est versée à l'employeur qui en fait la demande.

L'Administration du contrôle médical de la sécurité sociale (ci-après le "CMSS ") est compétente pour les constatations des taux des incapacités de travail et de leurs modifications. Elle transmet ses avis à l'AA.

Alors que l'indemnité pécuniaire est calculée comme en matière d'assurance maladie, la rente est fixée à 85,6% de la rémunération moyenne annuelle en cas d'incapacité de travail totale (rente plénière, versée en présence d'un pourcentage d'incapacité médicale de 100%) et à une fraction de la rente plénière (rente partielle), dépendant du degré de capacité conservée, en cas d'incapacité partielle.

La rente (partielle ou plénière) est qualifiée de transitoire (ou temporaire) tant que les séquelles d'un accident ne sont pas consolidées. La rente transitoire est modifiable sur la base d'un nouvel avis du CMSS suite à un nouvel examen médical. A partir du moment où les séquelles subsistant d'un accident ne sont plus susceptibles ni de s'améliorer, ni de s'aggraver, la rente transitoire est, sur avis du CMSS, convertie en rente viagère.

Les rentes sont ajustées régulièrement au niveau de vie (art 100 al 4 CAS), ceci à la même échéance et par la même loi que les pensions. Les rentes sont en outre adaptées au nombre indice du coût de la vie suivant les modalités applicables aux traitements et pensions des fonctionnaires de l'Etat (art 100 al 5 CAS).

La rente peut encore être majorée, sous certaines conditions, en cas d'enfants à charge (détails : voir art 97 al 12 à 14 CAS).

Les rentes viagères relatives à des taux d'incapacités inférieurs à 10% sont rachetées d'office par l'AA au plus tôt 3 ans après l'accident. Si le taux d'incapacité se situe entre 10 et 40%, le rachat de la rente peut se faire sous des conditions particulières sur demande de l'intéressé. En ce qui concerne les rentes relatives à des taux d'incapacité supérieurs à 40%, des avances peuvent, sous certaines conditions, être accordées (détails : voir art 113 CAS).

En cas de décès d'un assuré des suites d'un événement couvert par l'AA, une indemnité funéraire s'élevant à 1/15 de la rémunération annuelle est due. Tandis que le conjoint de l'assuré décédé a droit à une rente de survie, les enfants ont droit à des rentes d'orphelins (en principe jusqu'à l'âge de 18 ans ou jusqu'à l'âge de 27 ans en cas d'études). D'autres personnes proches du défunt peuvent éventuellement, sous certaines conditions, bénéficier également d'une rente (détails : art 101 à 105bis CAS).

L'AA peut, sur demande de l'assuré, prendre en charge les frais de traitement, de séjour et d'entretien dans une institution spécialisée. Dans ce cas, les trois quarts de la rente sont suspendus. La rente peut alors éventuellement être remplacée, selon la situation familiale de l'assuré, par une ou plusieurs rentes de survie telles que mentionnées ci-dessus (art 111 CAS).

Les dégâts matériels accessoires aux lésions corporelles causées par des événements couverts par l'AA sont indemnisables jusqu'à 2,5 fois le salaire social minimum. La condition de l'existence d'un dommage corporel ne s'applique pas aux prothèses dont l'assuré était pourvu au moment de l'accident.

5.3. Les règles dérogatoires de la section agricole et forestière

Certaines règles dérogatoires aux principes énoncés ci-dessus sont applicables en ce qui concerne les prestations en espèces versées dans le cadre de la section agricole et forestière (art 161 à 163 CAS).

C'est ainsi que ces assurés n'ont pas droit à l'indemnité pécuniaire durant les 13 semaines consécutives à l'accident.

Les rentes sont calculées sur base d'une rémunération annuelle moyenne actuellement fixée à 41.700 LUF (indice 100 + ajustement), diminuée le cas échéant proportionnellement aux taux d'incapacités partielles préexistantes.

Ces rentes sont cependant majorées sous certaines conditions de 50 à 100% (majoration dite " pour grands blessés ") (loi du 24 juillet 2001 concernant le soutien au développement rural) en cas de taux d'incapacité de travail se situant entre 20 et 100%.

Aucune rente n'est due si l'accident survient à un assuré âgé de plus de 78 ans. Les adolescents n'ont droit à une rente qu'à partir de 14 ans.

La voiture d'un chef d'entreprise agricole étant considérée comme moyen de production, les dégâts matériels subis par ce véhicule et causés par un accident de trajet, même reconnu, ne sont pas prises en charge par l'AAA.

L'ACCIDENT DU TRAVAIL: DE LA SURVENANCE À LA RECONNAISSANCE

I. LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET DE L'ACCIDENT DE TRAJET AINSI QUE LE SYSTÈME DE LA PREUVE TELS QU'ILS RÉSULTENT DE LA JURISPRUDENCE

Avant même que se pose à l'AA la question de la qualification d'un événement accidentel en vue d'une éventuelle indemnisation, il y a lieu de vérifier si la personne lésée revête ou non la qualité d'assuré de l'AA.

1. Le champ d'application personnel de l'Association d'assurance contre les accidents

Le champ d'application personnel de l'assurance accidents est régi par les dispositions des articles 85, 86, 90, 91 et 95 du CAS. Quatre catégories d'assurés sont à distinguer : les assurés de la section industrielle, régime

général (a), les assurés de la section industrielle, régimes spéciaux (b), les assurés obligatoires de la section agricole (c), ainsi que les assurés volontaires de la section agricole (d).

Le présent mémoire se bornera à fournir une énumération succincte des personnes concernées par les catégories visées ci-dessus. Pour plus de détails concernant les conditions exactes, il y a lieu de se référer aux textes respectifs du CAS et aux divers règlements d'exécution.

1.1. Les assurés de la section industrielle, régime général (art 85 CAS)

Sont obligatoirement assurées et font donc partie de ce groupe toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui à l'exception des fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de pension de retraite.

Sont aussi concernés les apprentis et les stagiaires, une partie des gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois, les membres d'associations religieuses exerçant une activité dans l'intérêt des malades ou d'utilité publique, les acteurs du secteur de la coopération au développement, les personnes engagées dans certaines opérations pour le maintien de la paix, les volontaires de l'armée, les jeunes volontaires dans le cadre d'organisations non gouvernementales ainsi que les personnes exerçant moyennant rémunération une activité artisanale pour un tiers sans être légalement établies à leur propre compte.

Il y a encore lieu de citer les professions indépendantes, à savoir les artisans, les commerçants, les personnes qui exercent une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel et non commercial ainsi que, sous certaines conditions, les associés de sociétés ou associations ayant une telle activité. Les conjoints aidants majeurs des assurés cités dans ce paragraphe sont aussi assurés si leur activité peut être considérée comme activité principale.

1.2. Les assurés de la section industrielle, régimes spéciaux (art 90 al 1, 95 al 2 CAS)

Le champ d'application personnel de l'assurance a été élargi progressivement au-delà des personnes faisant partie du régime général et comprend désormais aussi les fonctionnaires et les employés publics (étatiques et communaux) (art 95 al 2 CAS).

Les écoliers, les élèves et les étudiants sont également concernés par les régimes spéciaux (art 90 al 1 CAS). Pour plus de détails concernant ce groupe d'assurés, il y a lieu de se référer au RGD du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.

Sont de même assurés en vertu de cette disposition (art 90 CAS) les membres du jury de certains examens, les délégués participant aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale et des juridictions sociales, les personnes jouissant du congé syndical, les personnes exerçant un mandat public, les personnes exerçant une activité à titre bénévole au profit de services sociaux agréés par l'Etat ou dans le cadre d'une médiation et, sous certaines conditions, les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger.

Sont aussi concernées les personnes participant aux actions de secours et de sauvetage apportées, sur le territoire du Grand-Duché, à la personne ou aux biens d'un tiers en péril et les particuliers se livrant spontanément à de telles actions. Sous certaines conditions les exercices théoriques et pratiques se rapportant à de telles actions sont également couverts.

Sont de même assurées les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail conformément à la législation sur le revenu minimum garanti, les demandeurs d'emploi bénéficiant de mesures d'insertion professionnelle conformément à la législation sur le fonds pour l'emploi et le chômage, les détenus occupés pour le compte de l'administration pénitentiaire et les personnes faisant l'objet de certaines mesures ordonnées par le code pénal ou le code d'instruction criminelle.

Sont finalement encore concernées les personnes convoquées au CMSS ou à la CEO et victimes d'un accident de trajet.

1.3. Les assurés obligatoires de la section agricole (art 86 al 1 CAS)

Sont assurés obligatoirement auprès de la section agricole les personnes qui exercent, au Grand-Duché de Luxembourg, pour leur propre compte, une activité professionnelle ressortissant de la Chambre d'agriculture ainsi que, sous certaines conditions, les associés d'une société ou association exerçant une telle activité. Ne sont cependant pas concernées les activités générant des revenus ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum par an.

Les membres de la famille des personnes visées à l'alinéa qui précède occupés habituellement ou accidentellement dans l'exploitation et ayant dépassé l'âge de huit ans ainsi que les personnes occupées dans l'exploitation, 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 aussi soumis à l'assurance obligatoire (art 160 CAS).

1.4. Les assurés volontaires de la section agricole (art 86 al 3 CAS, RGD 17.11.97)

Les personnes physiques exerçant une activité agricole, viticole, horticole ou sylvicole, générant des revenus ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum par an, sur un ou plusieurs terrains d'une surface totale d'un demi hectare au minimum, peuvent s'assurer volontairement.

Cette assurance couvre, le cas échéant, également les membres de famille et les aidants non professionnels (voir sous c) al 2 ci-dessus).

1.5. Les dispenses de l'assurance et la situation en cas de détachement (art 91 CAS)

Sont dispensées de l'assurance, sur demande, les personnes affiliées à un régime accident étranger et exerçant une activité professionnelle au Grand-Duché de Luxembourg pour une durée inférieure à 12 mois. Cette dispense peut, sous certaines conditions, être prorogée.

Les personnes normalement occupées et assurées au Luxembourg restent couvertes par l'assurance accidents luxembourgeoise lors d'un détachement temporaire par leur patron à l'étranger.

Les personnes assurées exerçant temporairement à l'étranger une activité professionnelle pour leur propre compte restent aussi affiliées à l'assurance accidents luxembourgeoise, à moins que la durée prévisible de leur activité à l'étranger ne dépasse six mois ou que ces personnes ne prouvent leur affiliation à un régime d'assurance accidents étranger.

1.6. La procédure d'affiliation à l'Association d'assurance contre les accidents

Le patron qui commence son activité et/ou qui occupe pour la première fois du personnel est obligé de déclarer son entreprise et/ou son personnel auprès du Centre d'affiliation et de perception commun aux institutions de sécurité sociale (ci-après " CCSS "). Sur la base des données ainsi recueillies le comité directeur de l'AAI détermine la classe de risque applicable. Un certificat d'affiliation est remis à l'entreprise.

Pour toute personne engagée, l'employeur est tenu de remettre une déclaration d'entrée (au début de l'engagement) et une déclaration de sortie (à la fin de l'engagement) au CCSS. Il est de même tenu à signaler au CCSS tout changement intervenu au cours de la relation de travail et ayant une incidence sur les données en possession du CCSS.

La communication au CCSS des montants des rémunérations brutes des travailleurs se fait sur une base mensuelle.

Les personnes exerçant une activité qui relève du ressort de la Chambre d'agriculture sont en principe, si les autres conditions sont remplies, assurées

obligatoirement auprès de l'AAA. Les entreprises nouvellement créées et relevant de la Chambre d'agriculture doivent présenter une demande d'affiliation au CCSS.

L'assurance accidents agricole volontaire, qui ne peut être contractée que par des personnes physiques, se contracte par déclaration de l'assuré. L'assuré volontaire est par la suite obligé de déclarer annuellement la surface exploitée ainsi que de fournir les données nécessaires au classement de son exploitation dans une classe de risque donnée.

1.7. Les décisions jurisprudentielles relatives au champ d'application personnel

La jurisprudence relative au champ d'application personnel de l'assurance accidents, quoique relativement modeste en nombre, a quand même le mérite de préciser un certain nombre de conditions. Ainsi la nécessité d'un lien de subordination, existant entre l'exécutant, assuré potentiel, et la personne pour le compte de laquelle l'activité professionnelle est exercée, a été soulignée à plusieurs reprises.

C'est ainsi que le CSAS a, dans une décision du 26 juin 1981, AAI c/ SACIC, retenu que ne sont soumis à l'assurance obligatoire que les travaux qui se situent dans le cadre d'un contrat de travail liant deux personnes, dont l'une est revêtue d'un pouvoir de commandement par rapport à l'autre qui se trouve à son égard dans un lien de subordination et de dépendance économique. Un tel lien n'existe pas si le travailleur potentiel n'a qu'un intérêt purement collégial et personnel.

Il n'existe pas de lien de subordination entre une entreprise et une personne physique établie à son compte, même si cette personne a fait régulièrement des transports de marchandises pour le compte de l'entreprise. En l'espèce, la personne établie à son compte était payée par le biais de factures établies à la fin du mois. La personne physique n'est donc pas assurée en vertu des dispositions de l'article 85 (1) 1 (activité professionnelle pour le compte d'autrui). Etant donné que l'accident est survenu alors que la personne physique se baladait, sans raison valable, sur un toit d'un immeuble voisin à l'entreprise, activité sans aucun rapport avec l'activité de transporteur indépendant du chef de laquelle la personne physique était assurée, ses lésions n'étaient pas non plus indemnisables en vertu de l'assurance prévue à l'article 85 (1) 7 (travailleurs indépendants) (CSAS 05 février 2001 Schockmel c/ AAI).

L'absence matérielle d'un contrat d'emploi formel n'exclut cependant pas l'existence du lien de subordination qui caractérise la relation entre l'employeur et l'employé. L'état de subordination économique d'ouvrières qui effectuaient à leur domicile divers travaux de couture, de retouche et de tricotage a ainsi été jugé suffisamment réel pour leur conférer le statut de salariées, statut qui les faisait bénéficier de l'assurance obligatoire. En

l'espèce, les ouvrières travaillaient, sinon exclusivement, du moins en majeure partie pour le compte d'une firme déterminée, firme qui leur fournissait toutes les matières premières utilisées. Les ouvrières n'étaient pas titulaires des autorisations nécessaires pour s'établir à leur compte personnel. (CAAS 16 novembre 1965 Maison Moderne c/ AAI).

La question de l'existence d'une relation de travail s'apprécie donc in concreto, abstraction faite de toute considération de droit. Il a ainsi été jugé qu'une personne, patron de fait d'une boulangerie fonctionnant par le biais d'une SARL dans laquelle cette personne était minoritaire, n'était pas liée à l'associé majoritaire par le biais d'une relation de travail et n'était ainsi pas assurée en vertu des dispositions de l'article 85 (1) 1.. En l'espèce, le patron de fait était frappé d'une interdiction légale de faire le commerce (CSAS 28 mars 1974 AAI c/ Mikolycyk).

Il existe un lien de subordination entre l'éditeur d'un périodique et les porteurs de ce périodique, ces derniers recevant des ordres précis, des instructions, des directives, une rémunération et sont soumis à un contrôle. Les porteurs sont ainsi assurés obligatoirement auprès de l'AAI (CASS 09 mai 1974 Bourg c/ AAI).

Il n'existe cependant pas de lien de subordination entre un recenseur de la population et la commune qui l'a chargé du recensement. Les liens contractuels entre la commune et le recenseur sont en effet à qualifier de contrat d'entreprise, contrat qui fait conserver au recenseur son indépendance dans l'exécution de son travail (CASS 28 avril 1983 Goerens c/ AAI).

En raison de l'absence d'un véritable lien de subordination et/ou en l'absence d'une rémunération réelle, l'entraide familiale est également régulièrement exclue du champ d'application de l'assurance accidents obligatoire (p.ex. CSAS 22 avril 1976 Heinen c/ AAI, CSAS 10 juin 1992 Risch (vve. Jost) c/ AAI).

Ne sont évidemment pas concernées par l'exigence d'un lien de subordination les personnes qui exercent leur activité pour leur propre compte. Pour être indemnisables, il faut que leurs lésions se soient produites dans le cadre de leurs activités professionnelles habituelles, activités pour lesquelles des cotisations ont été perçues. L'accident doit donc avoir un lien avec le travail de la personne concernée (voir CSAS 05 février 2001 Schockmel c/ AAI, cité ci-dessus, où il a été jugé que le fait, pour un transporteur, de se balader sur le toit d'un immeuble voisin à celui de son client, sans avoir reçu aucune instruction de la part de quiconque, n'est pas en relation avec l'activité professionnelle au titre de laquelle il est assuré).

L'élevage de lapins ne constitue ainsi pas non plus une activité couverte par l'AAA pour un assuré qui paie des cotisations se rattachant à l'exploitation d'une propriété forestière (CSAS 16 mai 1974 AAI c/ Wark).

L'activité susceptible d'être assurée doit aussi remplir certains critères. C'est ainsi qu'il a été jugé que les personnes fournissant une prestation unique qui était purement de circonstance à l'occasion d'un fait imprévisible et même ignoré de la personne pour le compte de laquelle la prestation a été fournie ne pouvaient être considérées comme personnes exerçant une profession ou une activité tombant sous le champ d'application personnel de l'assurance accidents. En l'espèce, un passager d'un autobus a subi un accident en prêtant main forte au conducteur suite à une panne du véhicule (CSAS 25 février 1987 Preces Da Rocha c/ AAI).

Après avoir étudié ci-dessus le champ personnel de l'AA, condition sine qua non de toute intervention de l'AA, il y a maintenant lieu de passer au champ matériel, aux domaines d'interventions de l'AA.

2. Le champ d'application matériel de l'Association d'assurance contre les accidents

Comme relevé ci-dessus, l'AA accorde des prestations en cas d'accident du travail, en cas d'accident de trajet et en cas de maladie professionnelle.

L'objet du présent mémoire se limitant aux accidents du travail et de trajet, les maladies professionnelles ne font, outre les développements contenus dans la partie introductive, pas l'objet d'une étude plus poussée.

2.1. L'accident du travail

Il est d'abord rappelé que l'accident du travail est légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain (voir B) La notion d'Accident du Travail, partie introductive).

De cette définition se sont dégagés les critères de la soudaineté, de l'extériorité, de l'existence d'une lésion corporelle et de l'existence d'un lien avec le travail, critères en présence desquels il faut se trouver pour pouvoir invoquer un accident du travail. La jurisprudence a précisé peu à peu l'interprétation à donner aux diverses notions en cause et s'est prononcée sur la charge de la preuve de l'existence de ces critères.

Il y a donc lieu d'examiner un par un les critères requis.

2.1.1. La soudaineté, élément constitutif de l'accident du travail

La soudaineté, caractère de ce qui est rapide et imprévu, est un critère fondamental de l'accident qui permet de le distinguer de la maladie.

L'accident se produit à un moment précis, strictement délimité dans le temps. La maladie par contre évolue beaucoup plus lentement de sorte qu'il est très difficile de déterminer un début et une fin.

C'est ainsi que les lésions provenant de l'exécution de gestes répétitifs sont en principe à qualifier comme maladie (éventuellement professionnelle) et non pas comme accident.

Le CSAS a, dans une décision du 29 juin 1994, Leidner c/ AAI, confirmé l'exigence de l'existence de l'élément de la soudaineté en matière d'accidents du travail. En l'espèce, l'assuré a affirmé s'être blessé au genou à son lieu de travail suite et à cause d'une position inconfortable prolongée. L'assuré se trouvait sur un échafaudage en position accroupie pendant 1 heure.

Le CSAS a rejeté la demande en reconnaissance d'un accident du travail en retenant qu'un tel accident consiste dans tout fait précis survenu soudainement au cours ou à l'occasion du travail et qui est à l'origine d'une lésion corporelle. Les lésions causées par une série de gestes continus ne sont que difficilement considérées comme imputables à un accident professionnel indemnisable.

La lésion survenue à un carreleur, au moment où il était en train de s'agenouiller, a cependant été considérée comme accident du travail. Etant donné que cet assuré est obligé d'exercer son travail dans cette position anormale particulièrement fatigante, il ne s'agit pas d'un geste normal de la vie courante et l'effort demandé pour prendre cette position est susceptible de répondre au critère de soudaineté qui caractérise l'accident professionnel (CSAS 12 janvier 1994 Gallo c/ AAI).

L'exigence de l'existence de l'élément de la soudaineté en matière d'accidents du travail a encore été relevée dans la décision AAI c/ Mathias du CSAS en date du 27 mars 1996.

En l'espèce l'assuré a brusquement ressenti des douleurs intenses au niveau de son genou gauche alors qu'il était en train d'enlever du matériel à l'aide d'une pelle sur son lieu de travail. L'AAI a décliné sa responsabilité en se basant sur l'avis de son médecin conseil qui était arrivé à la conclusion que la lésion de l'assuré serait due exclusivement à une affection pathologique.

Le CSAS n'arrive pas à la même conclusion. En effet, après avoir défini l'accident comme atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure, le CSAS retient qu'une maladie peut être à l'origine d'un accident pourvu que cette maladie présente l'élément de soudaineté caractéristique de l'accident.

La décision de principe du CSAS du 03 mai 79 dans l'affaire R. Hoss c/AAI fait aussi état de l'élément de la soudaineté en retenant que la brusque apparition, au temps et sur le lieu du travail, d'une lésion physique révélée par une douleur soudaine constitue en elle-même un accident du travail, sauf preuve par l'AAI de l'existence d'une cause entièrement étrangère au travail (affaire recitée à plusieurs reprises ci-après).

2.1.2. L'extériorité, élément constitutif de l'accident du travail

La notion d'extériorité a été précisée récemment de manière très explicite par les décisions intervenues dans l'affaire Scholl c/ AAI. Ci-après, pour une meilleure compréhension, les données essentielles de ce dossier. (Pour la procédure des différents recours possibles contre les décisions prises en matière d'assurance accidents : voir ci-après sous II D)).

Le sieur Gérard Scholl a été victime d'un accident de trajet (sortie de route) en date du 12 février 1996. Selon la déclaration reçue par l'AAI, l'accident a été consécutif à un assoupissement suite à une nuit sans sommeil due à une bronchite.

Conformément à la pratique et à la jurisprudence alors en vigueur, la responsabilité de l'AAI a été déclinée, la cause de l'accident ne se trouvant pas, selon l'argumentation de l'AAI, dans un risque inhérent au trajet effectué ou au moyen de transport utilisé, mais dans une défaillance physique de l'assuré, défaillance qui n'est pas non plus en relation causale avec le travail effectué.

Aucun des recours introduits par le mandataire de l'assuré devant la CDR, le CAAS et le CSAS n'a invalidé la position de l'AAI.

Suite à un premier pourvoi en cassation introduit par l'assuré, la décision du CSAS a été cassée par un arrêt du 21 janvier 1999. La Cour de cassation a motivé sa décision en interprétant à la lettre l'article 92 du CAS et l'AGD du 22 août 1936 tel que modifié par l'AGD du 27 octobre 1952. Selon ce raisonnement, tout accident survenu à un assuré sur le parcours effectué pour se rendre au travail ou en revenir est en principe à qualifier comme accident professionnel. Les seules exceptions ne donnant pas lieu à réparation sont l'accident survenu au cours ou à la suite d'une interruption volontaire anormale et l'accident de trajet que l'assuré a causé ou auquel il a contribué par sa faute lourde. L'AAI n'invoquait en l'espèce aucune de ces exceptions.

En ne suivant pas l'argumentation développée par la Cour de cassation, le CSAS a, suite au renvoi, par une décision du 07 juillet 1999, de nouveau débouté l'assuré Scholl.

Un nouveau pourvoi en cassation a été introduit par l'assuré. La Cour de cassation a, par un arrêt du 11 mai 2000, cassé la décision précitée du CSAS du 07 juillet 1999 en reprenant la motivation déjà développée lors de son premier arrêt dans cette affaire.

Au plus tard depuis cette dernière décision, il est clairement établi que la Cour de cassation interdit désormais de refuser l'indemnisation d'un accident de trajet au motif que celui-ci n'est pas dû à l'action d'une cause extérieure mais a pour origine une cause interne à l'assuré.

Par la suite la commission des rentes de l'AAI a décidé de reconnaître l'accident de trajet du sieur Scholl sans attendre une nouvelle intervention du CSAS. Les comités directeur de l'AAI et de l'AAA ont décidé, suite aux événements décrits ci-dessus, de ne plus refuser de reconnaître comme accidents professionnels les accidents se produisant sur le lieu du travail et sur le trajet au motif qu'ils sont dus à une défaillance de l'organisme humain.

Toutefois, le décès ou les lésions ne sont pas indemnisés si l'Association d'assurance contre les accidents est en mesure de prouver qu'ils sont imputables à une cause entièrement étrangère à l'accident. Ainsi sont indemnisées par l'assurance accidents les lésions résultant directement de l'accident (p.ex. d'une chute) mais non celles inhérentes à la pathologie qui l'a provoqué et qui relèvent de l'assurance maladie. En cas de déclaration d'un accident n'ayant pas provoqué de lésions directes, sa reconnaissance comme accident professionnel est rejetée.

Ce point de vue, bien que mettant en cause à la fois la pratique de l'administration et la jurisprudence des juridictions inférieures, ne touche cependant pas à la définition traditionnelle de l'accident du travail qui, par l'élément de l'extériorité, tend à séparer les risques accident et maladie. Rappelons que l'élément de la soudaineté tend aussi à cette même fin.

Les lésions subies par l'assuré et dues à une cause extérieure sont indemnisées par l'assurance accidents tandis que les lésions de l'assuré qui ne peuvent être rattachées à une force extérieure tombent sous la compétence de l'assurance maladie.

Le terme de " cause extérieure " désigne soit une force au sens propre du terme (choc avec un objet, chute sur le sol, soulèvement d'un objet ...), soit une caractéristique de l'environnement de l'assuré agissant sur celui-ci comme par exemple des conditions de travail anormalement pénibles exigeant des efforts particulièrement soutenus.

Etant donné que l'accident de travail est soumis au même régime que l'accident de trajet (sauf dispositions spécifiques de ce dernier), (CASS 03.05.79 G. Hoss c/ AAI), la solution retenue dans l'affaire Scholl est valable aussi bien pour les accidents de trajet que pour les accidents du travail proprement dits.

2.1.3. La lésion corporelle, élément constitutif de l'accident du travail

Tout accident du travail exige l'existence d'un événement soudain causant une lésion. Pour qu'un accident du travail soit reconnu comme tel, il faut donc que soient établies l'existence d'une lésion et, ce qui semble évident, une relation causale entre la lésion et le fait accidentel.

Comme ce n'est que si une lésion est établie que l'assuré social a droit à la réparation des dégâts matériels, la question de l'existence de la lésion et de

sa relation causale avec le fait accidentel a donné lieu à un contentieux impressionnant en matière d'accident de trajet.

En matière d'accident du travail proprement dit, il y a lieu de s'interroger si le fait accidentel a exercé une influence déterminante sur l'état de la victime.

En effet, si la lésion est apparue à l'occasion du travail alors qu'elle aurait pu se manifester à tout autre moment de la vie courante, ceci même sans qu'un état pathologique de l'assuré ne soit connu ou démontrable, le fait accidentel n'a été qu'un événement déclenchant l'apparition de la lésion.

Dans ce cas, le fait accidentel n'est pas considéré comme ayant eu une influence déterminante sur l'état de l'assuré et par conséquent la lésion n'est pas considérée comme lésion résultant du fait accidentel (voir aussi ci-dessus sous b) L'extériorité, élément constitutif de l'accident du travail et ci-après sous d) Le lien avec l'activité assurée, élément constitutif de l'accident du travail).

Le CAAS, dans une décision du 05 décembre 1995, Schmit Pascale c/ AAI, a ainsi retenu que si une lésion aurait pu arriver également à tout autre moment de l'activité quotidienne du blessé, son activité professionnelle est sans relation particulière avec la lésion.

Dans une affaire AAI c/ Feller, vve. Mangen, CSAS 17 novembre 1993, l'AAI a pu se décharger de sa responsabilité en rapportant la preuve que le décès de l'assuré, survenu sur son lieu de travail, était tout à fait étranger au travail assuré. Par conséquent, le décès de l'assuré n'a pas pu être qualifié d'accident du travail.

En cas d'existence, au sein de la victime, d'un état pathologique antérieur au fait accidentel, état connu ou inconnu par l'assuré, le fait accidentel peut aggraver l'état pathologique préexistant. Dans ce cas, la responsabilité de l'AA se limite en principe à la réparation de la quote-part de l'aggravation de l'état de la victime.

On distingue généralement trois types d'aggravation : l'aggravation passagère, l'aggravation permanente et l'aggravation déterminante.

En cas d'aggravation passagère d'un état pathologique préexistant, la responsabilité de l'AA se limitera à la période nécessaire jusqu'au rétablissement de l'état antérieur au fait accidentel. Ce ne sont que ces lésions passagères qui seront considérées comme lésions résultant de l'accident du travail.

En cas d'aggravation permanente d'un état pathologique préexistant, seule la quote-part de la lésion due à l'accident du travail sera considérée comme résultant de celui-ci et sera indemnisée par l'AA.

Si par contre un état pathologique d'intensité plutôt mineure, voire insignifiante, subit, suite à l'accident, une aggravation considérable de sorte

que la situation globale de l'assuré devient très grave, l'AA prend en charge l'ensemble de l'incapacité.

Les lésions résultant indirectement de l'accident du travail sont également indemnisées par l'AA. Il peut s'agir par exemple des lésions subies par un accidenté lors d'un accident de la circulation impliquant l'ambulance le transportant à l'hôpital ou encore les conséquences d'un mauvais traitement administré par un médecin suite à un accident reconnu.

Si l'assuré a par contre provoqué délibérément par son attitude une aggravation de sa lésion ou une réapparition de cette dernière, notamment en cas de refus par l'assuré de se soumettre au traitement prescrit, l'AA a la possibilité de refuser une partie voire même la totalité de ses prestations.

2.1.4. Le lien avec l'activité assurée, élément constitutif de l'accident du travail

Pour pouvoir être qualifié d'accident du travail, le fait accidentel doit évidemment se trouver en relation avec l'activité assurée. La jurisprudence estime qu'un tel lien de connexité existe en principe lorsque le fait accidentel survient sur le lieu du travail, à l'heure du travail et au moment où l'assuré se trouve sous l'autorité du chef d'entreprise.

Le lien de connexité entre le fait accidentel et l'activité assurée se défait cependant lorsque l'assuré crée volontairement un risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise ou lorsque qu'il s'adonne à des activités purement privées (même si le patron en a connaissance et a éventuellement donné son accord).

- Les conditions de lieu du travail et d'heure du travail

Ceux-ci ne posent guère de problèmes pour la plupart des assurés étant donné que ceux-ci travaillent à des horaires plus ou moins fixes et sont affectés à des postes de travail déterminés, suivant décision de leurs patrons respectifs. La jurisprudence a admis que la notion de lieu du travail englobe dans ce contexte aussi les endroits des réunions et fêtes ayant un lien étroit avec l'entreprise (jurisprudences et conditions détaillées ci-après dans le chapitre I B) 2) " L'accident de trajet ")

Les notions de lieu et d'heure du travail peuvent cependant poser plus de problèmes pour tous les assurés se trouvant souvent en déplacement professionnel. Sont notamment, mais non exclusivement, concernés les assurés exerçant des professions libérales ou d'autres activités indépendantes.

C'est notamment à propos de la qualification d'accidents survenus sur la voirie publique que des problèmes se sont posés. Si de tels accidents sont qualifiés d'accident du travail (la voirie publique étant dans ce cas considérée comme lieu du travail), le véhicule servant au transport des assurés est

considéré comme étant un " instrument de travail " et le dommage matériel éventuel n'est pas indemnisable par l'AA. Si par contre de tels accidents sont qualifiés d'accidents de trajet, les assurés ont droit à l'indemnisation du dommage matériel subi.

En outre, en matière d'accidents de trajet, l'AA peut éventuellement invoquer, pour se décharger de sa responsabilité, l'existence d'une faute lourde commise par l'assuré et ayant au moins contribué à la genèse de l'accident. En matière d'accidents du travail, l'AA devrait prouver la création volontaire par l'assuré d'un risque dépassant de loin le risque normal de l'activité, preuve plus difficile à rapporter.

Deux affaires portées devant le CSAS et ayant donné lieu à des décisions contradictoires ont concerné cette distinction entre accident du travail et accident de trajet.

Le CSAS a ainsi d'abord décidé le 08 avril 1982, dans une affaire AAI c/ Bichel, qu'un médecin en obligation de participer au service d'urgence et de garde d'un hôpital et qui répond à l'appel de l'hôpital est à considérer comme étant en service au moins depuis le moment de l'appel. L'accident survenu sur le trajet vers l'hôpital est à qualifier d'accident de travail ou de service selon l'article 92 al 1er du CAS.

Dans une décision du 01 février 1995, affaire Schmit c/ AAI, le CSAS a cependant décidé que le parcours direct qu'effectue un médecin de service de son domicile privé à la Gendarmerie pour y exercer ses fonctions sur réquisition des agents, qui ont besoin d'un avis médical en vue d'une détention préventive, constitue le trajet visé par l'article 92 du CAS. Le véhicule servant uniquement au transport de ce médecin en service d'un lieu à un autre ne constitue pas un " instrument de travail " et le dommage matériel résultant de l'accident de trajet est indemnisable dans les limites de l'article 110 du CAS.

La pratique actuelle de l'AAI, confirmée par le comité directeur dans sa séance du 06 juillet 2000, consiste à reconnaître aux seuls accidents survenus lors des déplacements professionnels usuels entre les domiciles des médecins (ou médecins-dentistes) et leurs cabinets ou leurs hôpitaux le caractère d'accidents de trajet. Les accidents survenus lors des autres déplacements professionnels des médecins (ou médecins-dentistes) seront reconnus comme accidents de travail proprement dits au sens de l'article 92 al 1 du CAS.

Sont ainsi reconnus comme déplacements professionnels tous les déplacements des médecins (ou médecins-dentistes) en dehors des heures de travail normales vers leur cabinet pour y effectuer des travaux administratifs ou une urgence pourvu que la réalité du caractère professionnel du déplacement puisse être prouvée.

La même pratique existe, avec les adaptations nécessaires, pour les autres assurés exerçant des professions libérales ou indépendantes.

Ainsi, par exemple, l'accident dont est victime un chef d'entreprise qui se rend le matin de son domicile à son usine est à considérer comme accident de trajet alors que l'accident subi par ce même chef d'entreprise alors qu'il est en train d'effectuer une ronde entre divers chantiers est à considérer comme accident du travail, le chef d'entreprise se trouvant sur son " lieu du travail ".

- La condition du lien de subordination

Un lien de subordination est censé exister entre l'assuré et son employeur lorsque l'assuré a reçu des ordres et des instructions précises de la part de son employeur. L'assuré doit encore se trouver sous le contrôle de son employeur duquel il reçoit éventuellement une rémunération.

L'existence d'un lien de subordination n'est pas établie lorsque la fonction de supérieur hiérarchique de celui qui a donné un ordre n'est pas établie avec certitude (CSAS 30 avril 1997 Fonck c/ AAI).

L'action de vérifier en dehors de l'enceinte de l'entreprise une information reçue par un client n'est pas à considérer comme fait se situant hors de l'exécution du contrat de travail, même si la sortie s'est faite sans information régulière des collègues de travail. On peut en déduire que le lien de subordination n'est pas rompu (en ce sens CSAS 14 juillet 1999, Marinangeli Alexandre Jean c/ AAI).

Un contrat conclu entre un club de football et un joueur aux termes duquel le club s'engage à payer mensuellement une prime de 6.000 francs au joueur qui de son côté promet de ne pas changer de club, de rester fidèle à celui-ci et de ne pas contracter de transfert pendant une saison déterminée ne peut être qualifié de contrat de travail dénotant l'existence d'un lien de subordination entre un patron et un employé (CSAS 11 mai 1994 Bragard c/ AAI).

Les agissements incontrôlables de la part d'un salarié ne sauraient entraîner l'extension de la responsabilité patronale et conditionner la protection de la loi, alors que l'objet de l'assurance obligatoire contre les accidents est précisément de garantir les ouvriers - dans le cadre du travail fourni dans l'intérêt de l'entreprise - des suites nocives d'une lésion pouvant survenir par le fait ou à l'occasion de ce travail. Un ouvrier livrant un camion de terre à un particulier à l'insu de son employeur, qui ne pouvait s'attendre à aucune recette de ce chef, interrompt du fait de son activité le lien de subordination existant entre lui et son patron (CSAS 14 avril 1983 Zwank c/ AAI).

L'accident survenu à un peintre allant chercher à son domicile, en plein accord avec son patron, le rouleau de peinture dont il avait l'habitude de se

servir est un accident de travail (CSAS 31 mai 1983 AAI c/Pivac veuve Brozovic).

Le critère du lien de subordination n'est évidemment pas applicable de la même manière aux assurés exerçant leur activité professionnelle pour leur propre compte. Ces personnes ne peuvent évidemment, du fait de leur statut, se trouver sous les ordres d'un supérieur (voir CSAS 05 février 2001 Schockmel c/ AAI cité ci-dessus (I A) g)).

D'autres jurisprudences et explications relatives au lien de subordination ont été citées ci-dessus dans le cadre du chapitre relatif au champs d'application personnel (I A) g)).

- La notion de risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise

Le lien de connexité entre le fait accidentel et l'activité assurée disparaît encore lorsque l'assuré crée volontairement un risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise. Dans ce cas, c'est à l'assuré de supporter seul les conséquences de ses actions. La notion de risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise s'apparente à la notion de faute lourde en matière d'accidents de trajet (voir ci-après I B) 2) " L'accident du trajet ").

A titre d'exemple, on peut citer l'affaire d'un chauffeur professionnel qui s'est adonné à la boisson lors d'une période de repos de 11 heures et qui s'est remis en route le lendemain en état de fatigue élevé avec une diminution de ses facultés de réaction (CSAS 23 octobre 2000, Straus Pierre c/ AAI) ou l'affaire d'un assuré, pris de boisson, qui décide de monter sur un toit haut de cinq mètres en vue d'une réfection (CSAS 26 avril 1995, Dastig c/ AAI).

A encore été considéré comme risque dépassant de loin le risque normal de l'entreprise le fait pour un ouvrier d'accepter de rester sur son lieu de travail tout en connaissant parfaitement son état de fatigue prononcée dû à un manque de repos. En l'espèce, l'assuré s'était endormi sur l'échelon supérieur d'une échelle et finit par tomber d'une hauteur d'environ un mètre (CSAS 13 novembre 1975, Sturm Charles c/ AAI).

Pour être complet, rappelons encore qu'aucune indemnisation ne sera due par l'AA en cas d'accident intentionnel ou survenu pendant la perpétration d'un crime ou d'un délit si ces infractions ont entraîné une condamnation irrévocable à une peine d'emprisonnement ou une amende (détails : voir art 114 CAS).

- L'activité à caractère privée

Le lien de connexité entre l'activité assurée et le travail s'efface encore en cas d'activité à caractère privée, c'est-à-dire en cas d'activité ne présentant plus aucun lien avec le travail. L'accord du patron est insignifiant en la matière.

C'est ainsi que l'accident survenu à un assuré se rendant, au cours des heures de service, avec l'accord du patron, à son domicile privé pour des

raisons strictement privées est sans la moindre relation avec les devoirs professionnels de cet assuré et ne bénéficie d'aucune indemnisation par l'AAI (CSAS 16 juin 1983 Thomé c/ AAI).

2.2. L'accident de trajet

Les éléments constitutifs des accidents du travail, à savoir la soudaineté, l'extériorité, la lésion corporelle et le lien avec le travail, sont aussi, moyennant les adaptations nécessaires, des éléments constitutifs des accidents de trajet. Le présent chapitre ne traite que les éléments spécifiques aux accidents de trajet. En ce qui concerne les éléments communs aux accidents du travail et aux accidents de trajet, il est renvoyé au chapitre consacré aux accidents du travail.

Il est rappelé que l'accident de trajet est assimilé en vertu de l'art 92 al 2 du CAS à un accident du travail, ceci par le biais de la qualification de l'accomplissement du trajet comme fait du travail.

Rappelons encore que sont aussi considérés comme faits du travail 1) la présentation au bureau de placement public auquel est soumis le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet; 2) le trajet effectué par l'assuré pour déposer ou reprendre l'enfant qui vit en communauté domestique avec lui, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation professionnelle et 3) le trajet en relation avec les articles 341 (CMSS) et 385 (CEO) du CAS.

Ce montage juridique de l'article 92 du CAS ne concerne cependant pas le lieu de travail. L'assuré, en effectuant son trajet, n'est pas considéré comme se trouvant à ce moment sur son lieu de travail, bien que s'adonnant à un " fait du travail ". Ce constat a une certaine importance dans le cadre des dispositions relatives à l'exclusion de recours entre assurés de l'AA exerçant des travaux en même temps et sur le même lieu (art 115 CAS).

La Cour de Cassation a ainsi décidé en date du 16 février 1989 que le lieu de travail visé par l'article 115 du CAS est celui où l'employé ou l'ouvrier doit vaquer à ses occupations professionnelles et que la localisation de ce lieu n'est pas affectée par la fiction juridique de l'article 92 du CAS qui considère comme un fait du travail le parcours effectué pour se rendre au travail.

En l'espèce, un assuré se trouvant sur le trajet vers son lieu de travail a trébuché sur un tuyau posé par un autre assuré en train de livrer du mazout. L'endroit de l'accident ne pouvant être qualifié de lieu de travail de la victime de l'accident, on ne peut évidemment pas soutenir que les deux assurés ont été impliqués dans un accident se produisant lors de l'exécution de travaux sur le même lieu.

Les conditions spécifiques qu'un accident doit remplir pour pouvoir être reconnu comme accident de trajet ont été énumérées ci-dessus (Partie

introductive, C) La notion d'accident de trajet). Les différents points seront repris et analysés de manière détaillée ci-après.

L'accident de trajet est tout d'abord un accident survenu sur le parcours normal et direct effectué pour se rendre de sa demeure ou de sa maison de pension habituelles au lieu de son travail et pour en revenir.

2.2.1. La notion de parcours normal et direct

Cette notion a été précisée par la jurisprudence qui a retenu à maintes reprises que le parcours normal et direct n'est pas forcément le parcours le plus court. Il peut effectivement aussi s'agir du parcours le plus rapide, le plus confortable ou encore le moins dangereux.

Il a ainsi été retenu que le trajet n'est pas normal lorsque le travailleur accomplit de son plein gré et sans raison suffisante un détour injustifié (CSAS 19 juin 1969 Everling c/ AAI).

On peut en déduire qu'un trajet comportant un détour justifié par une raison valable peut éventuellement être qualifié de normal.

C'est ainsi qu'il a été jugé que le parcours normal ne se confond pas nécessairement avec le trajet le plus court. En cas d'encombrement de la voie normale, l'assuré social est en droit d'opérer un détour comportant moins de risques, à condition que l'allongement de l'itinéraire reste dans une limite acceptable et n'est pas dicté par des motifs étrangers au travail ou par un intérêt personnel (CSAS 20 janvier 1977 AAI c/ Becker).

Un détour de 15 km a cependant été considéré comme détour appréciable comportant des risques d'accident plus élevés. Comme en l'espèce ledit détour a été effectué exclusivement pour des raisons de convenance personnelle, le lien de connexité avec l'emploi professionnel a été considéré comme interrompu par le CSAS (décision du 19 juillet 1991 Mendeira vve Gomes c/ AAI) (dans le même sens : voir CAAS 23 mars 1989 Rettel c/ AAI, détour de 20 km).

Constitue également une augmentation des risques d'accident un itinéraire, non habituel, emprunté le jour de l'accident et comportant non seulement un détour de trois kilomètres mais s'avérant aussi comme n'étant pas sans danger, en raison de la présence de verglas (CSAS 17 avril 1980 Gross c/ AAI).

2.2.2. Les notions de demeure habituelle et de maison de pension habituelle

Par l'introduction de ces notions, les auteurs de l'AGD du 22 août 1936 ont voulu laisser au juge un certain pouvoir d'appréciation en fonction des circonstances de la cause lui soumise.

Les auteurs de l'AGD n'ont ainsi pas entendu faire application en la matière des dispositions du Code civil relatives au domicile. Le changement de demeure habituelle ne doit pas, pour être pris en considération en cas d'accident de trajet, être déclaré à la mairie tant de l'ancien que du nouveau lieu d'habitation (CSAS 05 mai 1993, Kintzinger c/ AAI, dans le même sens CSAS, 27 octobre 1993 Delahaut c/ AAI).

C'est donc en quelque sorte la notion de résidence de fait qui est visée par les termes de demeure et maison de pension habituelles encore que le terme de " pension " peut aussi signifier le fait d'être seulement nourri (CSAS 19 février 1992 Carloni c/ AAI). Encore faut-il un certain degré de stabilité.

La notion d' "habituelle" implique en effet même une certaine durée. Ainsi il a été jugé que l'assuré qui part de sa résidence secondaire alors qu'il ne s'y trouvait pas en vacances mais n'y résidait que de façon purement occasionnelle, n'est pas couvert sur le trajet emprunté pour se rendre sur le lieu de son travail (CSAS 17 octobre 1985 Fohl c/AAI).

Tel n'est pas le cas pour l'assuré qui a effectivement sa résidence avec sa famille à l'étranger et un domicile au Luxembourg uniquement pour des raisons de travail et qui se rend de cette résidence à son lieu de travail. Un accident survenu sur ce trajet donne lieu à indemnisation au titre d'accident de trajet (CSAS 04 février 1987 AAI c/ Poelmann vve Coussement).

Dans une autre affaire il a cependant été jugé qu'à cause du caractère occasionnel des séjours d'un assuré dans la demeure de son amie, cette résidence ne saurait être considérée par l'assuré ni comme sa demeure, ni comme sa maison de pension habituelle bien qu'il n'a pas été contesté en l'espèce que l'assuré, demeurant au Senningerberg, passait régulièrement ses week-ends à Athus chez cette amie, et rentrait le lundi matin directement à son lieu de travail (CSAS 26 avril 1995 Da Costa c/AAI).

2.2.3. La notion de lieu du travail

L'interprétation de cette notion pose que rarement des problèmes. Il est généralement admis que la notion de lieu du travail englobe dans ce contexte non seulement les lieux où l'assuré s'adonne à son activité professionnelle proprement dite mais aussi les endroits des réunions et fêtes ayant un lien étroit avec l'entreprise.

Il peut s'agir par exemple d'une fête organisée et financée par un collègue de travail à l'occasion de son départ à la retraite (CSAS 20 décembre 1995 Conrath, épouse Johannes c/ AAI) ou à l'occasion de tout autre événement similaire à partir du moment où la fête est destinée à "favoriser l'esprit de coopération et de bonne entente entre membres du personnel" et se déroule "du moins avec l'assentiment de l'employeur" (notions contenues dans une circulaire de l'AAI du 30 mars 1965 reprise par la décision du CSAS du 20 décembre 1995 citée ci-dessus).

En ce qui concerne la distinction entre le trajet et le lieu du travail, distinction qui a une certaine importance pour tous les assurés devant se déplacer régulièrement dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions, il est renvoyé aux développements ci-dessus (I B) 1) d) - " Les conditions de lieu du travail et d'heure du travail ").

2.2.4. Le trajet effectué pendant une interruption du travail

Les accidents survenus pendant ce trajet par autorisation expresse ou tacite du patron ou de ses préposés sont aussi couverts, à moins que le trajet a servi à des fins strictement personnelles à l'assuré (AGD 22 août 1936). Le fait que l'assuré profite également du trajet pour prendre des effets personnels n'est pas relevant à partir du moment où l'assuré reste sous l'autorité et la subordination de son patron et que le caractère essentiellement professionnel du trajet en question n'est pas mis en cause (CSAS 31 mai 1983 AAI c/ Pivac vve Brozovic).

2.2.5. La présentation au bureau de placement public et les trajets effectués en relation avec le CMSS ou la CEO

La couverture de la présentation au bureau de placement public auquel est soumis le bénéficiaire de l'indemnité de chômage complet et la couverture des trajets effectués en relation avec le CMSS ou la CEO (art 92 al. 2 a) et c)) n'ont pas donné lieu à un contentieux particulièrement étoffé.

La jurisprudence a néanmoins précisé à plusieurs reprises que ces dispositions ne sont pas à interpréter de manière extensive.

Ainsi il a été retenu que la couverture de l'AA ne s'applique pas aux chômeurs qui ne sont plus indemnisés par l'Administration de l'emploi (CAAS 21 mars 1991 Rasquin c/ AAI).

De même a-t-il été jugé qu'un bénéficiaire d'indemnités de chômage se rendant à une offre d'emploi ne lui ayant pas été assignée par l'Administration de l'emploi ne bénéficie pas de la protection légale (CSAS 12 juin 1996 Alves Cardoso José c/ AAI).

Le trajet de l'assuré social qui ne se rend pas de sa demeure au bureau de placement public mais qui revient de l'étranger où il était à la recherche d'un emploi n'est pas couverte par l'article 92 du CAS qui est d'interprétation stricte (CSAS 07 mars 2001, AAI c/ Berrewaerts).

2.2.6. Le trajet effectué par l'assuré pour déposer ou reprendre l'enfant, qui vit en communauté domestique avec lui, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation professionnelle

La couverture de ce trajet (art 92 al 2 b)) est limitée, comme la couverture de tout autre accident de trajet; aux accidents survenus sur la voirie publique.

La CAAS a confirmé ce point de vue dans une décision du 17 décembre 1963 De Cilia c/ AAI. En l'espèce l'assurée se coinça le médus droit entre le chambranle et le portail de la Crèche de Luxembourg alors qu'elle était en train de sortir après avoir repris son enfant qu'elle plaçait régulièrement audit établissement pendant les heures de travail.

Il a en outre été précisé par la jurisprudence que le texte précité n'a pas pour but d'obliger l'assuré à déposer son enfant directement à l'école, mais permet également au parent de conduire son enfant à la gare pour qu'il puisse continuer en autobus son chemin vers l'école. L'accident survenu au père au cours d'un tel détour reste couvert par l'assurance accidents obligatoire (CSAS 01.07.1992 Hansen c/ AAI).

2.2.7. La notion de voirie publique

Cette notion a fait l'objet d'un grand nombre de décisions jurisprudentielles.

De nombreuses décisions ont précisé que les accidents survenus juste avant ou juste après le trajet parcouru sur la voirie publique (chute dans les escaliers, dans le couloir, sur un chemin privé reliant le logement (ou le garage, le parking ...) de l'assuré à la voirie publique... etc.) ne sont pas couverts par l'AA (voir e.a. CASS 02 décembre 1971 D. c/ AAI, CSAS 10 juillet 1975 Rabenschlag, vve Langlais c/ AAI).

Les accidents survenant hors de la voirie publique, même si leur cause se situe au moins partiellement sur la voirie publique, ne sont pas indemnisés par l'AA. C'est ainsi que l'accident d'une assurée qui, au bas de la pente du garage en train d'ouvrir la porte, fut écrasée par sa voiture, qui, immobilisée partiellement sur le trottoir et partiellement dans ladite pente, s'est subitement mise en mouvement et est descendue la pente n'a pas été couvert par l'AAI (CSAS 27 avril 1994 Gillen épouse Klatka c/ AAI).

Le terrain d'un établissement public, une crèche en l'espèce, bien qu'accessible au public, ne saurait être considéré comme endroit assimilable à la voirie publique (CAAS 17 décembre 1963 De Cilia c/ AAI précité).

2.2.8. L'interruption anormale du trajet

Rappelons encore que pour pouvoir être qualifié d'accident de trajet, l'accident ne doit pas avoir eu lieu au cours ou à la suite d'une interruption

anormale du trajet ou avoir été provoqué partiellement ou en totalité par la faute lourde de l'assuré.

Une interruption de courte durée n'est généralement pas considérée comme anormale, alors que toute interruption importante par rapport au laps de temps normalement nécessaire pour effectuer le trajet considéré doit être qualifiée d'anormale et constitue dès lors en fait une interruption du lien de connexité avec le travail assuré (CSAS 22 avril 1971 Haan vve Oswald c/ AAI).

Le parcours normal ne se confond pas obligatoirement avec le trajet le plus court et n'est pas à considérer comme interruption anormale un détour imposé à un salarié par la vie quotidienne, dès lors qu'il est rendu nécessaire par les besoins de l'existence du salarié et qu'il est indépendant de la volonté de celui-ci en raison de la nécessité dans laquelle il se trouve de l'accomplir. Le fait par un assuré souffrant d'une scoliose de la colonne vertébrale, de se rendre après la fin du travail une heure avant de prendre le train auprès d'un kinésithérapeute établi à une faible distance de son lieu de travail pendant un laps de temps où en tout état de cause il devait attendre le départ de son train n'est pas constitutif d'une interruption volontaire anormale, alors que le détour n'est pas inspiré par un intérêt personnel ou une simple commodité, mais est indiqué par des raisons médicales et se justifie partant par une nécessité essentielle de la vie courante (CSAS 17 juillet 1980 Zieger ép. Mancini c/ AAI).

Le fait pour une assurée de se rendre durant les heures de service et avec le plein consentement de son employeur à un hôpital situé sur le chemin de retour, ne constitue pas une interruption volontaire anormale dès lors qu'il n'est pas dicté par un intérêt strictement personnel ou une simple commodité, mais est nécessité par des raisons médicales impérieuses et se justifie partant par un besoin élémentaire et impératif de la vie courante (CSAS 28 novembre 1984 Michels c/ AAI).

Le fait de l'assuré de se rendre dans un café pour y rencontrer son collègue et d'aller dîner avec lui dans un restaurant n'est pas constitutif d'une interruption volontaire anormale du trajet, dès lors qu'il n'est pas dicté par un intérêt strictement personnel, mais est conditionné par les nécessités de l'activité professionnelle de l'assuré (CSAS 14 janvier 1990 Weiler c/ AAI).

2.2.9. La notion de faute lourde

La faute qui, si elle a été commise par l'assuré et si elle est au moins intervenue dans la genèse d'un accident de trajet, exclue la réparation du préjudice subi par l'assuré par l'AA, doit être d'une gravité certaine. Bien qu'il n'existe évidemment pas de lien entre l'existence de poursuites pénales et la qualification d'une faute comme faute lourde par les juridictions sociales, on a néanmoins l'impression qu'une faute n'est pas souvent qualifiée de faute lourde en cas d'absence de poursuites pénales.

Selon la jurisprudence la faute lourde doit s'entendre, en dehors de la faute intentionnelle, d'une négligence ou imprudence d'une gravité exceptionnelle, constituée par un acte ou une omission dénotant chez l'auteur la conscience de la probabilité du dommage et son acceptation téméraire sans raison valable. La faute lourde est équipollente au dol. (CSAS 15 mars 1989 Esteves c/ AAI).

La faute lourde suppose une attitude réfléchie et non pas un simple défaut de prévoyance. L'agent doit avoir conscience du danger grave auquel il s'expose et l'accepter délibérément (CAAS 21 mars 1989 Ferreira c/ AAI).

Ne constitue pas une faute lourde le fait de commettre plusieurs fautes réprimées par le code de la route dont une vitesse excessive selon les circonstances et un non-respect d'un feu rouge. La faute lourde est en effet une faute assimilable à un fait intentionnel, qui dépasse le cadre des fautes légères usuelles dues à l'inattention. L'assuré doit avoir agi en pleine connaissance du risque encouru, avec la conscience des conséquences dommageables susceptibles de s'ensuivre et l'acceptation non d'une possibilité mais de la probabilité du dommage (CSAS 13 décembre 1995 Axenkopf c/ AAI).

3. La charge de la preuve

Il a été développé ci-dessus (I B) 1) b)) qu'en cas de simultanéité de lésions dues à une cause interne (inhérente) à l'assuré et de lésions dues à une cause ou force extérieure, l'indemnisation des premières incombe à l'assurance maladie tandis que l'indemnisation des secondes incombe à l'assurance accidents.

Reste encore à préciser le problème de la charge de la preuve.

En droit commun, il incombe au demandeur de faire la preuve de l'exactitude des faits sur lesquels il base sa demande (voir e.a. Code civil, art 1315 al 1 : " Celui qui réclame l'exécution d'une obligation, doit la prouver. ").

La situation légale en matière d'accidents du travail est différente.

Bien que ce soit en principe à l'employeur de la victime de déclarer l'accident du travail, la preuve de la matérialité du fait accidentel reste à charge de la victime.

Il en est notamment ainsi en cas de contestations de l'employeur et dans le cas où la preuve de la matérialité ne résulte pas directement ni du dossier, ni des indices matériels de l'affaire, ni de l'instruction effectuée et des enquêtes éventuellement diligentées par l'AA.

Pour prouver la matérialité d'un accident du travail, la victime bénéficie d'une présomption dite " de causalité " d'après laquelle tout accident qui se produit par le fait ou à l'occasion du travail est présumé être un accident du travail, sauf à l'organisme de sécurité sociale de rapporter la preuve que l'atteinte est

due à une cause étrangère à l'emploi assuré (CASS 21 avril 1993, n° 1035, concl. Avocat gén. p. 3 (cité dans CSAS 27 mars 1996 AAI c/ Mathias)).

S'il n'a pas été possible d'élucider les causes d'un accident, la preuve de l'origine totalement étrangère au trajet (travail) effectué par la victime n'est pas rapportée par l'AA (CSAS 17 avril 1980 Joosten c/ AAI).

L'existence d'un accident du travail peut ainsi résulter d' " un faisceau de présomptions graves, précises et concordantes " (CSAS 07 mars 1985 Bintz c/ AAI).

La présomption jouant en faveur de l'assuré n'étant donc pas irréfragable, l'AA a la possibilité de la combattre en démontrant qu'il n'y a pas de lien entre le dommage subi par la victime et l'accident.

C'est ainsi que le CSAS a précisé dans la décision Mathias précitée qu' " 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 de l'assuré si elle entend décliner sa responsabilité ".

Une fois la matérialité de l'accident établie, l'assuré victime n'a cependant pas besoin de prouver que ses lésions corporelles ont trouvé leur origine dans l'accident du travail.

Cette présomption, très favorable à la victime, n'est pas irréfragable. La preuve par l'Assurance accidents que les lésions de la victime ont, en totalité ou en partie, une origine étrangère au fait accidentel est permise.

Ces principes, dégagés par la jurisprudence française, ont été intégrés dans le droit positif luxembourgeois.

C'est ainsi que la Cour de Cassation a, dans un arrêt du 03 mai 1979, affaire R. Hoss c/ AAI (ci-après " l'arrêt Hoss "), motivée sa décision en retenant que " la brusque apparition, au temps et sur le lieu du travail, d'une lésion physique révélée par une douleur soudaine constituée, en elle-même, un accident du travail, à défaut de preuve, par l'Association d'assurance contre les accidents, qu'elle est imputable à une cause entièrement étrangère au travail ". Par une deuxième décision de la même date, la Cour de cassation a étendu la portée de ces principes aux accidents de trajets (G.Hoss c/ AAI). La Cour a d'abord répété la motivation contenue dans l'arrêt R.Hoss, puis elle a confirmé que ce raisonnement est aussi valable pour l'accident de trajet, celui-ci étant soumis au même régime que l'accident du travail proprement dit.

Immédiatement après l'arrêt Hoss, l'application des nouveaux principes s'est faite avec beaucoup de sévérité. C'est ainsi que le CSAS a, dans une affaire qui lui a été renvoyée après cassation (14 avril 1983 AAI c/ Feliziani, vve Bartocci), retenu que " toute lésion et à fortiori la mort, survenues soudainement au temps et sur le lieu du travail, doivent être considérées comme résultant d'un accident du travail, sauf s'il est rapporté la preuve par l'Association d'assurance contre les accidents que cette lésion ou la mort ont

une origine totalement étrangère au travail ". Cette preuve par l'AA n'a été possible que si l'AA était capable de déterminer l'origine de la lésion (ou de la mort) en question, chose souvent bien difficile en pratique.

Puis le CSAS a modéré peu à peu sa position en n'exigeant plus de la part de l'AA la preuve que la lésion (ou la mort) a une origine totalement étrangère au travail.

Dans une décision du 25 avril 1985, AAI c/ Barthel, le CSAS a précisé que pour s'exonérer de sa responsabilité l'AAI n'a pas besoin d'établir la cause exacte de la lésion subie par l'assuré, mais qu'il suffit qu'elle rapporte la preuve que la lésion n'est pas et ne peut pas être en relation causale avec l'accident du travail allégué.

Dans une décision du 04 février 1987, AAI c/ vve Sousa-Dias, le CSAS retient que si l'activité exercée par l'assuré au moment du fait accidentel peut être qualifiée de normale de sorte que l'accident aurait pu arriver à tout autre moment de l'activité quotidienne de l'assuré, le fait accidentel est sans relation avec le décès.

Cette jurisprudence est confirmée régulièrement (p.ex. CAAS 05.12.95 Schmit c/ AAI, qui retient que si la lésion avait pu arriver également à tout autre moment de l'activité quotidienne du blessé, son activité professionnelle est sans relation particulière avec la lésion.).

II. LA PROCÉDURE DE DÉCLARATION ET DE RECONNAISSANCE DES ACCIDENTS

1. La déclaration d'accident

La matière est réglementée par les articles 1 à 4 du RGD du 22.12.1995 déterminant la procédure de déclaration des accidents et de fixation des prestations de l'assurance accidents.

1.1. Les obligations de l'assuré

Hormis les cas de force majeure, toute personne assurée, victime d'un accident survenu sur le lieu du travail ou sur le trajet effectué pour se rendre au travail ou en revenir, est tenue d'en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci.

En cas d'accident scolaire, les assurés sont tenus d'en informer dans les meilleurs délais l'autorité compétente, c'est-à-dire l'instituteur ou l'administration communale, le préposé des cours ou le directeur de l'établissement.

1.2. Les obligations de l'employeur (ou de l'autorité compétente)

L'employeur (resp. l'autorité compétente en matière d'accidents scolaires) est obligé de déclarer dans la huitaine tout accident du travail (resp. scolaire) ou de trajet duquel il a eu connaissance à l'AA, même si l'accident n'a pas entraîné d'incapacité de travail. La non-observation de cette obligation peut entraîner une amende d'ordre telle que prévue à l'article 309 du CAS.

La déclaration est à effectuer par le biais de la formule de déclaration d'accident mise à la disposition par l'AA. Une copie de cette déclaration est à remettre à l'assuré.

Tout accident grave comportant prévisiblement un traitement médical de 3 mois au moins est à signaler immédiatement par téléphone ou télécopieur à l'AA.

Les employeurs (resp. les autorités compétentes) sont en outre tenus, sous peine des amendes d'ordre prévues à l'article 309 du CAS, de donner suite à toute demande de renseignement de la part de l'AA.

En pratique des renseignements écrits très précis sont demandés en complément à la déclaration à l'employeur notamment en cas de problèmes avec la position tarifaire (notamment si la position tarifaire ne correspond pas à l'activité du blessé), en cas d'accident grave (incapacité de travail supérieure à 1 mois), en cas d'absence de relation causale entre le récit et le diagnostic, si le délai entre la date de l'accident et la 1^{ère} consultation médicale est supérieure à 1 semaine, si l'accident a été provoqué par une faute lourde, en cas de lumbago ou de douleur dorsale et plus généralement en cas d'accident pouvant paraître douteux.

Des explications et renseignements supplémentaires sont également demandés s'il est manifeste que les prescriptions préventives de l'AA n'ont pas été observées. Ceci est notamment le cas en cas de chute de hauteur, d'éboulement de masses (terre, ...), d'implication de machines de travail (foyers et sources de danger), en cas d'explosion, de brûlure, d'intoxication, de risque électrique ... etc.

En cas de non utilisation des équipements individuels de protection lors de travaux de soudage, de meulage, de travail avec une tronçonneuse, aux tours, fraises ou avec des substances irritantes, des renseignements supplémentaires seront également demandés.

Si l'AA le juge nécessaire, elle est en droit d'effectuer une enquête spéciale, soit par ses propres services ou organes, soit par l'intermédiaire des autorités publiques. Ces enquêtes ne sont pas uniquement destinées à établir la matérialité d'un fait accidentel. Elles servent aussi, par exemple, en cas de doutes, à constater l'existence ou non d'un lien de la lésion de la victime avec un éventuel état pathologique préexistant, à prouver la responsabilité d'un tiers dans la genèse d'un accident, à constater le respect ou le non respect des prescriptions du service prévention ... etc.

Les autorités publiques compétentes sont tenues de faire droit à toute demande de renseignements émanant de l'AA.

1.3. Les délais

L'obligation de l'assuré d'aviser immédiatement son employeur (resp. l'autorité compétente) en cas d'accident du travail (resp. scolaire) ou de trajet, obligation contenue dans l'article 1 du RGD du 22.12.1995 précitée, n'est pas soumise à une quelconque sanction. Pour cette raison, la validité d'une demande d'indemnisation effectuée plus tard par la victime ne peut être soumise à l'accomplissement par cette dernière de la prédite obligation (en ce sens CASS 21 novembre 1985, Losavio c/ AAI).

Les assurés doivent néanmoins présenter leur demande d'indemnisation ou leur réclamation au plus tard dans un délai de 3 ans à dater de l'accident (art 149 al 2 CAS). Cette limite a été mise en place par le législateur dans un souci d'indemniser le plus vite possible les assurés victimes d'un accident de travail et d'éliminer au maximum les problèmes concernant l'imputabilité de certaines conséquences à un accident du travail.

Ce n'est que dans certaines situations exceptionnelles, situations à interpréter de façon restrictive, qu'il est permis aux assurés de faire leurs réclamations après le susdit délai.

Tel est le cas s'il est établi que les conséquences d'un accident de travail, au point de vue de la capacité de travail du blessé, n'ont pu être constatées qu'ultérieurement. Cela présuppose que les conséquences invoquées par une victime à l'appui de sa demande en obtention d'indemnités proviennent directement d'un accident de travail. La preuve de cette relation entre l'accident et de ses suites incombe à l'assuré.

Tel est encore le cas en cas d'impossibilité d'agir. Cette notion est à interpréter comme impossibilité physique résultant d'une maladie grave ou d'un accident mettant l'intéressé hors d'état de pourvoir à ses intérêts. (CSAS 28 juin 2000, Brucker EMCFL c/ AAI).

Reste encore à préciser que la disposition de l'article 149 du CAS suivant laquelle toute demande d'indemnité doit être présentée dans le délai de 3 ans à dater de l'accident est d'ordre public de sorte que l'AA ne peut pas renoncer à s'en prévaloir (CSAS 21 novembre 1985 AAI c/ Zivojnov).

1.4. Le contenu de la déclaration d'accident

Comme relaté ci-dessus, l'employeur ou son représentant (resp. l'autorité compétente) doit déclarer dans la huitaine tout accident à l'AA. Cette déclaration est à faire sur le formulaire mis à la disposition par cette dernière. Un jeu de déclarations comprend 4 volets dont le premier (l'original) est à adresser à l'AA, le deuxième à l'Inspection du Travail et des Mines, le

troisième est à remettre au blessé et le quatrième est à garder dans les dossiers de l'entreprise.

Le formulaire est divisé en quatre parties. Outre les données (à caractère plutôt signalétique) à fournir concernant l'employeur (partie A) et la victime (partie B), il contient une partie destinée à être complétée par le médecin traitant et concernant des indications relatives à la lésion de la victime (partie C) et une partie destinée à recueillir le rapport de l'accident (partie D).

La partie C est ainsi destinée à comporter des indications relatives à l'identité du médecin traitant, au siège et à la nature de la lésion, à la durée prévisible de l'incapacité du travail et à l'existence ou non de radiographies. Elle contient en outre la date de la consultation du médecin. Reste à préciser qu'en cas d'incapacité de travail, le médecin doit, en complément à sa déclaration sur le formulaire de déclaration, émettre le " Certificat d'incapacité de travail " prévu en matière d'assurance maladie et le remettre à l'assuré.

La partie D de la déclaration est censée recueillir les données relatives aux dates précises de l'accident et de la déclaration de l'accident à l'employeur (jour et heure), l'horaire de travail de la victime et le lieu de l'accident. Le déroulement de l'accident est à relater en indiquant le poste de travail exact de la victime, toute machine ou installation éventuellement impliquée, le genre de l'occupation de la victime, le récit de l'accident, ses causes, les mesures de prévention prises ou à prendre, les données concernant d'éventuels témoins et l'existence ou non de dégâts matériels.

En vue de l'instauration d'un système de déclaration et de traitement des accidents par voie électronique, l'AA envisage actuellement de remplacer le formulaire de déclaration (tel que décrit ci-dessus) par deux formulaires distincts, un formulaire à remplir par l'employeur (ou l'autorité compétente) et un formulaire à remplir par le médecin traitant.

Le formulaire qui sera rempli par l'employeur (ou l'autorité compétente) est semblable au formulaire actuellement en vigueur, à l'exception des indications relatives à la lésion. Le nouveau formulaire ne comporte en effet qu'une indication sommaire quant au siège de la lésion, indication à fournir par l'employeur. La nouvelle présentation du formulaire permet un traitement de ce dernier par voie électronique, au niveau de l'entreprise et au niveau de l'AA.

Le formulaire à remplir par le médecin traitant est beaucoup plus complexe par rapport à la rubrique correspondante figurant sur l'actuel formulaire qui ne permet pas, selon avis du CMSS, de recueillir toutes les données nécessaires pour constituer un dossier médical complet. Le médecin est ainsi notamment invité à donner un diagnostic plus précis des lésions, il lui est demandé de se prononcer sur l'imputabilité des lésions à l'accident, sur d'éventuels états pathologiques préexistants et sur le traitement instauré.

En vue du lancement de ce nouveau système de déclaration, l'AA est actuellement en train de procéder à une phase d'essai en collaboration avec plusieurs entreprises représentatives afin de pouvoir détecter des problèmes éventuels liés à la nouvelle procédure et de trouver une solution avant le lancement définitif.

2. Le processus décisionnel interne à l'Association d'assurance contre les accidents

Le service " Reconnaissance et rejet " de l'AA est compétent en ce qui concerne une première décision quant à l'engagement de la responsabilité de l'AA en cas d'accidents du travail ou de trajet.

Ce service se compose de plusieurs équipes de gestionnaires. Chaque équipe est dirigée par un chef d'équipe. Un chef de service assume des missions de coordination et de contrôle des différentes équipes.

Après la répartition des déclarations d'accidents parvenus à l'AA, le gestionnaire en charge d'une affaire précise enregistre les données de l'affaire sur support informatique. Puis, en connaissance de cause, il émet une proposition de décision. Ainsi il peut se prononcer en faveur d'une reconnaissance de l'affaire ou bien en faveur d'un refus de l'affaire. Si les données en sa possession ne lui semblent pas suffisamment complètes, il peut garder sa prise de décision en suspens et tenter de recueillir les renseignements manquants par des correspondances, des appels téléphoniques, ... etc. Sur sa proposition et en cas d'impossibilité d'arriver autrement au résultat escompté, le chef d'équipe compétent peut organiser une enquête sur le lieu de l'accident ou ailleurs.

Les demandes de renseignements et enquêtes s'effectuent évidemment dans les circonstances et en vertu de la base légale décrites ci-dessus.

A partir du moment où le gestionnaire s'est prononcé soit pour la reconnaissance de l'affaire, soit pour son rejet, il transmet le dossier en question pour avis à son chef d'équipe. En cas d'accord avec la proposition de décision du gestionnaire, une décision de reconnaissance ou, le cas échéant, une décision de refus est émise.

En cas de désaccord entre le gestionnaire et son chef d'équipe, une concertation s'impose, éventuellement avec l'aide du chef de service.

L'assuré est en principe informé de la reconnaissance de son affaire comme accident indemnisable par simple lettre administrative.

Ainsi l'AA peut, en cas de survenance de nouveaux éléments, retirer sa décision à tout moment.

Dans ce cas d'éventuelles prestations déjà fournies par l'AA sont, en conformité avec les dispositions statutaires, à charge de la Caisse de maladie compétente et, pour le surplus, à charge de l'assuré lui-même.

En cas de rejet d'une affaire, une décision présidentielle comportant le ou les motif(s) du rejet ainsi que les moyens de recours est émise. Une telle décision, avant d'être notifiée, est en principe paraphé par le chef d'équipe en charge du dossier et signée par le chef de service après un ultime contrôle.

La motivation de chaque rejet est en principe individuelle. Les motifs de rejet peuvent concerner aussi bien des problèmes de fond (absence de lésion corporelle, accident non survenu sur la voirie publique, ...) que de forme (non respect du délai triennal, ...).

Reste encore à mentionner une procédure relativement rare, utilisée si après l'expiration de la 13^e semaine (fin du versement de l'indemnité pécuniaire par la Caisse de maladie compétente, le cas échéant pour le compte de l'AA) une décision quant à une reconnaissance ou un rejet de la responsabilité de l'AA n'a pas encore été prise. Une telle situation peut se présenter par exemple si l'AA reste en attente d'un procès verbal ou d'autres documents demandés à des autorités étrangères.

Pour éviter que l'assuré se retrouve sans rémunération, l'affaire est déclinée au niveau interne sans qu'une décision de rejet ne soit émise. La Caisse de maladie compétente se charge alors du versement des indemnités de maladie. Si la décision de rejet est confirmée par la suite, les fonds versés à l'assuré restent à charge de la Caisse de maladie. Si l'affaire est reconnue par la suite comme événement indemnisable par l'AA, l'AA est tenu de rembourser la Caisse de maladie compétente.

3. La notification de la décision intervenue

Afin de préserver les droits des assurés concernés, toute décision de rejet d'une affaire est, comme d'ailleurs toute autre décision présidentielle (décision prise en vertu de l'art 128 du CAS), notifiée à l'assuré. La notification constituant le point de départ des délais des voies de recours, le respect scrupuleux de la réglementation existant en la matière est essentiel.

Cette notification est faite par lettre recommandée à la poste (art 318 CAS). Si le destinataire refuse l'acceptation de la lettre recommandée, le délai du recours courra à partir du jour du refus.

Sauf retour de la lettre recommandée à l'expéditeur par les services de la poste (adresse incorrecte, le destinataire n'habite plus à l'adresse indiquée, ...), le récépissé émis par la poste établit la présomption, à l'expiration d'une année depuis sa délivrance, que la notification a été effectuée dans le délai réglementaire à partir de la remise de la lettre à la poste.

A la demande du comité directeur, les personnes ne résidant pas au Luxembourg doivent y élire domicile, faute de quoi la notification est remplacée par un avis affiché pendant huit jours dans les locaux de l'organisme de sécurité sociale compétent, du bureau postal chargé de la

notification et du secrétariat communal de la dernière résidence de l'intéressé.

La même procédure sera suivie si le domicile actuel de la personne intéressée est inconnu.

Si l'intéressé n'a pas eu connaissance de la notification, ou s'il en a eu une connaissance tardive, sans qu'une faute lui soit imputable, il sera réintégré dans ses droits, pourvu qu'il ait formé sa demande dans les trente jours à partir de celui où il a eu connaissance de l'existence de la notification.

4. Les recours contre les décisions de l'Association d'assurance contre les accidents

En cas de désaccord avec la décision présidentielle émise par l'AA (voir ci-dessus), il est loisible à la personne concernée de former une opposition écrite dans le délai de 40 jours à compter de la notification (art 128 al 4 CAS) de la décision. Cette opposition est vidée, en ce qui concerne les affaires relevant de l'AAA, par le comité directeur de l'AAA et en ce qui concerne l'AAI, par la CDR de l'AAI, organe émanant du comité directeur et prévu par l'article 12 des statuts de l'AAI (voir ci-dessus).

Avant de pouvoir saisir utilement les juridictions sociales, l'assuré est ainsi obligé d'introduire une réclamation auprès de l'organisme concerné, l'AAI ou l'AAA.

Une telle procédure permet à l'organisme concerné de réexaminer le dossier en question, le cas échéant en prenant en considération les arguments et explications supplémentaires fournis par l'assuré. En outre cette procédure permet de désencombrer le rôle des juridictions sociales.

Si l'assuré n'obtient pas satisfaction devant la CDR, il a la possibilité de formuler un recours contre la décision de la CDR auprès du Conseil arbitral des assurances sociales (CAAS), recours qui doit être formé, sous peine de forclusion, dans les 40 jours suivant la notification de la décision de la CDR.

Les règles de procédure à suivre devant les juridictions sociales sont détaillées dans le RGD du 24.12.1993 tel que modifié. Ci-après les points les plus importants.

Le recours devant le **CAAS** n'est pas suspensif et est en principe fait par simple requête, déposée en double exemplaire au CAAS.

Les parties (l'assuré ainsi que l'AAI resp. l'AAA) sont convoquées à l'audience. Les débats sont publics, les délibérations sont secrètes. La décision intervenue sera notifiée aux parties par lettre recommandée.

Selon le cas, trois types de recours différents sont possibles contre les décisions du CAAS.

Lorsque la valeur du litige ne dépasse pas 30.000.- LUF, le CAAS statue en dernier ressort (art 294 CAS). Une telle décision peut faire l'objet d'un recours en cassation. Le pourvoi est à introduire et sera instruit et jugé dans les formes prescrites pour la procédure en cassation en matière civile et commerciale. Un tel pourvoi n'est recevable qu'en cas de contravention à la loi ou pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité.

Les décisions rendues en premier ressort par le CAAS peuvent faire l'objet d'un appel, appel qui devra être interjeté, sous peine de forclusion, dans les 40 jours de la notification de la décision du CAAS, par simple requête sur papier libre à déposer au Conseil supérieur des assurances sociales (CSAS).

Les décisions rendues par défaut par le CAAS, en premier ou en dernier ressort, peuvent être attaquées par la voie de l'opposition. Une telle opposition doit être formée, sous peine de forclusion, dans les 15 jours de la notification de la décision attaquée. Elle est adressée au CAAS et a la forme d'une simple requête sur papier libre.

La procédure devant le **CSAS** est similaire à celle prévue devant le CAAS.

Les décisions contradictoires ou réputées contradictoires rendues par le CSAS sont définitives et ne sont susceptibles que d'un recours en cassation, recevable uniquement dans des cas de figure particuliers, énumérés ci-dessus.

Les décisions rendues par défaut par le CSAS peuvent être attaquées par la voie de l'opposition. Celle-ci est à former, sous peine de forclusion, dans les 15 jours de la notification de la décision attaquée et est à déposer au CSAS.

Si l'assuré, victime d'un accident initialement décliné par l'AA, obtient définitivement gain de cause devant la CDR, le CAAS ou le CSAS (éventuellement après cassation(s) et renvoi(s)), son dossier est retourné au service compétent de l'AA qui tient compte de la décision intervenue et émet une lettre de reconnaissance.

BIBLIOGRAPHIE

- " La protection des membres de famille par le droit social ", Pierre MORES, QS N° 8, 2000
- " La responsabilité civile des personnes privées et publiques " par Georges RAVARANI, Pasicrisie luxembourgeoise 2000
- " Aperçu général sur la législation de la sécurité sociale ", IGSS, Luxembourg, novembre 2000
- " Rapport général sur la sécurité sociale ", IGSS, Luxembourg, novembre 2000
- " Droit de la sécurité sociale " par Gueric HENON, magistrat, texte figurant sur le site : <http://juripole.u-nancy.fr/>
- " Compte rendu de l'exercice 1999 " de l'Association d'assurance contre les accidents
- " Accidents de travail, maladies professionnelles ", Editions Francis Lefèvre, 1993
- " Droit de la Sécurité Sociale " par Jean-Jacques DUPEYROUX, Précis DALLOZ, 11e édition
- " La notion d'accident du travail et le régime de la preuve " par André THILL, QS, Tome 10, 1991-1992, p. 151 et svt.
- " Droit de la Sécurité Sociale " par Pierre DENIS, Maison Larcier, Bruxelles
- " Traité de Sécurité Sociale, Tome III : Les accidents du travail " par Yves SAINT-JOURS, LGDJ Paris, 1982
- " Répertoire de Droit Social et du Travail ", DALLOZ
- " Prestations Sociales au Grand-Duché de Luxembourg " par Robert SCHAACK, M.E.N., Luxembourg, 1969.

Liste des principales abréviations utilisées :

- AA :** Association d'assurance contre les accidents, section agricole et section industrielle
- AAA :** Association d'assurance contre les accidents, section agricole
- AAI :** Association d'assurance contre les accidents, section industrielle
- AGD :** Arrêté grand-ducal
- AI :** Alinéa
- AM :** Arrêté ministériel
- Art :** Article
- AVI :** Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité
- CAAS :** Conseil arbitral des assurances sociales

-
- CAS :** Code des assurances sociales
CASS : Cour de cassation
CCSS : Centre d'affiliation et de perception commun aux institutions de sécurité sociale
CDR : Commission des rentes de l'AAI
CEO : Cellule d'évaluation et d'orientation de l'Assurance dépendance
CMSS : Administration du contrôle médical de la sécurité sociale
CSAS : Conseil supérieur des assurances sociales
Doc.Parl.: Documents parlementaires
IGSS : Inspection générale de la sécurité sociale
RGD : Règlement grand-ducal
QS : Bulletin luxembourgeois des questions sociales.

APPLICATION DE LA LOI DU 25 JUILLET 2002 CONCERNANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL ET LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE

Toinie WOLTER

Attachée de la sécurité sociale

La loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle a pour objet d'améliorer le système de protection des travailleurs incapables de travailler pour des raisons de santé, d'infirmité ou d'usure en le complétant notamment par des mesures visant à insérer les travailleurs incapables à exercer leur dernier poste de travail et à assurer le maintien à l'emploi. Ainsi la loi a pour but de pallier un certain nombre de problèmes issus de l'interprétation jurisprudentielle restrictive de l'article 187, alinéa 1er¹⁾ du Code des assurances sociales définissant l'incapacité de travail.

L'arrêt de la Cour de cassation du 28 novembre 1996 dans l'affaire Thill c/ EVI a rappelé que pour être considéré comme invalide il ne suffit pas d'être inapte pour son dernier poste de travail, mais que l'appréciation doit être faite en considération des forces et aptitudes de l'intéressé sur le marché général de l'emploi.

Suite à cette jurisprudence on a pu constater une régression dans l'attribution des pensions d'invalidité. Or, les personnes auxquelles la pension était refusée, alors qu'elles présentaient certes une incapacité de travail pour leur dernier poste de travail, mais non une incapacité sur le marché du travail, risquaient de ne plus être couvertes par le système de protection sociale. En effet, le travailleur salarié incapable de travailler épuise son droit aux indemnités pécuniaires de maladie et présente ensuite sa demande en obtention de la pension d'invalidité. Si celle-ci lui est refusée, alors qu'il ne

1) Art.187, alinéa 1er du CAS : " Est considéré comme atteint d'invalidité l'assuré qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. "

répond pas aux critères légaux, sa situation devient extrêmement précaire. Souvent, son contrat de travail est résilié, alors que la période de protection légale est révolue. Ou encore, si l'employeur n'a pas résilié le contrat de travail, le médecin du travail peut constater une inaptitude au dernier poste de travail. Le recours devant les juridictions sociales prend du temps. Entre-temps, la personne concernée n'a pas droit aux indemnités de chômage, alors que par son recours il manifeste son inaptitude pour le marché du travail. Il ne lui reste qu'un recours au revenu minimum garanti.

Les mesures mises en oeuvre par la nouvelle loi en vue de remédier à cet état des choses visent d'un côté à accélérer les procédures prévues en matière de sécurité sociale en les coordonnant avec les règles protectrices du droit du travail et de compléter, d'un autre côté, le dispositif de protection actuel par des mesures de réinsertion professionnel au profit des travailleurs qui se voient refuser la pension d'invalidité, tout en présentant une incapacité de travail pour exercer leur dernier poste de travail.

Le nouveau système de protection mis en place par la loi du 25 juillet 2002 se déroule d'après différentes étapes, l'une prenant le relais de la précédente :

1^{ière} étape

Le travailleur se trouvant en congé de maladie est convoqué au plus tard le quatrième mois suivant le début de son incapacité de travail pour un examen par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Ce délai a été choisi afin de permettre un traitement identique des ouvriers et des employés privés. Lors de cet examen les constatations suivantes sont possibles :

- Le travailleur est malade de sorte que son indemnité de maladie est prolongée; il sera convoqué à nouveau à une date ultérieure à fixer par le Contrôle médical.
- Le Contrôle médical constate que le travailleur n'est plus malade et qu'il devra reprendre son travail. La caisse de maladie lui notifiera une décision lui signifiant l'arrêt des indemnités pécuniaires. Afin de fixer le travailleur rapidement sur sa situation, une procédure accélérée est instituée pour les recours devant les juridictions de sécurité sociale.
- L'assuré introduit une demande en obtention de la pension d'invalidité.

2^{ième} étape

L'examen de la demande en obtention de la pension d'invalidité peut donner lieu :

- à la constatation de l'état d'invalidité; l'assuré obtient sa pension d'invalidité; son contrat de travail cesse de plein droit.

- à la constatation que l'intéressé n'est pas invalide; dans ce cas le Contrôle médical adresse le dossier au médecin du travail pour examiner s'il y a une incapacité pour le dernier poste de travail.

Si le médecin du travail ne constate pas l'incapacité du travailleur pour le dernier poste de travail, il retourne le dossier avec son avis motivé au Contrôle médical qui saisit en principe la caisse de maladie en vue de la cessation des indemnités pécuniaires de maladie.

Si par contre le médecin du travail constate l'incapacité du travailleur pour le dernier poste de travail, il déclenche la procédure de reclassement par la saisine de la Commission mixte.

3^{ème} étape

La Commission mixte, instituée auprès du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi, est composée par des représentants des partenaires sociaux et des instances publiques concernées :

- deux délégués représentant les assurés;
- deux délégués des employeurs;
- un délégué du Contrôle médical de la sécurité sociale;
- un délégué de la Direction de la santé, division de la santé au travail;
- un délégué du ministre ayant dans ses attributions le Travail et l'Emploi;
- un délégué de l'Administration de l'Emploi.

La Commission mixte, saisie par le médecin de travail compétent, statue endéans les trente jours de sa saisine sur les demandes qui lui sont présentées en vue du reclassement soit interne, soit externe d'un travailleur.

Elle a pour mission de décider le reclassement, soit interne dans l'entreprise, soit externe sur le marché de l'emploi.

En vertu de l'article 1er, alinéa 2 de la loi du 25 juillet 2002, le reclassement interne consiste dans un reclassement au sein de l'entreprise, éventuellement à un autre poste ou à un autre régime de travail.

Il y a lieu de relever à ce sujet une décision du 4 juin 2003¹⁾ dans laquelle le Conseil arbitral des assurances sociales apporte une appréciation restrictive de l'impossibilité de reclassement interne :

En l'espèce, il est retenu que l'avis du médecin du travail se borne à émettre au conditionnel une hypothèse de poste envisageable pour le salarié en relevant que le seul poste éventuellement assimilable est déjà occupé par un autre salarié et que ce poste implique entre autres charges la conduite de véhicules contre-indiquée pour la salarié en question. Le CAAS estime dès

1) CAAS 4 juin 2003 Circuit Foil Luxembourg Trading sàrl c/ Etat Luxembourgeois.

lors que l'avis du médecin du travail compétent n'est pas concluant ni quant à une possibilité ni quant à une impossibilité de reclassement interne, et qu'il ne saurait être déduit de ce seul avis ni l'absence d'un autre poste ou d'un autre régime de travail, ni l'impossibilité absolue de procéder au reclassement interne du salarié.

Le CAAS vient à la conclusion qu'en dépit du fait que ce poste comporte la conduite de véhicules et du fait que ce poste soit déjà occupé par un autre salarié auquel la requérante prétend ne pas pouvoir attribuer d'autres tâches, la requérante ne prouve pas à suffisance qu'il lui est impossible d'aménager ce poste au regard du nombre de tâches pour une entreprise de cette importance et de la vacance du poste suite aux déplacements et transports faisant partie des missions y comprises.

La Commission mixte peut prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue du reclassement d'un travailleur.

La décision de la Commission mixte est susceptible d'un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales dans un délai de quarante jours à partir de la notification de la décision.

Pour le reclassement interne la loi prévoit :

- un reclassement obligatoire auquel sont soumises toutes les entreprises ayant plus de 25 salariés et qui n'ont pas encore suffi à leur obligation légale en matière d'embauche de travailleurs handicapés. Il est toutefois prévu que l'entreprise est admise à fournir la preuve de son impossibilité matérielle à réaffecter le salarié au plan interne. Dans cette hypothèse, la Commission mixte déclenche la procédure de reclassement externe.

L'article 3, paragraphe 1, précise que :

" Sans préjudice des dispositions de l'article 2 paragraphe (1), la commission mixte, prévue à l'article 10, peut dispenser l'employeur du reclassement interne s'il rapporte la preuve qu'un tel reclassement lui causerait des préjudices graves. "

Dans un jugement rendu en date du 4 juin 2003¹⁾ le Conseil arbitral des assurances sociales a précisé la notion de préjudice grave :

L'employeur doit prouver en quoi le reclassement interne du salarié mette en danger la survie même de l'entreprise voire affecte son bilan et son compte de profits et pertes dans une proportion telle que sa survie serait menacée ou que sa situation financière s'en trouverait fortement dégradée au regard des états financiers et notamment au regard de l'actif net de l'entreprise, voire encore que le reclassement interne provoquerait une désorganisation de

1) CAAS 4 juin 2003 Circuit Foil Luxembourg Trading sàrl c/ Etat Luxembourgeois.

l'entreprise tellement importante qu'elle risque de ne plus pouvoir fonctionner.

Il s'agit dès lors des conséquences financières et économiques qui pourraient mettre en danger la survie même de l'entreprise de l'employeur et ce dernier est tenu de faire une évaluation au moins approximative du prétendu préjudice financier grave.

Pour apprécier l'impact financier d'un reclassement interne il y a également lieu de mettre en balance les aides financières multiples offertes par la loi du 25 juillet 2002.

La même décision donne une précision sur l'assimilation entre le travailleur incapable à exercer son dernier poste de travail et le travailleur handicapé au sens de la loi modifiée du 12 novembre 1991. Le CAAS retient :

" que cette assimilation a notamment trait à l'obligation de l'employeur de compléter son effectif de travailleurs handicapés prévu par la loi et aux mesures d'accompagnement au profit de l'employeur et de l'employé handicapé tant financières, fiscales et autres,

que cette assimilation et l'application du régime juridique y relatif ne sont plus données dès lors que la loi du 25 juillet 2002 sur l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle ne les prévoit plus, et dès lors qu'il échet de constater qu'à la différence du travailleur handicapé qui fait une demande auprès du Service des travailleurs handicapés de l'Administration de l'Emploi, le travailleur incapable à exercer son dernier poste de travail qui fait l'objet d'une mesure de reclassement interne est protégé contre le licenciement, continue à être engagé dans un contrat de travail et n'est pas demandeur d'emploi,

que dès lors, la condition prévue par la loi modifiée du 12 novembre 1991 et applicable en présence de travailleurs handicapés demandeurs d'emploi, à savoir la saisine du service des travailleurs handicapés de l'Administration de l'Emploi de demandes d'emploi en nombre suffisant émanant de travailleurs handicapés répondant à l'aptitude requise, ne sont plus applicables en présence d'un travailleur incapable à exercer son dernier poste de travail qui fait l'objet d'une décision de reclassement interne et qui n'est pas demandeur d'emploi. "

- un reclassement volontaire pour les autres entreprises.

En cas de reclassement interne le travailleur a droit, par le biais du Fonds pour l'Emploi, à une indemnité compensatoire représentant la moins-value entre l'ancienne et la nouvelle rémunération. La prise en compte de l'ancienne rémunération est cependant plafonnée à un montant représentant cinq fois le salaire social minimum.

Dans le cadre du reclassement obligatoire, le salarié bénéficie encore d'une protection spéciale contre le licenciement pendant une année. Si au terme de cette période de protection contre le licenciement, l'employeur n'entend pas poursuivre le reclassement interne du salarié, (en d'autres termes, s'il procède au licenciement du salarié à l'issue de cette période), il est astreint au paiement d'une taxe de compensation équivalente à 50% du salaire social minimum à verser mensuellement au Trésor public pendant une durée maximale de 24 mois.

Cette taxe constitue en quelque sorte la contribution obligatoire de l'employeur aux frais de reclassement externe du salarié que l'ADEM devra poursuivre dans cette hypothèse. Une taxe analogue est d'ailleurs déjà prévue à l'article 10 de la loi du 12 novembre 1991 sur les travailleurs handicapés, à charge des employeurs refusant d'embaucher le nombre prescrit de travailleurs handicapés.

L'employeur qui opère le reclassement interne a droit aux aides prévues en matière d'embauche de travailleurs handicapés ou d'une bonification d'impôt. En cas d'un reclassement volontaire, il peut cumuler les deux mesures.

Si un reclassement interne ne peut être opéré, la Commission mixte décide le reclassement externe. Le travailleur est inscrit d'office comme demandeur d'emploi et touche les indemnités de chômage.

A cette fin il est créé une section spéciale intitulée " Service des travailleurs à capacité de travail réduite " auprès de l'Administration de l'Emploi. Bien entendu, sans que le texte ne doive le préciser, le demandeur pourra être affecté à une mesure active d'emploi, tout en gardant son indemnité de chômage. Il reste sous-entendu qu'une attention particulière sera apportée pour fournir au travailleur un emploi approprié. Il ne sera donc pas assigné à toutes sortes d'emploi, mais seulement à ceux correspondant à ses aptitudes et compétences.

Si le reclassement externe aboutit à un reclassement du travailleur sur le marché général de l'emploi, il a droit à l'indemnité compensatoire dans les mêmes conditions qu'en cas de reclassement interne et l'employeur a droit aux aides et bonifications fiscales. Dans ce cas l'indemnité sera calculée sur base de l'ancienne rémunération plafonnée du travailleur sans prise en compte du montant des indemnités de chômage touchées entre-temps.

4^{ième} étape

Si le travailleur n'a pu être reclassé pendant la durée légale du paiement de l'indemnité de chômage complet sur le marché général de l'emploi, il a droit à une indemnité d'attente dont le montant correspond à la pension d'invalidité. Pendant la durée du bénéfice de l'indemnité d'attente, le travailleur doit rester disponible pour le marché de l'emploi et l'indemnité ne

lui est versée que pendant le temps où un emploi approprié n'a pu être trouvé. L'indemnité d'attente est soumise aux mêmes conditions de retrait et aux mêmes dispositions anticumules que la pension d'invalidité.

En revanche, à l'avenir la pension d'invalidité une fois attribuée aura un caractère définitif. Elle ne sera donc plus susceptible d'être remise en question par le Contrôle médical. Sous l'empire de l'ancienne législation, cette remise en question est souvent intervenue après une longue période de jouissance de la pension et était ainsi souvent à l'origine de situations sociales particulièrement dramatiques.

Il y a lieu de préciser que l'indemnité compensatoire est prise en charge par le Fonds pour l'emploi tandis que l'indemnité d'attente est prise en charge par l'assurance pension.

En ce qui concerne l'obligation de motivation des décisions de la commission mixte, il y a lieu de se reporter à l'article 7 du règlement grand-ducal du 14 octobre 2002 concernant le mode de désignation et d'indemnisation des membres, les règles de fonctionnement et les délais de procédure de la commission mixte de reclassement des travailleurs incapables à exercer leur dernier poste de travail :

" Les décisions de la commission mixte se basent notamment sur :

a) un rapport du médecin du travail de l'Administration de l'emploi sur les capacités de travail résiduelles de la personne concernée ainsi que sa proposition, s'il y a lieu, de mesures de réhabilitation ou de reconversion en vue d'un reclassement interne ou externe;

b) un rapport du Service des travailleurs handicapés de l'Administration de l'emploi sur le respect ou non par l'employeur des obligations prévues à l'article 2, paragraphe (1) de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle;

c) en cas de refus par l'employeur d'opérer le reclassement interne, un dossier motivé de l'employeur prouvant qu'un reclassement interne lui causerait des préjudices graves, en application de l'article 3, paragraphe (1) de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle;

d) un avis motivé du médecin du travail compétent sur les possibilités d'un reclassement interne en exécution de l'article 2, paragraphe (1) et, s'il y a lieu, de l'article 4 de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle. "

Le CAAS a, dans sa décision du 4 juin 2003, précisé :

" qu'il résulte de la rédaction et de l'agencement de cet article qu'il donne une liste non exhaustive d'éléments alternatifs permettant à la commission mixte de reclassement des travailleurs incapables à exercer leur dernier poste de travail de motiver ses décisions. "

Dans une autre décision relative au principe du caractère contradictoire de la procédure administrative du 21 juillet 2003¹⁾, le CAAS précise que :

" le principe du respect du caractère contradictoire de la procédure administrative implique pour le particulier le droit d'être avisé de l'existence d'une procédure dont l'issue peut l'atteindre dans ses intérêts et dans sa situation individuelle et le droit de présenter utilement sa défense, d'être informé des griefs retenus et d'obtenir communication du dossier ;

que la procédure administrative conformément à ce principe devrait permettre à l'intéressé d'être informé de ses droits à obtenir de l'autorité administrative tous les éléments pour présenter utilement sa défense et permettre que s'instaure dès ce niveau une véritable collaboration entre l'administration et l'intéressé (cf. : Guy Isaac ; La procédure administrative non contentieuse, no 404 p.400) ;

que le respect des droits de la défense et son corollaire, le caractère contradictoire de la procédure, doivent être garantis au niveau de la procédure administrative qui se déroule devant la commission mixte de reclassement ;

que s'il est vrai que l'avis du médecin du travail a été communiqué à l'assuré, il échet cependant de constater que la décision de la commission mixte de reclassement a été prise en dehors de l'initiative de l'intéressé qui n'a pas été en mesure de prendre position, de faire valoir ses arguments, ses observations de fait et de droit avant qu'intervienne la décision administrative de rejet susceptible de recours. "

Dans la même décision le CAAS se prononce aussi sur le principe de la motivation en droit d'une décision administrative :

"Attendu que conformément aux principes du droit administratif toute décision administrative doit baser sur des motifs légaux et indiquer les motifs par l'énoncé au moins sommaire de la cause juridique qui lui sert de fondement et des circonstances de fait à sa base ;

Attendu que cette précision de la base légale, de la cause juridique et des circonstances de fait motivant et justifiant la décision est indispensable afin de permettre à l'intéressé de préparer utilement sa défense et de permettre au Conseil arbitral d'exercer le contrôle de la légalité qui lui appartient ;

1) CAAS 21 juillet 2003 Bailleux Michel c/ Etat Luxembourgeois.

Attendu que la décision entreprise, en retenant comme unique motif que dans le cas de Monsieur B il n'y a pas de refus de la pension d'invalidité, n'est pas motivée avec la précision légalement requise par rapport aux conditions prévues par l'article 1er¹⁾ de la loi du 25 juillet 2002 en ce sens que la décision n'indique pas un motif légal justifiant le rejet des mesures de reclassement externe. "

La décision a ainsi été annulée pour absence de motif légal et renvoyée devant la Commission mixte de reclassement.

En ce qui concerne les règles de procédure, la loi du 25 juillet 2002 introduit à l'article 55, alinéa 5 du CAS²⁾ une procédure accélérée tant pour la présentation que pour l'examen des recours, alors que du moment où l'assuré verra son indemnité pécuniaire de maladie suspendue, réduite ou supprimée, il se trouvera dans une situation extrêmement précaire.

Dans un jugement du 13 décembre 2002³⁾ le CAAS a précisé :

" que depuis la mise en vigueur de la loi du 25 juillet 2002 concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle il existe deux procédures distinctes concernant les prestations dues aux assurés sociaux.

Une procédure de droit commun prévue à l'article 55, alinéa 3 du CAS et la nouvelle procédure de l'article 55 alinéa 5 appelée communément " procédure accélérée " .

1) Art. 1er: " Le travailleur salarié, affilié au titre de l'article 171, alinéa 1, sous 1), 5), 8), 11) et 12) du Code des assurances sociales et remplissant les conditions de stage prévues à l'article 186 du même code, qui n'a pas été reconnu invalide au sens de l'article 187 du Code des assurances sociales mais qui, par suite de maladie prolongée, d'infirmité ou d'usure présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail, bénéficie soit d'un reclassement interne, soit d'un reclassement externe.

Le reclassement interne consiste dans un reclassement au sein de l'entreprise, éventuellement à un autre poste ou à un autre régime de travail. Le reclassement externe consiste dans un reclassement sur le marché du travail. "

2) " Toute décision de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une décision conjointe du président et du vice-président du comité. En cas de désaccord entre le président et le vice-président, le comité directeur statuera endéans la huitaine. Cette décision est acquise à défaut d'un recours introduit par l'intéressé devant le Conseil arbitral des assurances sociales endéans les quinze jours à partir de la notification de la décision. Le Conseil arbitral statue endéans les trente jours de la saisine. Le jugement est exécutoire par provision. Il est susceptible d'appel endéans les quinze jours à partir de la notification du jugement. Le Conseil supérieur des assurances sociales statue endéans les trente jours de la saisine. Les articles 83, 293 et 294 sont applicables par analogie " .

3) CAAS 13 décembre 2002 Bini c/ CMEP.

Attendu que la finalité des procédures est différente. Que celle prévue à l'article 55 alinéa 5 vise plus précisément les cas de figure concernant l'incapacité de travail et la réinsertion professionnelle dans le contexte de l'article 187 du CAS.

(...)

En effet, le cas de la requérante ne se situe pas dans le cadre d'une démarche vers l'octroi d'une pension d'invalidité ni vers une réinsertion professionnelle au sens de la loi du 25 juillet 2002 de sorte que l'application de la procédure accélérée prévue à l'article 55, alinéa 5 nouveau du CAS avec des délais réduits et une exécution par provision n'est pas justifiée. "

Dans plusieurs décisions¹⁾ le CAAS a retenu que la procédure administrative applicable en cas de décision de refus de paiement de l'indemnité pécuniaire de maladie est celle de l'article 55, alinéa 3 du CAS, en précisant que :

" Les dispositions de l'article 55, alinéa 3, (décision présidentielle-opposition vidée par le comité-directeur) prévoient une procédure spéciale fixant des garanties pour l'administré et des règles de procédure administrative particulières tenant compte d'une façon suffisante des droits et de la protection des personnes assurées et permettant à ceux-ci de préparer utilement leurs moyens de preuve et arguments et de compléter le dossier par les pièces nécessaires pouvant servir de fondement à l'appui de la demande. "

Le Conseil supérieur des assurances sociales a, dans un arrêt du 14 février 2003²⁾, retenu que :

" Aux termes de l'article 55, alinéa 5 nouveau du code des assurances sociales, toute décision de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie fait l'objet d'une décision conjointe du président et du vice-président du comité-directeur.

En l'occurrence, Joël B avait bénéficié de la conservation de la rémunération jusqu'au 30 septembre 2002. La Caisse de maladie des employés privés n'avait pas encore statué sur la demande en allocation d'indemnités pécuniaires de maladie avant la décision litigieuse du 9 décembre 2002 et aucune indemnité n'avait encore été versée à l'assuré.

1) CAAS 20 décembre 2002 Nigron Anne c/ CMEP.

CAAS 20 décembre 2002 Hennico c/ CMEP.

CAAS 13 janvier 2003 Barisien Joël c/ CMEP.

2) CSAS 14 février 2003 CMEP c/ Barisien Joël.

La décision du 9 décembre 2002 avait donc pour objet ni la suspension, ni la réduction, ni la suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie, mais le refus de celle-ci. En effet, il ne peut y avoir lieu à suspension, réduction ou suppression de ladite indemnité que si le bénéficiaire de celle-ci avait été reconnu antérieurement à l'assuré.

Comme l'alinéa 5 nouveau de l'article 55 n'attribue compétence au président et au vice-président du comité-directeur que pour les décisions de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire de maladie, les décisions de refus relèvent de la compétence des organes visés à l'alinéa 3 dudit article 55. Le refus d'accorder l'indemnité pécuniaire de maladie aurait partant dû faire l'objet d'une décision du président du comité-directeur, respectivement de son délégué, décision contre laquelle l'assuré peut former opposition qui est vidée par le comité-directeur. "

Les notions de " suspension, réduction et de suppression " sont détaillées d'avantage dans un jugement rendu par la CAAS en date du 28 février 2003¹⁾ :

" Aux termes de l'article 341 : " Les avis du contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent aux institutions et administrations concernées (...). "

Il en résulte que les acteurs des procédures prévues à l'article 55 ont une compétence liée en ce qui concerne les questions médicales tranchées par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Qu'il ne peut dès lors y avoir de désaccord entre le président et le vice-président sur un avis à caractère médical et à portée individuelle. Par conséquent la " décision de suspension, de réduction ou de suppression de l'indemnité pécuniaire " que le président et le vice-président sont amenés à prendre ne peut pas être d'ordre médical puisqu'ils n'ont pas le droit d'être en désaccord... et par conséquent le comité-directeur ne sera jamais amené à statuer.

Attendu que l'étude des documents parlementaires 4872 n'a pas permis de découvrir une définition des notions de suspension, réduction et suppression... à part le souci des rédacteurs d'adapter l'article 55 du code des assurances sociales à la nouvelle hypothèse de réinsertion des travailleurs incapables (4872 : commentaire des articles sous chap. 3 article 15 p.11).

Cependant l'exposé des motifs contient les notions " d'arrêt des indemnités pécuniaires " et de " cessation des indemnités pécuniaires " (4872 : exposé des motifs sous solutions envisagées p.3) avec le souhait de " fixer le

1) CAAS 28 février 2003 Guaitieri Robert c/ CMEP.

travailleur rapidement sur sa situation, une procédure accélérée est instituée pour les recours devant les juridictions de sécurité sociale ".

Le Conseil d'Etat (4872/5 p.2) fait état de la possibilité d'un " recours judiciaire " lors de la première étape (des quatre étapes) mise en place par la loi du 25 juillet 2002 et il confirme le but du texte que " tout salarié atteint d'une incapacité ponctuelle, qui ne s'identifie pas a une invalidité générale, sera financièrement soutenu " (4872/5 p.3) qui se concrétise par les dispositions de l'article 8 de la loi du 25 juillet 2002.

L'article 55 alinéa 5 constitue dès lors un texte spécial par rapport à l'article 55 alinéa trois mais seulement pour les décisions à caractère administratif.

En effet, l'article 14 dispose que l'indemnité pécuniaire est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cette décision d'accorder ou de refuser l'indemnité pécuniaire dépend entre autre du dépôt d'un constat d'incapacité de travail selon les formes requises par les statuts de sorte que le droit à cette indemnité pour la durée théorique de 52 semaines dépend de conditions administratives et médicales.

L'article 190 des statuts de l'UCM dispose que la caisse de maladie procède au début de chaque période d'incapacité de travail à la computation des périodes sur base d'un avis du CMSS.

Par conséquent, le refus de la prise en charge à partir du 13 décembre 2002 même en présence de périodes d'incapacité antérieures indemnisées n'est pas susceptible de modifier la qualification juridique du refus en celle d'une décision prévue à l'alinéa 5.

Affirmer le contraire, revient à appliquer deux procédures différentes selon qu'il s'agit d'une première décision de la caisse ou d'une décision subséquente concernant la prise en charge au sens de l'article 14 c'est-à-dire de deux demandes qui ont un même objet à savoir l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie. "

Sous l'intitulé " moyen tiré de l'immixtion du pouvoir législatif dans les compétences du pouvoir judiciaire ", le CSAS relève, dans une décision du 31 janvier 2003, des difficultés d'organisation procédurale :

" L'article 55 alinéa 5 nouveau du code des assurances sociales impose au Conseil supérieure des assurances sociales de statuer endéans les trente jours de sa saisine.

Il appartient au législateur de déterminer la procédure civile. Ainsi, des délais de convocation et de prononcé ont été prévus dans divers textes de loi dont

celui instaurant la Cour Constitutionnelle où le délai du prononcé est toutefois de 2 mois depuis la clôture des débats sans que l'on puisse parler d'immixtion.

D'ailleurs, l'article 55 alinéa 5 ne prévoit pas de sanction dans le cas où les juridictions sociales ne seraient pas en mesure de statuer endéans le délai imparti.

A ce sujet il faut préciser que le délai de convocation normal devant la juridiction du Conseil supérieur des assurances sociales est, conformément aux articles 7 et 24 du règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993, de 8 jours au moins. Mais outre ce délai, le Conseil supérieur des assurances sociales devra conformément à l'article 29 observer les règles de procédure devant la Cour d'appel, dont l'article 167 NCPC, selon lequel le délai de convocation sera augmenté de 15 jours pour ceux qui, comme l'intimé, habitent en République Fédérale d'Allemagne.

La nécessité d'observer les délais de convocation, qui relèvent des droits de la défense, prime toutes considérations - le cas échéant justifiables du législateur - de nature à imposer, dans l'intérêt de l'assuré social, une procédure accélérée en la matière.

En présence d'un délai de convocation qui était en l'occurrence de 3 semaines, il resterait 8 jours au Conseil supérieur des assurances sociales pour préparer le dossier, pour faire rapport, pour entendre les plaidoiries en audience publique, pour faire les recherches juridiques nécessaires, pour délibérer, pour rédiger un arrêt motivé et pour prononcer en audience publique, ce qui est matériellement impossible et va à l'encontre d'une bonne administration de la justice et encore à l'encontre du droit des justiciables à un jugement motivé, surtout si les moyens invoqués dépassent le cadre du litige tracé par le législateur, mais n'ont toutefois pas été exclus de la procédure dite accélérée.

Il est d'autre part rappelé que la présente juridiction se compose de magistrats et d'assesseurs au nombre de cinq qui sont tous affectés à d'autres fonctions et qui doivent se libérer pour les sessions du Conseil supérieur des assurances sociales et pour le délibéré de sorte que la procédure accélérée telle que prévue par le législateur est difficilement compatible avec l'organisation procédurale actuelle du Conseil supérieur des assurances sociales.

Un autre problème pratique réside dans le fait que les avis de réception des convocations des parties tardent d'être restitués de sorte que le Conseil supérieur des assurances sociales, en cas de bref délai, n'est pas en mesure de vérifier si le destinataire a été valablement touché et si la convocation lui a

été remise en mains propres, ce qui a une incidence sur la nature de l'arrêt à intervenir (par défaut ou contradictoire). "

L'application de la loi du 25 juillet 2002 soulève un certain nombre de questions dont notamment celle de savoir si le retrait d'une pension d'invalidité temporaire en vertu de l'article 193 du CAS¹⁾ est à mettre sur un pied d'égalité avec la constatation que l'intéressé n'est pas invalide et entraîne l'application de la nouvelle procédure de la loi du 25 juillet 2002 ? Il convient de relever qu'un reclassement interne n'est pas possible, alors que le contrat de travail est résilié de plein droit en cas d'allocation de la pension d'invalidité temporaire.

Une autre question qui se pose est celle de l'introduction éventuelle de la possibilité pour l'intéressé de saisir directement soit la commission mixte, soit le médecin du travail. Ainsi il ne sera plus nécessaire de présenter d'abord une demande de pension d'invalidité. Afin d'éviter la multiplication de demandes il y a lieu de soumettre cette saisine directe à des conditions claires et précises.

L'application de la loi du 25 juillet 2002 soulève aussi le problème de l'absence de conditions minimales quant à la réduction du temps de travail en cas de reclassement interne respectivement externe. Actuellement rien ne s'oppose à ce qu'un employeur réduise la durée hebdomadaire du temps de travail du salarié de 40 heures à 2 heures au préjudice du Fonds pour l'emploi qui paye l'indemnité compensatoire représentant la différence entre l'ancienne rémunération et la nouvelle rémunération. Il s'avère nécessaire d'y imposer des limitations, ainsi qu'une procédure de suivi et de contrôle.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 2002, la commission mixte a été saisie de 250 dossiers. 70 personnes ont été reclassées au sein de leur entreprise et 91 personnes ont fait l'objet d'un reclassement externe. Sur les 250 demandes, plus de la moitié (136 demandes) se situe dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans.

Il convient aussi de relever que le secteur d'activité le plus concerné est celui de la construction, de l'industrie du caoutchouc et des plastiques, de la santé et de l'action sociale et de l'intermédiation financière.

Au terme d'une première année d'application de la loi du 25 juillet 2002 il convient d'en dresser un bilan et d'opérer une adaptation sur le plan législatif.

1) Art. 193. " La pension d'invalidité est retirée si le bénéficiaire ne remplit plus les conditions prévues à l'article 187, ou s'il bénéficie de rémunérations provenant d'une activité salariée exercée au Luxembourg ou à l'étranger qui dépassent le plafond prévu à l'article 226, alinéa 1.

Sans préjudice des dispositions de l'article 211, la décision qui retire une pension est applicable dès le premier jour du mois suivant immédiatement celui au cours duquel elle a été notifiée. "

CONSEIL DE L'EUROPE DÉCLARATION DE MALTE SUR L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX

PREAMBULE

La Conférence,

Rassemblant des représentants des Etats membres du Conseil de l'Europe, des Etats observateurs et d'Etats tiers, des Organisations internationales, des membres de parlements, des représentants des travailleurs et des employeurs, des organisations non gouvernementales, des centres de recherches ;

Se félicitant de la qualité du rapport sur l'Accès aux droits sociaux en Europe, présenté à cette occasion ;

Prenant en compte que la promotion de l'accès effectif aux droits sociaux est un élément clé de la Stratégie de cohésion sociale ;

Consciente de l'indivisibilité et de l'interdépendance des droits humains et affirmant son engagement pour la promotion des droits sociaux en tant que partie intégrante des droits humains et comme facteur de renforcement de la dignité humaine ;

Considérant que le respect des droits humains constitue l'un des éléments essentiel au développement durable ;

Rappelant que, à travers ses instruments juridiques, notamment la Charte Sociale européenne, la Charte Sociale européenne révisée et le Code européen de Sécurité Sociale, le Conseil de l'Europe a établi un ensemble de normes internationales et de procédures afin de promouvoir une approche du développement durable fondée sur les droits sociaux ;

Consciente du rôle fondamental que les droits sociaux ont joué dans le développement en Europe au cours du dernier siècle, et sont appelés à jouer à l'avenir ;

Consciente que le maintien et le renforcement des droits sociaux impliquent de faire face à de nouveaux défis, résultant des tendances économiques et démographiques actuelles en Europe ;

Convaincue que l'accès effectif aux droits sociaux de tous, et en particulier des plus démunis et des plus vulnérables, est essentiel à la jouissance des droits humains ;

Convaincue que l'accès effectif aux droits sociaux contribue à la cohésion sociale ;

Consciente que la pauvreté et l'exclusion sociale sont des facteurs menaçant la jouissance des droits humains ;

Consciente de l'importance de l'accès aux droits sociaux dans l'exercice de la citoyenneté active ;

Convaincue de l'importance de promouvoir la responsabilité sociale ;

Reconnaissant l'interdépendance des différents droits sociaux.

EN APPELLE AUX GOUVERNEMENTS ET AUTRES PARTENAIRES POLITIQUES, SOCIAUX ET ECONOMIQUES:

POUR QU'ILS ELABORENT ET METTENT EN OEUVRE DES POLITIQUES FAVORISANT L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX, EN S'INSPIRANT DES PRINCIPES SUIVANTS :

- Egalité de traitement, en réservant une attention particulière à l'égalité entre les femmes et les hommes ;
- Orientation des services vers les besoins des usagers ;
- Participation des usagers et renforcement de l'autonomie et des capacités des usagers ;
- Solidarité ;
- Partenariat ;
- Utilisation optimale des ressources disponibles ;
- Intégration des prestations et des services ;
- Qualité et accessibilité des services ;
- Transparence ;
- Suivi et évaluation.

POUR QU'ILS FAVORISENT L'ACCES AUX DROITS SOCIAUX SELON LES ORIENTATIONS POLITIQUES SUIVANTES ET LES MESURES D'APPLICATION QUI EN RESULTENT :

Garantir un cadre juridique adéquat et des mécanismes appropriés à l'application effective des droits sociaux ;

Garantir des systèmes d'appel et de recours accessibles et transparents ;

Combattre la discrimination à l'égard des usagers, en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables ;

Maintenir un système performant de protection sociale ainsi qu'une gamme de services visant à répondre à des besoins liés à la santé, l'emploi, le logement et l'éducation ;

Prendre en considération l'établissement de seuils de ressources indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine ;

Veiller à une intégration optimale des services et des prestations offertes, notamment par une meilleure répartition et coordination des compétences ;

Attribuer des ressources humaines et financières adéquates et les utiliser de manière optimale ;

Mettre en place des stratégies de communication multidimensionnelle, en accordant une attention constante à la qualité et à l'efficacité de l'information;

Mettre en place des locaux adaptés aux personnes ayant des besoins spécifiques ;

Tenir compte de la situation spécifique des régions et des zones marginalisées à la fois dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques ;

Renforcer les mécanismes de suivi et d'application des droits sociaux, en associant les usagers et en promouvant la responsabilisation des services;

Évaluer systématiquement l'impact des politiques et mesures actuelles et envisagées sur l'accès aux droits sociaux.

ET, A CETTE FIN, RECOMMANDE AU COMITE DES MINISTRES DU CONSEIL DE L'EUROPE DE :

Donner son plein soutien à la poursuite des travaux du Conseil de l'Europe visant à promouvoir la reconnaissance et l'accès effectif aux droits sociaux, en favorisant des approches intégrées ;

Assurer la cohérence entre cette activité et les autres activités déployées au sein du Conseil de l'Europe ;

Donner mandat au Comité européen pour la cohésion sociale (CDCS) d'élaborer un projet de recommandation sur l'accès aux droits sociaux et de tenir compte des conclusions de la présente conférence dans ses travaux futurs ;

Prendre les mesures nécessaires à la promotion de la ratification des instruments juridiques du Conseil de l'Europe dans le domaine social, notamment ceux prévoyant de nouveaux droits, afin d'améliorer l'accès aux droits sociaux de tous et plus particulièrement des plus vulnérables.

