

# BULLETIN LUXEMBOURGEOIS DES QUESTIONS SOCIALES

VOLUME 8

LA PROTECTION DES MEMBRES DE FAMILLE  
PAR LE DROIT SOCIAL  
*Pierre MORES*

TABLES ANTICUMUL  
*Carlo DURBACH*

ASSURANCE DEPENDANCE  
*Andrée KERGER*  
*Catherine THOMÉ*

RESUME DES PRINCIPALES MESURES LEGISLATIVES ET  
REGLEMENTAIRES INTERVENUES DEPUIS  
LA DERNIERE PARUTION DU BLQS  
*Claude EWEN*

JURISPRUDENCE

2000

---

*Comité de rédaction*

Inspection générale de la sécurité sociale  
26, rue Zithe  
b.p. 1308  
L-1013 LUXEMBOURG

tél. 478 - 6365  
fax. 478 - 6225

internet / e-mail: [igss@igss.etat.lu](mailto:igss@igss.etat.lu)

---

Toute correspondance relative à la rédaction et à la diffusion  
est à adresser au secrétariat de la publication, b. p. 1308,  
L-1013 LUXEMBOURG

---

ISBN - 2-495-23019-9

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

## SOMMAIRE

<b>LA PROTECTION DES MEMBRES DE FAMILLE PAR LE DROIT SOCIAL</b>	<b>1</b>
1ère partie: Le droit positif .....	1
I. L'assurance maladie .....	1
II. L'assurance accident .....	2
III. L'assurance pension .....	4
IV. Les prestations familiales .....	6
V. Le revenu minimum garanti .....	8
2e partie : Le bilan de la situation actuelle.....	10
I. La communauté domestique .....	10
II. Les conjoints.....	11
III. Personnes vivant maritalement.....	12
<b>TABLES ANTICUMUL</b>	<b>13</b>
<b>ASSURANCE DEPENDANCE</b>	<b>21</b>
1. La révision des dispositions transitoires .....	21
1.1. Le décompte rétroactif des prestations de l'assurance dépendance .....	23
a) <i>Personne dépendante sans réseau d'aides et de soins/sans allocation</i> .....	25
b) <i>Personne dépendante sans réseau d'aides et de soins / avec allocation</i> .....	25
c) <i>Personne dépendante avec réseau d'aides et de soins / sans allocation</i> .....	26
d) <i>Personne dépendante avec réseau d'aides et de soins / avec allocation</i> .....	26
e) <i>Personne dépendante en établissement d'aides et de soins</i> .....	27
1.2. Les personnes décédées avant l'évaluation .....	27
2. Les valeurs monétaires pour les établissements et les réseaux d'aides et de soins.....	27
3. L'agrément .....	28
4. Les aspects internationaux .....	30
5. Le cadre légal et réglementaire de l'assurance dépendance au 1er mai 2000.....	30
<b>RESUME DES PRINCIPALES MESURES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES INTERVENUES DEPUIS LA DERNIERE PARUTION DU BLQS (dates de référence: 1.10.98-30.4.00)</b>	<b>33</b>

<b>JURISPRUDENCE</b>	<b>45</b>
<b>Table des matières</b>	<b>45</b>
I. Assurance-accident .....	45
Accident de trajet.....	45
Notion d'accident du travail .....	45
Indemnisation .....	46
Procédure.....	46
II. Assurance-pension .....	47
Notion d'invalidité .....	47
Refus .....	48
Stage .....	49
Procédure.....	49
III. Assurance maladie .....	49
IV. Aide sociale .....	51
V. Allocations de soins .....	52
VI. Prestations de chômage.....	53
<b>Relevé analytique de la jurisprudence 1995 à 1998</b>	<b>55</b>
<b>Arrêts récents de la cour de justice européenne</b>	<b>177</b>

# LA PROTECTION DES MEMBRES DE FAMILLE PAR LE DROIT SOCIAL

Pierre MORES

*Président de la Caisse de pension  
des employés privés*

La présente étude se propose d'examiner la situation réservée en matière de sécurité sociale aux membres de la famille d'un assuré principal. Dans quelle mesure le droit social leur reconnaît-il des droits ou obligations directs ? Quels sont les droits dérivés dont ces membres bénéficient en vertu de la législation visée ?

Avant d'essayer de répondre à ces questions il convient de préciser quelques notions employées.

Le terme **famille** désigne dans le présent contexte un ensemble de personnes unies dans une communauté de vie, consacrée ou non par le droit civil. Par **droit social** il y a lieu d'entendre les branches ou prestations essentielles de la législation sociale que sont l'assurance maladie, l'assurance accident, l'assurance pension<sup>1</sup>, les prestations familiales et le revenu minimum garanti.

Dressons d'abord un état des lieux avant d'essayer d'en dégager quelques conclusions.

## 1ère partie: Le droit positif

### I. L'assurance maladie

1. L'article 1er du code des assurances sociales énumère les assurés obligatoires parmi lesquels il énonce à l'alinéa 1<sup>er</sup> sous le point 5) le conjoint d'une personne qui exerce au Grand-Duché pour son propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers, de la chambre de commerce ou de la chambre d'agriculture ou une activité professionnelle ayant un caractère principalement intellectuel, à condition qu'il prête à cette personne « des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale. » Est couvert dans les mêmes conditions le parent ou allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré inclusivement qui assiste dans son activité professionnelle un ressortissant de la chambre d'agriculture, toujours conformément au point 5) susmentionné.

---

1) Est seul visé le régime général d'assurance pension régi par le Livre IV du code des assurances sociales à l'exclusion des régimes de pension spéciaux ayant fait l'objet de deux lois du 3 août 1998.

Est assimilé à un travailleur indépendant l'associé qui détient seul ou avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales d'une société ou association ayant pour objet une activité professionnelle artisanale, commerciale, industrielle, agricole ou intellectuelle indépendante.

En vertu de l'article 5 du code des assurances sociales les conjoints aidants peuvent, sous certaines conditions, être dispensés de l'assurance obligatoire.

2. L'article 7 du code des assurances sociales définit les membres de famille d'un assuré principal, qu'il le soit à titre obligatoire ou volontaire, auxquels le bénéfice de la couverture contre le risque de maladie est étendu, à savoir :

- « 1) au conjoint ;  
2) au parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint tient le ménage de l'assuré principal ;  
3) aux enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal ouvrant droit aux allocations familiales ;  
4) aux enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour autant que l'assuré ou son conjoint soit attributaire des allocations familiales ;  
5) aux ayants droit visés sous 3) et 4) qui n'ouvrent pas droit aux allocations familiales lorsqu'ils sont âgés de moins de trente ans et qu'ils disposent de ressources inférieures ou revenu minimum garanti pour une personne seule tel que défini par la loi modifiée du 26 juillet 1996. »

3. Suivant l'article 27 du code des assurances sociales une indemnité funéraire est allouée en cas de décès d'un assuré ou d'un membre de famille protégé en vertu de l'article 7.

4. En matière d'assiette cotisable devant ultérieurement servir de base de calcul des prestations, le revenu professionnel de l'activité non salariée est divisé par le nombre de personnes affiliées en qualité d'assuré principal ou d'aidant (voir articles 35, alinéa 3 et 36, alinéa 4 du CAS). Toutefois pour le conjoint d'un assuré principal exerçant une activité non salariée autre qu'agricole, le revenu cotisable ne peut, par application de la phrase finale de l'article 35, alinéa 3 du code des assurances sociales, dépasser le double du salaire social minimum de référence, le surplus éventuel devant être mis en compte à l'assuré principal.

## II. L'assurance accident

1. Conformément à l'article 85, alinéa 1<sup>er</sup>, point 8) du code des assurances sociales le conjoint d'une personne exerçant pour son propre compte une activité professionnelle ressortissant de la chambre des métiers ou de la chambre de commerce est obligatoirement couverte contre le risque d'accident du travail à condition qu'il prête à cette personne « des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale ».

Est encore assimilé à la personne préqualifiée l'associé qui détient seul ou ensemble avec son conjoint plus de la moitié des parts sociales d'une société ou association exploitant une activité professionnelle indépendante ressortissant de la chambre des métiers ou de la chambre de commerce ou encore de nature principalement intellectuelle et non commerciale.

L'article 86 du code des assurances sociales définit les assurés obligatoires des entreprises agricoles et forestières. L'article 160 précise dans son alinéa 1er que sont en outre soumis à l'assurance obligatoire « les membres de famille occupés habituellement ou accidentellement dans l'exploitation . . . »

2. Conformément à l'article 97, alinéas 12 à 14 du code des assurances sociales, il est alloué à tout assuré touchant une ou plusieurs rentes de la part de l'assurance accident correspondant en tout à une incapacité de travail d'au moins cinquante pour cent, un supplément pour chaque enfant à charge.
3. En cas d'accident mortel d'un assuré, survenu « par le fait du travail ou à l'occasion de son travail » (article 92 du CAS), les ayants droit de la victime peuvent prétendre à une indemnité funéraire déterminée suivant l'article 101, alinéa 1er, sub 1<sup>o</sup> du code des assurances sociales.
4. Dans l'hypothèse susmentionnée une pension de survie revient en outre aux enfants légitimes, légitimés, adoptifs ou naturels de l'assuré décédé de même qu'à « tous les enfants, orphelins de père et de mère, à condition que l'assuré ou le bénéficiaire de la pension en ait assuré l'entretien et l'éducation pendant les six mois précédant son décès et qu'ils n'aient pas droit à une pension d'orphelin du chef de leurs auteurs », le tout par application des dispositions des deux premiers alinéas de l'article 102 du code des assurances sociales.
5. Les petits-enfants ont également droit à une pension, « à condition que le défunt ait eu une obligation alimentaire à leur égard ». (Article 104 du CAS)
6. La pension de survie du conjoint<sup>2</sup> obéit aux règles inscrites à l'article 102, alinéas 1, 3, 6, 7, 8, 9 et 10 du code des assurances sociales. Il convient de souligner dans ce contexte plus particulièrement l'alinéa 9 susévoqué qui prévoit que « la rente peut être refusée totalement ou partiellement si les deux conjoints vivent volontairement séparés au moins deux années avant l'accident et que chacun subvient à son entretien sans l'assistance de l'autre. »
7. Les droits du conjoint divorcé<sup>2</sup> sont régis par les dispositions de l'alinéa 5 de l'article 102 du code des assurances sociales et ne jouent qu'à défaut de conjoint survivant.
8. A condition que le défunt ait fait partie de leur ménage ou qu'il ait pourvu d'une façon appréciable à leur entretien, les ascendants sont susceptibles de bénéficier à leur tour d'une pension de survie. L'article 103 du code des assurances sociales précise dans son alinéa 1er que leur sera assimilé « le second conjoint du père ou de la mère à condition qu'il ait fourni des secours et donné des soins non interrompus à l'assuré pendant six ans au moins dans sa minorité ».

---

2) *Les cas de remariage ou de divorce du second mariage sont de nature à influencer sur la prestation due. (Voir article 102, alinéas 6 et 7 du CAS).  
Pour une vue générale prière de se référer à l'article intitulé " La sécurité sociale et le divorce au Grand-Duché de Luxembourg " de M. Carlo Durbach publié au BLQS, 1998, volumes 5 et 6, pages 215 à 232.*

9. En vertu de l'alinéa 2 du même article 103 « la même rente est due aux parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants mineurs lors de l'adoption qui ont fait son ménage pendant les cinq années précédant l'accident à condition et tant qu'ils ne bénéficient pas d'une rente à titre personnel, qu'il ne soit pas dû de rente de conjoint et qu'ils aient atteint l'âge de quarante ans au moment du décès de l'assuré. Ces rentes sont supprimées en cas de mariage ou de remariage des bénéficiaires. »
10. Dans ses articles 111 et 112 le code des assurances sociales a institué des règles spéciales en faveur des parents<sup>3</sup> de l'assuré séjournant dans une institution spécialisée ou dont la rente a été suspendue.

### III. L'assurance pension

1. Les règles d'assujettissement à l'assurance obligatoire inscrites aux articles 171, alinéa 1er, 2) et 6) et 180 du code des assurances sociales se recoupent avec celles prévues au Livre I<sup>er</sup> relatif à l'assurance maladie. Il peut partant être renvoyé aux développements consignés au point I. - 1 ci-dessus. Rappelons que sont visés en l'occurrence les conjoint ou certains parents et alliés qui aident un travailleur non salarié dans l'exercice de sa profession.
2. L'article 172, alinéa 1er du code des assurances sociales dispose sous le point 4) que sont prises en compte comme période d'assurance aux fins de parfaire le stage requis pour la pension de vieillesse anticipée à partir de l'âge de soixante ans et pour la pension minimum, ainsi qu'aux fins de l'acquisition des pensions forfaitaires dans les pensions « les périodes pendant lesquelles l'un des parents a élevé au Luxembourg un ou plusieurs enfants âgés de moins de six ans accomplis . . . ». Le bénéfice de cette période d'assurance est donc réservé aux parents ayant élevé leur propre enfant légitime, légitimé ou adoptif. Sont partant exclues de cette faveur les personnes ayant éduqué un enfant simplement accueilli dans leur foyer.
3. Le bénéfice des baby-years consacré par l'article 171, alinéa 1er sous le point 7) du code des assurances sociales est en principe accordé sur demande à tout parent « se consacrant à l'éducation d'un enfant légitime, légitimé, naturel ou adoptif âgé de moins de quatre ans lors de l'adoption ».
4. Dans les conditions prévues aux articles 195 et 196 du code des assurances sociales le conjoint a droit à une pension de survie. Une pension de réversion revient encore au conjoint divorcé conformément à l'article 197 du même code. Le cas de concours d'un ou plusieurs conjoints divorcés avec un conjoint ou d'autres titulaires d'un droit dérivé<sup>4</sup> est régi respectivement par l'article 197, alinéas 4 à 6 et l'article 198, alinéa 4 du code des assurances sociales.

---

3) L'article 111 vise les membres de famille à charge de l'assuré en cause alors que l'article 112 parle « des parents qui, lors de leur décès, auraient droit à la pension ».

4) Il s'agit des personnes énumérées à l'article 198 du CAS. (voir pt III. 5).

5. Conformément à l'article 198 du code des assurances sociales, à défaut de conjoint survivant « le droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption ». Parmi les conditions énoncées à l'article précité, il faut souligner que les demandeurs doivent, entre autres :
- a) être veufs ou veuves, divorcés, séparés de corps ou célibataires ;
  - b) avoir vécu depuis au moins cinq années précédant le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de pension en communauté domestique avec lui ;
  - c) avoir fait son ménage pendant la même période.

6. Les notions de communauté domestique ou de ménage commun, en dehors de l'article 198 ci-dessus mentionné, jouent encore un rôle dans le contexte des articles 202 et 203 du code des assurances sociales.

Ainsi l'article 202 prévoit notamment que « les pensions des survivants qui ont vécu avec un bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou invalidité en ménage commun ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pendant les trois mois consécutifs à l'ouverture du droit jusqu'à concurrence de la pension du défunt. » L'article 203 ajoute que « si le défunt n'était pas encore titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité, les pensions des survivants, ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré ou dont l'entretien était à sa charge, sont complétées pour le mois du décès et les trois mois subséquents jusqu'à concurrence de la pension à laquelle le défunt aurait eu droit en vertu de l'article 186. »<sup>5</sup>

7. Suivant l'article 209, alinéa 1er du code des assurances sociales « les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps, sinon à ses successeurs en ligne directe jusqu'au deuxième degré. »<sup>6</sup>
8. L'article 210 du code des assurances sociales veut que les pensions soient suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois. Dans son alinéa 2 ledit article tempère cependant ce principe en ajoutant que « pour la durée de la détention la pension due à un détenu est dévolue aux membres de famille qui, en cas de décès, auraient droit à une pension de survie, à condition qu'ils résident au Luxembourg et que le pensionné ait contribué d'une façon prépondérante à leur entretien », tout en précisant qu'« en cas de divorce ou de séparation le conjoint a droit à la pension jusqu'à concurrence des pensions alimentaires ».

---

5) Cette prestation est communément appelée « trimestre de faveur ».

6) L'article 297, alinéa 2 du CAS diffère quelque peu de l'article 209 en ce qu'il dispose comme suit : « A l'exclusion de celles accordées en vertu du livre III du présent code, les prestations dues à un assuré lors de son décès, qu'elles aient été fixées ou non, passent par priorité au conjoint survivant non séparé de corps, sinon à ses successeurs légaux ou testamentaires à condition qu'ils aient vécu en communauté domestique avec lui à l'époque du décès, dans les autres cas ces prestations sont payées jusqu'à concurrence des frais funéraires exposés. Il en est de même pour les remboursements dus pour les prestations en nature ».

9. L'article 237 du code des assurances sociales relatif aux mesures de réhabilitation et de reconversion prévues à l'article 189 prévoit qu'un règlement grand-ducal fixe les montants à déduire le cas échéant de la pension au titre de frais d'entretien du bénéficiaire dans un établissement spécialisé de l'espèce. Il prescrit cependant que pour le « cas où le bénéficiaire a des membres de famille à sa charge, cette déduction ne peut avoir pour effet de réduire la pension au-dessous des pensions de survie auxquelles les membres de famille auraient droit en cas de décès de l'assuré. »
10. L'article 292 bis figurant au Livre IV - dispositions communes - du code des assurances sociales dispose que « s'il est établi que le bénéficiaire d'une pension ou indemnité en espèces la détourne ou pourrait la détourner de son but naturel ou que les intérêts des membres de sa famille sont lésés, le juge de paix de sa résidence pourra désigner une tierce personne qui emploiera ladite pension ou indemnité aux fins auxquelles elle est destinée. » La loi reconnaît en l'occurrence un droit d'action, entre autres, au conjoint de l'assuré contre lequel il n'existe pas de jugement de séparation de corps coulé en force de chose jugée », aux « père et mère de l'assuré », ou encore au « subrogé tuteur de l'assuré majeur incapable ».

#### IV. Les prestations familiales

1. Les prestations familiales - au sens large - assurent un degré de protection élevé de la famille, conformément à leur vocation première.
2. Suivant l'article 9 de la loi du 20 juin 1977 ayant pour objet : 1) d'instituer le contrôle médical systématique des femmes enceintes et des enfants en bas âge ; 2) de modifier la législation existante en matière d'allocations de naissance, « la naissance de tout enfant viable ouvre droit à une allocation de naissance versée en trois tranches . . . ». D'après l'article 17 l'allocation prénatale, l'allocation de naissance proprement dite ou encore l'allocation postnatale est versée à celui qui assure l'éducation et l'entretien de l'enfant, c. à. d. en principe à la mère.
3. L'allocation de maternité créée par la loi du 30 avril 1980 est accordée à « toute femme enceinte et toute femme accouchée à condition qu'elle ait son domicile légal au Luxembourg au moment de l'ouverture du droit... » (art. 1er, al. 1er). Elle est versée à la mère. L'article 6 prévoit dans son alinéa 2 qu'« en cas de décès de la mère elle est versée, à partir du décès, à la personne qui prend à sa charge l'entretien de l'enfant. »
4. En matière d'allocations familiales l'article 1er de la loi du 19 juin 1985 dispose en son alinéa 1er que « tout enfant élevé d'une façon continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal a droit aux allocations familiales... », dont le montant est déterminé en fonction du groupe familial auquel appartient l'enfant bénéficiaire. Le groupe familial est défini comme suit par les alinéas 2 à 6 de l'article 2 de la loi de 1985 :
  - « 2 Sont considérés comme appartenant à un même groupe familial au sens de la présente loi tous les enfants légitimes ou légitimés issus des mêmes parents qui remplissent les conditions d'octroi des allocations familiales, sans préjudice des dispositions de l'alinéa 5 du présent article.

- 3 Sont assimilés aux enfants légitimes
  - a) les enfants adoptifs ;
  - b) les enfants naturels reconnus et élevés dans le ménage de l'auteur qui les a reconnus.
- 4 En cas de séparation des enfants, le montant des allocations familiales est déterminé par rapport à la situation du groupe d'origine.
- 5 Si, comme en cas de séparation des parents et des enfants, l'un des parents se remarie ou vit en communauté domestique, les enfants du second époux et ceux du second lit qui remplissent les conditions prévues aux alinéas 2 et 3 ont droit à un montant déterminé en fonction du nombre d'enfants élevés dans le ménage de leurs auteurs. Il est de même des enfants adoptés après leur séparation.
- 6 La caisse nationale des prestations familiales peut étendre le groupe familial du tuteur ou du gardien effectif aux enfants recueillis par une personne qui exerce la tutelle ou le droit de garde en vertu d'une décision judiciaire coulée en force de chose jugée, à condition que le placement soit durable et que cette solution soit plus favorable pour le bénéficiaire. »

L'article 5 dit que les allocations sont versées aux parents si l'enfant est élevé dans leur ménage commun. Conformément à l'alinéa 2 dudit article « dans les autres cas elles sont versées à celui des parents ou à la personne physique ou morale qui exerce la garde effective de l'enfant. La caisse nationale des prestations familiales décide du paiement dans l'intérêt de l'enfant. »

5. La loi du 14 juillet 1986 a institué une allocation de rentrée scolaire accordée pour les enfants de plus de six ans.
6. En vertu de la loi du 1er août 1988 une allocation d'éducation a été introduite dans notre législation nationale. Au voeu de l'article 2  
« (1) Peut prétendre à l'allocation d'éducation toute personne qui :
  - a) est domiciliée au Grand-Duché de Luxembourg et y réside effectivement ;
  - b) élève dans son foyer un ou plusieurs enfants pour lesquels sont versées au requérant ou à son conjoint non séparé des allocations familiales et qui remplissent à son égard les conditions prévues à l'article 2 de la loi modifiée du 19 juin 1985 concernant les allocations familiales et portant création de la caisse nationale des prestations familiales ;
  - c) s'adonne principalement à l'éducation des enfants au foyer familial et n'exerce pas d'activité professionnelle ou ne bénéficie pas d'un revenu de remplacement.
- (2) Par dérogation à la condition prévue au paragraphe (1) sous c) peut également prétendre à l'allocation toute personne qui exerce une ou plusieurs activités professionnelles ou bénéficie d'un revenu de remplacement et qui, indépendamment de la durée de travail presté, dispose ensemble avec son conjoint non séparé ou la personne avec laquelle elle vit en communauté domestique d'un revenu ne dépassant pas, déduction faite des cotisations de sécurité sociale,

- trois fois le salaire social minimum de référence si elle élève un enfant ;
  - quatre fois le salaire social minimum de référence si elle élève deux enfants ;
  - cinq fois le salaire minimum de référence si elle élève trois enfants et plus.
- (3) Par dérogation aux conditions prévues au paragraphe (1) sous c) et au paragraphe (2), peut prétendre à la moitié de l'allocation d'éducation, indépendamment du revenu dont elle dispose, toute personne qui
- a) exerce une ou plusieurs activités professionnelles à temps partiel sans que la durée de travail hebdomadaire totale effectivement presté ne dépasse la moitié de la durée normale de travail lui applicable sur cette même période en vertu de la loi ou de la convention collective de travail, ou bénéficie d'un revenu de remplacement correspondant à la durée de travail déterminée ci-avant ;
  - b) s'adonne principalement à l'éducation des enfants au foyer familial pendant une durée au moins équivalente à la moitié de la durée normale de travail, telle qu'elle est déterminée sub a). »

Cette allocation est en principe versée à l'attributaire des allocations familiales (Art.9).

## V. Le revenu minimum garanti

1. La loi du 26 juillet 1986 a créé le droit à un revenu minimum garanti au profit de certaines personnes limitativement énumérées en son article 3. Elle a été abrogée et remplacée avec effet au 1er avril 2000 par la loi du 29 avril 1999 qui en a étendu les conditions générales d'ouverture du droit.
2. La communauté domestique joue un rôle important en la matière en ce qu'elle influe sur le montant même du revenu minimum garanti (art. 5) ainsi que sur la détermination des ressources à prendre en considération dans le cadre de la fixation de l'indemnité d'insertion (Art.7) et de l'allocation complémentaire (Art. 19).

L'article 4 de la loi du 29 avril 1999 définit comme suit la communauté domestique.

« Art. 4 (1) Sont présumées faire partie d'une communauté domestique toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun, dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun et qui ne peuvent fournir les preuves matérielles qu'elles résident ailleurs.

Un règlement grand-ducal précisera les preuves matérielles à fournir, la durée sur laquelle doivent porter ces preuves, sans qu'elle ne puisse être inférieure à six mois, ainsi que les modalités pratiques d'application.

(2) Lorsqu'un enfant mineur est placé temporairement en dehors du domicile des père et mère, il est néanmoins considéré comme faisant partie de la communauté domestique si le placement ne dépasse pas un an.

(3) Les personnes vivant dans une institution sociale ou médico-sociale sont à considérer soit comme personne seule, soit comme communauté de deux ou plusieurs personnes suivant qu'elles y vivent seules ou ensemble avec leur conjoint ou avec leurs enfants. Il en est de même des personnes hospitalisées qui sont considérées par le service du contrôle médical de la sécurité sociale comme cas de simple hébergement.

Pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois ou pendant le placement dans un centre socio-éducatif de l'Etat, l'intéressé ne peut être considéré comme faisant partie de la communauté domestique.

(4) Lorsque, dans une communauté domestique déterminée conformément au paragraphe (1) du présent article, aucune prestation n'est due ou n'est demandée, les personnes suivantes sont considérées comme formant seules une communauté domestique :

- a) les personnes vivant dans la communauté domestique de leurs descendants ;
- b) les personnes majeures qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne sont pas en état de gagner leur vie dans les limites prévues par la présente loi et qui vivent dans la communauté domestique de leurs ascendants ou de leur frère ou sœur.

En outre l'organisme compétent peut considérer les personnes majeures, recueillies dans une communauté domestique pour laquelle elles créent des charges sans y apporter une contribution quelconque, comme formant seules une communauté domestique. Il en est de même des personnes recueillies dans le cadre de leur accompagnement social au sens de l'article 16. »

- 3. « Pour l'appréciation des ressources, il est tenu compte des aides alimentaires instituées par les articles 203, 212, 214, 238, 267 bis, 268, 277, 300 et 303 du Code civil ainsi que par l'article 334(1) du Code civil, pour autant qu'il a pour objet les aides alimentaires dues par les parents à l'enfant naturel et par l'article 362 du même Code, pour autant qu'il vise les aides alimentaires dues par l'adoptant à l'adopté » (Art. 21 paragraphe 1).
- 4. Par application des dispositions de l'article 28 le fonds national de solidarité réclame dans les limites à fixer par un règlement grand-ducal la restitution des sommes par lui versées à titre d'allocation complémentaire, notamment « b) contre la succession du bénéficiaire au maximum jusqu'à concurrence de l'actif de la succession ».

## 2e partie : Le bilan de la situation actuelle

Les branches du droit social susmentionnées se révèlent en général assez généreuses en matière de sauvegarde des intérêts des enfants<sup>7</sup> - légitimes, légitimés, adoptifs, naturels ou même simplement recueillis par une personne en charge – ou des conjoints<sup>8</sup> - divorcés ou non. Il y est encore souvent fait référence aux parents<sup>9</sup> ou alliés en ligne directe ou collatérale jusqu'au respectivement deuxième<sup>10</sup> ou troisième<sup>11</sup> degré, aux ascendants<sup>12</sup> ou encore aux membres de famille<sup>13</sup>.

Dans ce contexte il s'avère particulièrement intéressant d'analyser l'importance accordée à la notion de communauté domestique ou de ménage commun en insistant sur les différences de traitement des conjoints et du couple vivant en union libre<sup>14</sup>.

### I. La communauté domestique

La notion de communauté domestique constitue le pivot de référence en matière de protection contre le risque de maladie des membres de famille d'un assuré principal<sup>15</sup>. Sous certaines conditions une rente de survie peut être accordée aux ascendants ayant fait partie du ménage d'un assuré victime d'un accident professionnel mortel<sup>16</sup>. Dans le cadre de l'assurance pension, à défaut de conjoint survivant, un droit à pension de survie est ouvert au profit des parents et alliés en ligne directe, aux parents en ligne collatérale jusqu'au deuxième degré et aux enfants adoptifs mineurs lors de l'adoption, à condition, entre autres, d'avoir vécu depuis au moins cinq années précédant le décès de l'assuré en communauté domestique avec lui<sup>17</sup>.

A noter, que le code des assurances sociales ne détermine point ce qu'il faut entendre par « communauté domestique » et que seul l'article 4 de la loi du 29 avril 1999 sur le revenu minimum garanti en ébauche un début de définition<sup>18</sup>.

---

7) voir notamment articles 7, 97, 102 et 271 du CAS.

8) voir notamment articles 7, 102, 195, 196 et 197 du CAS.

9) voir notamment articles 111, 112 et 172 du CAS.

10) voir articles 1 et 7 du CAS.

11) voir articles 103 et 198 du CAS.

12) voir article 103 du CAS.

13) voir articles 160, 210, 237 et 292 bis du CAS.

14) encore désignées par « personnes vivant en communauté domestique », ou « cohabitants ».

15) Article 7, alinéa 4 du CAS.

16) Article 103 du CAS.

17) Article 198 du CAS.

18) Cf. pt V. 2 ci-avant de la 1ère partie.

Il n'empêche que même pour les conjoints la nécessité de faire ménage commun est susceptible de jouer un rôle important en matière de sécurité sociale. Ainsi, dans le cadre de l'assurance de l'assurance-accident, « la rente peut être refusée totalement ou partiellement si les deux conjoints vivent volontairement séparés au moins depuis deux années avant l'accident et que chacun subvient à son entretien sans l'assistance de l'autre ». <sup>19</sup> De même pour pouvoir toucher les arriérés de pension dus à un assuré lors de son décès le conjoint survivant ne doit pas être séparé de corps. <sup>20</sup>

## II. Les conjoints

1. Au niveau de l'affiliation les conjoints aidants d'un assuré exerçant une profession non salariée sont en principe obligatoirement assurés contre les risques sociaux. <sup>21</sup>  
Au niveau de la mise en compte des revenus professionnels la loi institue une discrimination à charge du conjoint aidant d'un assuré principal exerçant une activité indépendante autre qu'agricole en limitant son assiette cotisable au double du salaire social minimum de référence. <sup>22</sup>  
Le dispositif légal fait par ailleurs obstacle à l'affiliation en qualité de travailleur salarié d'une personne au service de son conjoint. <sup>23</sup>
2. Au regard de la dette des cotisations d'assurance sociale la loi du 27 novembre 1933 concernant le recouvrement des contributions directes a institué une solidarité indivise entre conjoints en disposant dans son article 4 que  
« Les époux habitant ensemble, même séparés de biens, et autres personnes imposées collectivement, sont solidairement redevables des contributions directes et des sommes assimilées à ces dernières par l'art. 3, imposées au nom du mari resp. de la collectivité ; les droits du Trésor prévus à l'art. 1er sont exercés pour la cote intégrale indistinctement sur les biens de l'un ou de l'autre époux, quel que soit le régime matrimonial qui régit le mariage. » <sup>24</sup>
3. En matière de prestations de réversion le remariage du conjoint survivant se répercute sur les rentes ou pensions légalement dues, en les remplaçant par une indemnité de rachat. <sup>25</sup>

---

19) Article 102, al. 9 du CAS.

20) Article 209, al. 1er du CAS.

21) Articles 1er, al. 4 et 5, 85, al. 7 et 171, al. 2 et 6.  
Quant à la possibilité de dispense, voir article 5, al. 1er et 180 du CAS

22) Articles 35, al. 3 et 242 du CAS.

23) Voir articles 5, al. 3 et 180, al.3 du CAS.

24) Cette disposition assez méconnue est parfois à l'origine de véritables drames sociaux précipitant le ménage ou l'un des époux dans le dénuement le plus complet.

25) Articles 102, al. 6, 197, al. 1, 204 et 205.

### III. Personnes vivant maritalement

Cette catégorie de cohabitants est ignorée par le droit social, du moins en ce qui concerne les droits dérivés. Ainsi une personne ayant vécu en union libre avec un partenaire ne touche aucune pension de survie du chef de la carrière d'assurance de ce dernier, quelle que fût la durée de leur communauté domestique. Pas de possibilité non plus de coassurance au titre de la couverture contre le risque de maladie.<sup>26</sup> Au niveau de l'assurance-accident les personnes visées ne sont pareillement pas admises en qualité d'aidants affiliés exerçant une profession non salariée.<sup>27</sup>

En fait la loi n'offre que quelques « avantages » indirects au « statut » de couple cohabitant :

- pas de solidarité en matière de cotisations
- neutralité au regard des pensions de survie en cours.

---

26) Cf. énumération exhaustive (par l'article 7 du CAS) des membres de famille coassurés.

27) Seul l'article 160 du CAS leur entrouvre une possibilité d'assurance en disposant en son alinéa 2 que « Sont également soumises d'office à l'assurance obligatoire auprès de la section agricole sans qu'une déclaration auprès du centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, 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. »

# **TABLES ANTICUMUL**

Carlo DURBACH

*Directeur de l'Administration commune des caisses  
de sécurité sociale des classes moyennes*

## **ARTICLE 229 DU CODE DES ASSURANCES SOCIALES**

### **ANTICUMUL**

#### **PENSION DE SURVIE ET PENSION PERSONNELLE PENSION DE SURVIE ET REVENUS PROFESSIONNELS**

---

Pensions de survie non-réduites exprimées par tranches de mille  
à partir de 25.000 francs jusqu'à 70.000 francs mensuels

---

<b>T A B L E S</b>
--------------------

**JUIN 1999**

ARTICLE 229 DU CODE DES ASSURANCES SOCIALES: ANTICUMUL PENSION DE SURVIE ET PENSION PERSONNELLE															
TABLE 1	25000	30000	35000	40000	45000	50000	55000	60000	65000	70000	75000	80000	85000	90000	
	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	
(2)	25000	25000	25000	25000	24631	23131	21631	20131	18631	17131	15631	14131	12631	11131	
(2)	26000	26000	26000	26000	25331	23831	22331	20831	19331	17831	16331	14831	13331	11831	
(2)	27000	27000	27000	27000	26031	24531	23031	21531	20031	18531	17031	15531	14031	12531	
(2)	28000	28000	28000	28000	26731	25231	23731	22231	20731	19231	17731	16231	14731	13231	
(2)	29000	29000	29000	28931	27431	25931	24431	22931	21431	19931	18431	16931	15431	13931	
(2)	30000	30000	30000	29631	28131	26631	25131	23631	22131	20631	19131	17631	16131	14631	
(2)	31000	31000	31000	30331	28831	27331	25831	24331	22831	21331	19831	18331	16831	15331	
(2)	32000	32000	32000	31031	29531	28031	26531	25031	23531	22031	20531	19031	17531	16031	
(2)	33000	33000	33000	31731	30231	28731	27231	25731	24231	22731	21231	19731	18231	16731	
(2)	34000	34000	33931	32431	30931	29431	27931	26431	24931	23431	21931	20431	18931	17431	
(2)	35000	35000	34631	33131	31631	30131	28631	27131	25631	24131	22631	21131	19631	18131	
(2)	36000	36000	35331	33831	32331	30831	29331	27831	26331	24831	23331	21831	20331	18831	
(2)	37000	37000	36031	34531	33031	31531	30031	28531	27031	25531	24031	22531	21031	19531	
(2)	38000	38000	36731	35231	33731	32231	30731	29231	27731	26231	24731	23231	21731	20231	
(2)	39000	39000	38931	37431	35931	34431	32931	31434	29931	28431	26931	25431	23931	20931	
(2)	40000	40000	39631	38131	36631	35131	33631	32131	30631	29131	27631	26131	24631	21631	
(2)	41000	40331	38831	37331	35831	34331	32831	31331	29831	28331	26831	25331	23831	22331	
(2)	42000	41031	39531	38031	36531	35031	33531	32031	30531	29031	27531	26031	24531	23031	
(2)	43000	43000	40231	38731	37231	35731	34231	32731	31231	29731	28231	26731	25231	23731	
(2)	44000	43931	40931	39431	37931	36431	34931	33431	31931	30431	28931	27431	25931	24431	
(2)	45000	44631	43131	41631	40131	38631	37131	35631	34131	32631	31131	29631	28131	25131	
(2)	46000	45331	43831	42331	40831	39331	37831	36331	34831	33331	31831	30331	28831	25831	
(2)	47000	46031	44531	43031	41531	40031	38531	37031	35531	34031	32531	31031	29531	26531	
(2)	48000	46731	45231	43731	42231	40731	39231	37731	36231	34731	33231	31731	30231	27231	
(2)	49000	47431	45931	44431	42931	41431	39931	38431	36931	35431	33931	32431	30931	27931	
(2)	50000	48131	46631	45131	43631	42131	40631	39131	37631	36131	34631	33131	31631	28631	

TABLE 1 SUITE		25000	30000	35000	40000	45000	50000	55000	60000	65000	70000	75000	80000	85000	90000
(2)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
(2)	51000	48831	47331	45831	44331	42831	41331	39831	38331	36831	35331	33831	32331	30831	29331
(2)	52000	49531	48031	46531	45031	43531	42031	40531	39031	37531	36031	34531	33031	31531	30031
(2)	53000	50231	48731	47231	45731	44231	42731	41231	39731	38231	36731	35231	33731	32231	30731
(2)	54000	50931	49431	47931	46431	44931	43431	41931	40431	38931	37431	35931	34431	32931	31431
(2)	55000	51631	50131	48631	47131	45631	44131	42631	41131	39631	38131	36631	35131	33631	32131
(2)	56000	52331	50831	49331	47831	46331	44831	43331	41831	40331	38831	37331	35831	34331	32831
(2)	57000	53031	51531	50031	48531	47031	45531	44031	42531	41031	39531	38031	36531	35031	33531
(2)	58000	53731	52231	50731	49231	47731	46231	44731	43231	41731	40231	38731	37231	35731	34231
(2)	59000	54431	52931	51431	49931	48431	46931	45431	43931	42431	40931	39431	37931	36431	34931
(2)	60000	55131	53631	52131	50631	49131	47631	46131	44631	43131	41631	40131	38631	37131	35631
(2)	61000	55831	54331	52831	51331	49831	48331	46831	45331	43831	42331	40831	39331	37831	36331
(2)	62000	56531	55031	53531	52031	50531	49031	47531	46031	44531	43031	41531	40031	38531	37031
(2)	63000	57231	55731	54231	52731	51231	49731	48231	46731	45231	43731	42231	40731	39231	37731
(2)	64000	57931	56431	54931	53431	51931	50431	48931	47431	45931	44431	42931	41431	39931	38431
(2)	65000	58631	57131	55631	54131	52631	51131	49631	48131	46631	45131	43631	42131	40631	39131
(2)	66000	59331	57831	56331	54831	53331	51831	50331	48831	47331	45831	44331	42831	41331	39831
(2)	67000	60031	58531	57031	55531	54031	52531	51031	49531	48031	46531	45031	43531	42031	40531
(2)	68000	60731	59231	57731	56231	54731	53231	51731	50231	48731	47231	45731	44231	42731	41231
(2)	69000	61500	60000	58500	57000	55500	54000	52500	51000	49500	48000	46500	45000	43500	42000
(2)	70000	62500	61000	59500	58000	56500	55000	53500	52000	50500	49000	47500	46000	44500	43000

Remarque:  
 Les montants des **pensions personnelles** se trouvent en haut de la table **en italique**.  
 Les montants des **pensions de survie non-réduites** se trouvent dans les colonnes (2) de haut en bas.  
 Les montants des **pensions de survie réduites** se trouvent dans les colonnes (1) de gauche à droite.  
 Le montant spécifique de la pension de survie réduite recherchée se trouve au croisement des colonnes (1) et (2).  
 Facteur d'ajustement: 1,219 Indice appliqué: 562,38 Seuil: 68768 Indice: 562,38 Pensions de survie par tranches de mille.

ARTICLE 229 DU CODE DES ASSURANCES SOCIALES: ANTICUMUL PENSION DE SURVIE ET REVENUS PROFESSIONNELS															
TABLE 2		24025*	30000	35000	48050*	57660*	60000	65000	70000	75000	80000	85000	90000	95000	100000
(2)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
(2)	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	25000	24800	23300	21800	20300	18800	17300
(2)	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	26000	25500	24000	22500	21000	19500	18000
(2)	27000	27000	27000	27000	27000	27000	27000	27000	27000	26200	24700	23200	21700	20200	18700
(2)	28000	28000	28000	28000	28000	28000	28000	28000	28000	26900	25400	23900	22400	20900	19400
(2)	29000	29000	29000	29000	29000	29000	29000	29000	29000	27600	26100	24600	23100	21600	20100
(2)	30000	30000	30000	30000	30000	30000	30000	30000	29800	28300	26800	25300	23800	22300	20800
(2)	31000	31000	31000	31000	31000	31000	31000	31000	30500	29000	27500	26000	24500	23000	21500
(2)	32000	32000	32000	32000	32000	32000	32000	32000	31200	29700	28200	26700	25200	23700	22200
(2)	33000	33000	33000	33000	33000	33000	33000	33000	31900	30400	28900	27400	25900	24400	22900
(2)	34000	34000	34000	34000	34000	34000	34000	34000	32600	31100	29600	28100	26600	25100	23600
(2)	35000	35000	35000	35000	35000	35000	35000	34800	33300	31800	30300	28800	27300	25800	24300
(2)	36000	36000	36000	36000	36000	36000	36000	35500	34000	32500	31000	29500	28000	26500	25000
(2)	37000	37000	37000	37000	37000	37000	37000	36200	34700	33200	31700	30200	28700	27200	25700
(2)	38000	38000	38000	38000	38000	38000	38000	36900	35400	33900	32400	30900	29400	27900	26400
(2)	39000	39000	39000	39000	39000	39000	39000	37600	36100	34600	33100	31600	30100	28600	27100
(2)	40000	40000	40000	40000	40000	40000	39800	38300	36800	35300	33800	32300	30800	29300	27800
(2)	41000	41000	41000	41000	41000	41000	40500	39000	37500	36000	34500	33000	31500	30000	28500
(2)	42000	42000	42000	42000	42000	41902	41200	39700	38200	36700	35200	33700	32200	30700	29200
(2)	43000	43000	43000	43000	43000	42602	41900	40400	38900	37400	35900	34400	32900	31400	29900
(2)	44000	44000	44000	44000	44000	43302	42600	41100	39600	38100	36600	35100	33600	32100	30600
(2)	45000	45000	45000	45000	45000	44002	43300	41800	40300	38800	37300	35800	34300	32800	31300
(2)	46000	46000	46000	46000	46000	44702	44000	42500	41000	39500	38000	36500	35000	33500	32000
(2)	47000	47000	47000	47000	47000	45402	44700	43200	41700	40200	38700	37200	35700	34200	32700
(2)	48000	48000	48000	48000	48000	46102	45400	43900	42400	40900	39400	37900	36400	34900	33400
(2)	49000	49000	49000	49000	49000	46802	46100	44600	43100	41600	40100	38600	37100	35600	34100
(2)	50000	50000	50000	50000	50000	47502	46800	45300	43800	42300	40800	39300	37800	36300	34800

\* 24025 = moitié S.S.M.

\* 48050 = S.S.M.

\* 57660 = S.S.M.augmenté de 20 %

TABLE 2 SUITE		24025*	30000	35000	48050*	57660*	60000	65000	70000	75000	80000	85000	90000	95000	100000
		(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
(2)	51000	51000	51000	51000	51000	48202	47500	46000	44500	43000	41500	40000	38500	37000	35500
(2)	52000	52000	52000	52000	51785	48902	48200	46700	45200	43700	42200	40700	39200	37700	36200
(2)	53000	53000	53000	53000	52485	49602	48900	47400	45900	44400	42900	41400	39900	38400	36900
(2)	54000	54000	54000	54000	53185	50302	49600	48100	46600	45100	43600	42100	40600	39100	37600
(2)	55000	55000	55000	55000	53885	51002	50300	48800	47300	45800	44300	42800	41300	39800	38300
(2)	56000	56000	56000	56000	54585	51702	51000	49500	48000	46500	45000	43500	42000	40500	39000
(2)	57000	57000	57000	57000	55285	52402	51700	50200	48700	47200	45700	44200	42700	41200	39700
(2)	58000	57000	57000	58000	55985	53102	52400	50900	49400	47900	46400	44900	43400	41900	40400
(2)	59000	59000	59000	59000	56685	53802	53100	51600	50100	48600	47100	45600	44100	42600	41100
(2)	60000	60000	60000	60000	57385	54502	53800	52300	50800	49300	47800	46300	44800	43300	41800
(2)	61000	61000	61000	61000	58085	55202	54500	53000	51500	50000	48500	47000	45500	44000	42500
(2)	62000	62000	62000	62000	58785	55902	55200	53700	52200	50700	49200	47700	46200	44700	43200
(2)	63000	63000	63000	63000	59485	56602	55900	54400	52900	51400	49900	48400	46900	45400	43900
(2)	64000	64000	64000	64000	60185	57302	56600	55100	53600	52100	50600	49100	47600	46100	44600
(2)	65000	65000	65000	64800	60885	58002	57300	55800	54300	52800	51300	49800	48300	46800	45300
(2)	66000	66000	66000	65500	61585	58702	58000	56500	55000	53500	52000	50500	49000	47500	46000
(2)	67000	67000	67000	66200	62285	59402	58700	57200	55700	54200	52700	51200	49700	48200	46700
(2)	68000	68000	68000	66900	62985	60102	59400	57900	56400	54900	53400	51900	50400	48900	47400
(2)	69000	69000	69000	67670	63755	60872	60170	58670	57170	55670	54170	52670	51170	49670	48170
(2)	70000	70000	70000	68670	64755	61872	61170	59670	58170	56670	55170	53670	52170	50670	49170

\* 24025 = moitié S.S.M.

\* 48050 = S.S.M.

\* 57660 = S.S.M. augmenté de 20 %

Remarque:  
 Les montants des **pensions personnelles** se trouvent en haut de la table **en italique**.  
 Les montants des **pensions de survie non-réduites** se trouvent dans les colonnes (2) de haut en bas.  
 Les montants des **pensions de survie réduites** se trouvent dans les colonnes (1) de gauche à droite.  
 Le montant spécifique de la pension de survie réduite recherchée se trouve au croisement des colonnes (1) et (2).  
 Facteur d'ajustement: 1,219 Indice appliqué: 562,38 Seuil: 68768 + 30564 = 99332 Indice: 562,38 Pensions de survie par tranches de mille.

## PENSIONS PERSONNELLES ET REVENUS PROFESSIONNELS AVEC TRANCHES DE CINQ CENT &lt; 500 &gt; DERRIÈRE LES MILLE

Pour déterminer des **pensions de survie réduites** résultant du concours avec des **pensions personnelles contenant des tranches de 500, et non inscrites dans la présente table**, il convient de déterminer les deux colonnes entre lesquelles se trouve la pension personnelle se terminant par 500. Il est loisible de partir du montant en mille le moins élevé de la pension personnelle pour trouver dans la colonne (1) qui fait suite, le montant de la pension réduite. Toute augmentation du montant de la pension personnelle de 500, entraîne chaque fois une réduction de 150 de la pension réduite inscrite sous le montant le moins élevé. A l'inverse, et au cas où la détermination se fait à partir du montant plus élevé, il y a lieu d'augmenter la pension réduite inscrite sous ce montant de 150 Luf pour chaque tranche de 500. Exemples ci-dessous:

Pension non-réduite:	55.000 LUF	(Colonne 2)	
Pension personnelle:	70.000 LUF		
Pension réduite:	<b>38.131</b>	(Colonne 1)	
<b>Pension personnelle:</b>	<b>70.500</b>	<b>Pension réduite:</b>	<b>37.981</b>
	71.000		37.831
	71.500		37.681
	72.000		37.531
	72.500		37.381
	73.000		37.231
	<b>73.500</b>		<b>37.081</b>
	<b>74.000</b>		<b>36.931</b>
	<b>74.500</b>		<b>36.781</b>
	<b>75.000</b>		<b>36.631</b>

↑ - 150

↓ + 150

Le même procédé est applicable en cas de concours avec des revenus professionnels.

Pension non-réduite:	55.000	Revenus professionnels:	70.000	Pension réduite:	47.300
Pension non-réduite:	55.000	Revenus professionnels:	<b>70.500</b>	Pension réduite:	<b>47.150</b>
Pension non-réduite:	55.000	Revenus professionnels:	<b>71.000</b>	Pension réduite:	<b>47.000</b>

**PENSIONS PERSONNELLES ET REVENUS PROFESSIONNELS AVEC TRANCHES DE CENT ET MULTIPLES DE CENT DERRIÈRE LES MILLE**

Il y a lieu de procéder comme suit:

1. Rechercher d'abord le montant de la pension réduite sur base des tranches de mille en partant du montant le moins élevé. (colonnes 1 et 2).
2. Le montant ainsi déterminé se voit ajouter le montant de 70 pour chaque tranche de 100.
3. au cas où le montant immédiatement supérieur de pension non réduite serait plus proche du chiffre de la pension non-réduite contenant des tranches de cent (colonne 2), le chiffre de la pension réduite dans colonne (1) et résultant du montant immédiatement supérieur, se voit soustraire 70 pour chaque tranche de cent.

Exemple:

Pension non réduite:	55.000	Pension personnelle:	70.000	Pension réduite:	38.131
	55.100		70.000		38.201 (+ 70)
	55.200		70.000		38.271 (+ 70)
	55.900 *)		70.000		38.761 (+ 70)
	<b>56.000</b>		70.000		<b>38.831</b>

\*) La **soustraction de 70 de 38.831** donne immédiatement le montant de la pension réduite en cas de concours d'une pension de survie de **55.900** avec une pension personnelle de **70.000**.

Le même procédé est applicable en cas de concours avec des revenus professionnels.

Pension non-réduite:	55.000	Revenus professionnels:	70.000	Pension réduite:	47.300
	55.100		70.000		47.370



# ASSURANCE DEPENDANCE

Andrée KERGER

*Chargé de direction adjoint de la Cellule  
d'évaluation et d'orientation*

Catherine THOMÉ

*Chargé d'études à l'Inspection générale  
de la sécurité sociale*

Cette rubrique a pour objet de faire l'inventaire des changements intervenus depuis la parution du « Numéro spécial du Bulletin luxembourgeois des questions sociales sur l'assurance dépendance »<sup>1</sup>.

En résumé les modifications suivantes sont intervenues :

- la révision des dispositions transitoires ;
- la nouvelle fixation des valeurs monétaires ;
- la modification dans les conditions d'agrément ;
- la poursuite des contacts bilatéraux sur le plan international.

## 1. La révision des dispositions transitoires

La loi du 24 décembre 1999 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2000<sup>2</sup> a modifié l'article IX de la loi portant introduction de l'assurance dépendance.

Compte tenu des modifications intervenues, l'article IX actuel a désormais la teneur suivante :

*« (1) Pendant la période du 1er juillet 1998 au 1er janvier 1999, les personnes séjournant dans un établissement d'aides et de soins au sens de l'article 389 ainsi que les personnes déclarées cas de simple hébergement et séjournant dans un hôpital, sont soumises, à leur demande, à une appréciation sommaire effectuée par la cellule*

---

1) *BLQS, Vol. 7.*

2) *Mém. A, 1999, p. 2692.*

d'évaluation et d'orientation d'après leur dossier de soins, pour vérifier si elles ont droit, avec effet au 1er janvier 1999, aux prestations prévues à l'article 359 du code des assurances sociales. Les critères de cette appréciation sommaire peuvent être définis par règlement grand-ducal.

(2) Aux fins de l'application de la présente disposition, la cellule d'évaluation et d'orientation est autorisée à recueillir auprès des administrations et institutions concernées et à regrouper dans un fichier informatique les données nominatives requises pour l'application des dispositions des paragraphes (1) et (2).

(3) Pour les deux premiers exercices comptables suivant la mise en vigueur de la présente loi, les frais d'administration sont répartis, par dérogation à l'article 384 du code des assurances sociales, entre l'assurance maladie et l'assurance dépendance au prorata des prestations respectives inscrites dans les budgets respectifs des exercices auxquels ils se rapportent.

(4) Pour la période précédant la date de la décision visée à l'article 351 du Code des assurances sociales, les personnes dépendantes ayant eu recours aux services des réseaux d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins ont droit aux prestations en nature au sens des articles 353 ou 359 du Code des assurances sociales fournies jusqu'à concurrence du montant maximal correspondant au plan de prise en charge, à partir du jour de présentation de la demande comprenant le formulaire de la demande et le rapport du médecin traitant dûment remplis.

Si la personne dépendante n'a pas eu recours à la totalité des prestations en nature prévues au plan de prise en charge de la part d'un réseau d'aides et de soins, elle a droit au montant des prestations en espèces calculées conformément à l'article 354 du Code des assurances sociales, déduction faite des prestations en nature versées aux réseaux d'aides et de soins.

(5) Pour les personnes dépendantes et ayant présenté une demande, décédées avant que la Cellule d'évaluation et d'orientation ait pu procéder à leur évaluation, il est accordé

- sur base du rapport du médecin traitant et d'un contrôle de plausibilité du dossier par la Cellule d'évaluation et d'orientation une prestation en espèces forfaitaire correspondant à six heures d'aides et de soins par semaine pour la période se situant entre la date de la demande et la date du décès ;
- sur présentation des factures, la prise en charge des aides et soins fournis par un réseau ou un établissement d'aides et de soins, déduction faite de la prestation en espèces forfaitaire ou de la prestation due au titre de l'article VIII.

La prestation en espèces forfaitaire n'est pas due, si la personne a reçu des aides et soins dans un établissement d'aides et de soins. Elle n'est pas cumulable avec une prestation prévue à l'article VIII.

Le paiement de la prestation en espèces forfaitaire ou de la prestation due au titre de l'article VIII a un effet libératoire pour l'assurance dépendance. »

Ces modifications s'appliquent avec effet au 1er janvier 1999.

### 1.1. Le décompte rétroactif des prestations de l'assurance dépendance

L'ancien article IX, paragraphe 1er était libellé comme suit : « (1) *En cas de maintien à domicile, les personnes bénéficiant d'une des prestations prévues à l'article VIII, alinéa 1er, peuvent présenter dès le 1er juillet 1998 une demande tendant à l'octroi des prestations prévues par le nouveau livre V du code des assurances sociales. Toutefois, lesdites prestations ne prennent cours que la semaine suivant la décision d'attribution prise par l'organisme gestionnaire de l'assurance dépendance et au plus tôt le 1er janvier 1999. La cellule d'évaluation et d'orientation accorde une priorité aux personnes qui ont déjà recours aux services des réseaux d'aides et de soins dans le cadre du maintien à domicile.* »

Afin d'éviter que les personnes bénéficiaires d'une allocation<sup>3</sup> ne bénéficient d'une double prestation pendant la période s'écoulant entre la présentation de la demande de prestations à l'assurance dépendance et la décision<sup>4</sup>, il était prévu que le versement des prestations de l'assurance dépendance ne commencerait qu'une semaine après la décision prise par l'Union des caisses de maladie.

Or, il s'est avéré que ces personnes devaient déboursier des sommes largement supérieures au montant de leur allocation<sup>5</sup> pour payer les aides et soins qu'elles touchaient de la part d'un réseau d'aides et de soins. La suppression du paragraphe 1er de l'article IX permet de traiter les bénéficiaires des différentes allocations sur un pied d'égalité avec les autres bénéficiaires de l'assurance dépendance, étant entendu que les prestations de l'assurance dépendance restent suspendues jusqu'à concurrence du montant de l'allocation. Désormais il n'y a donc plus de différence entre les personnes qui touchent une allocation et celles qui n'en touchent pas. Ainsi l'article 362 du Code des assurances sociales est d'application générale : les prestations sont dues à partir du jour de la présentation de la demande.

Cette première modification ne résout cependant pas tous les problèmes posés par l'application des dispositions transitoires. Il subsiste un certain nombre de problèmes d'ordre juridique et administratif.

Les dispositions transitoires de la loi du 19 juin 1998 portant introduction d'une assurance dépendance avaient été conçues pour une période très limitée. On avait estimé que la période entre la présentation de la demande et la décision finale serait beaucoup plus courte. Or, il s'avère que l'évaluation des demandes initiales introduites dans le cadre du maintien à domicile ne sera achevée qu'au courant de la deuxième moitié de l'exercice 2000. Il faut aussi se rendre à l'évidence que plus le délai entre la présentation de la demande et la décision finale sera long, plus complexe sera le décompte rétroactif. Dans certains cas, ce décompte rétroactif pourra s'étaler sur une durée de plus d'une année.

---

3) A entendre : allocation de soins, allocation pour personnes gravement handicapées, majoration pour impotence de la rente accident et majoration d'impotence dans le cadre du revenu minimum garanti.

4) Pour la suite du texte on désignera cette période par les termes « période transitoire ».

5) Actuellement le montant de l'allocation de soins et de l'allocation pour personnes gravement handicapées se chiffre à 20.246 luf.

La personne dépendante cependant, ne peut souffrir des lenteurs du système mis en place. Il est de son droit de bénéficier des prestations à partir du jour de la présentation de la demande (cf. article 362 CAS).

Voilà pourquoi les nouveaux paragraphes 4 et 5 de l'article IX mettent sur pied une solution susceptible de répondre à la fois aux intérêts des personnes dépendantes, des professionnels et des administrations concernées.

La prise en charge des aides et soins fournis avant qu'une décision de l'Union des caisses de maladie ait pu intervenir s'avérait assez compliquée - en raison de l'application éventuelle de tarifs sociaux divergeant des tarifs de l'assurance dépendance - et souvent insuffisante. Avec l'introduction de l'assurance dépendance, l'ensemble du secteur du maintien à domicile a beaucoup changé. Les services d'aides et de soins à domicile sont passés d'une structure conventionnée et subventionnée à une structure qui facture aux personnes les prix réels tels qu'ils sont appliqués par l'assurance dépendance. Cette restructuration a donc considérablement augmenté les prix facturés aux personnes. Les personnes, contraintes de faire l'avance des frais, hésitent à s'adresser à un réseau d'aides et de soins dès la présentation de la demande à l'assurance dépendance.

Pour éviter ce problème, le paragraphe 4 prévoit que les personnes dépendantes ayant eu recours aux services des réseaux d'aides et de soins ou ayant séjourné dans un établissement d'aides et de soins ont droit aux **prestations en nature** jusqu'à concurrence du montant maximal correspondant au plan de prise en charge, à partir du jour de la présentation de la demande.

Si la personne dépendante n'a pas eu recours à la totalité des prestations en nature prévues au plan de prise en charge de la part d'un réseau d'aides et de soins<sup>6</sup>, elle a droit au montant de la **prestation en espèces** calculée conformément à l'article 354 du Code des assurances sociales, déduction faite des prestations en nature versées aux réseaux d'aides et de soins. Il est à noter que les termes « déduction faite des prestations en nature » s'appliquent à la durée de ces prestations.

Les **prestations en nature** sont prises en charge dans le cadre du **tiers payant**, même pendant la période transitoire. La personne n'a donc plus besoin de faire l'avance des frais. Ces frais, comme on l'a vu, étaient parfois très élevés et décourageaient ainsi les personnes à demander de l'aide aux professionnels pendant cette période. La prise en charge directe de ces frais par l'Union des caisses de maladie devrait remédier à cette conséquence contraire à la volonté du législateur de donner une priorité aux prestations en nature. La Cellule d'évaluation et d'orientation peut maintenant adresser les personnes dépendantes dès la réception de leur demande, à un réseau d'aides et de soins et leur garantir le paiement des prestations en nature fournies.

---

6) Il est sous entendu que cette disposition s'applique également si la personne dépendante n'a pas du tout eu recours à un réseau (prestations en nature) pendant la période transitoire.

Actuellement une prise en charge dans le cadre du tiers payant des prestations fournies avant la décision ne fait pas craindre de déviation financière en raison du nombre limité de réseaux d'aides et de soins et du manque de personnel au sein de ces réseaux.

Toutefois, afin d'éviter des cumuls injustifiés<sup>7</sup>, les allocations touchées<sup>8</sup> pendant la période transitoire sont portées en déduction des prestations de l'assurance dépendance.

Le principe applicable, pendant la période transitoire, est donc le suivant :

- la personne dépendante a droit à la prise en charge des prestations en nature facturées par le réseau d'aides et de soins dans les limites du plan de prise en charge ;
- la personne dépendante a droit à une prestation en espèces représentant la différence positive entre la moyenne des prestations en nature facturées par le réseau et la durée des prestations en nature résultant du relevé d'aides et de soins.

En pratique on peut distinguer entre 5 situations.

*a) Personne dépendante sans réseau d'aides et de soins / sans allocation*

La personne n'a pas eu recours au service d'un réseau d'aides et de soins. Elle a droit à une prestation en espèces. Elle reçoit pour la période transitoire la prestation en espèces résultant du plan de prise en charge.

*b) Personne dépendante sans réseau d'aides et de soins / avec allocation*

La personne n'a pas eu recours au service d'un réseau d'aides et de soins, mais a bénéficié de l'allocation pendant la période transitoire. Elle a droit, en principe, à la prestation en espèces. Toutefois le cumul entre l'allocation et la prestation en espèces n'étant pas possible, il y a lieu de comparer les deux montants.

Si la prestation en espèce est inférieure à l'allocation, la personne peut renoncer aux prestations de l'assurance dépendance pour la période transitoire et garder son allocation pendant cette période. Les prestations de l'assurance dépendance ne seront versées que pour le futur. La personne peut aussi retirer sa demande à l'assurance dépendance et conserver son allocation.

---

7) Cf. article VIII de la loi du 19 juin 1998 « Les personnes bénéficiant en date du 31 décembre 1998 de prestations au titre de (suit l'énumération) continuent à bénéficier des dispositions de ces lois, aussi longtemps que les prestations au titre de l'assurance dépendance ne leur auront pas été alloués pour la même période à leur demande ».

8) Il s'agit principalement de l'allocation de soins et de l'allocation pour personnes gravement handicapées.

En revanche, si la prestation en espèces est supérieure à l'allocation, la personne reçoit la différence pour la période transitoire.

*c) Personne dépendante avec réseau d'aides et de soins / sans allocation*

Cette personne a droit aux prestations en nature facturées par le réseau d'aides et de soins et à la prestation en espèces représentant la différence positive entre la moyenne<sup>9</sup> des prestations en nature facturées par le réseau et la durée des prestations en nature résultant du relevé d'aides et de soins<sup>10</sup>.

Au cas où la personne dépendante s'est acquittée d'une partie ou de la totalité des prestations en nature au réseau, celui-ci doit indiquer le montant acquitté sur la déclaration qu'il fait parvenir à l'UCM. L'UCM restituera le montant correspondant à la personne dépendante. Dans la mesure où le réseau désire restituer lui-même les montants afférents à la personne dépendante, la colonne afférente sur la déclaration de prestations restera désempilée. Dans ce cas, le réseau demeure responsable de la restitution ainsi que du bon déroulement des opérations s'y rapportant.

*d) Personne dépendante avec réseau d'aides et de soins / avec allocation*

Si les prestations de l'assurance dépendance sont inférieures à l'allocation, la personne peut renoncer aux prestations de l'assurance dépendance pour la période transitoire et garder son allocation pour cette période. Elle doit alors payer elle-même les factures du réseau. Les prestations de l'assurance dépendance ne seront versées que pour le futur. La personne peut aussi retirer sa demande à l'assurance dépendance et conserver son allocation.

Au contraire, si les prestations de l'assurance dépendance sont supérieures à l'allocation, la personne a droit aux prestations en nature facturées par le réseau d'aides et de soins et, en principe, à la prestation en espèces correspondant à la différence représentant la différence positive entre la moyenne des prestations en nature facturées par le réseau et la durée des prestations en nature résultant du relevé d'aides et de soins. Toutefois comme le cumul entre la prestation en espèces et l'allocation n'est pas possible, il y a lieu de comparer les deux montants.

Si la prestation en espèces est supérieure à l'allocation, la personne reçoit la différence pour la période transitoire.

En revanche, si l'allocation est supérieure à la prestation en espèces, l'UCM récupérera la différence par compensation.

---

9) Sur base du total des prestations en nature facturées, l'UCM détermine la moyenne hebdomadaire des prestations en nature prestées par le réseau d'aides et de soins sans prise en compte des périodes éventuelles d'hospitalisation ou autres interruptions.

10) Il est sous entendu que si cette différence est négative, alors la personne dépendante a seulement droit aux prestations en nature.

#### e) *Personne dépendante en établissement d'aides et de soins*

Moins complexe est la situation de la personne dépendante vivant dans un établissement d'aides et de soins. Elle a été prise en charge par l'établissement pendant la période transitoire. Les prestations en nature ont été prises en charge par la voie du tiers payant. L'intervention de l'assurance dépendance dans l'établissement d'aides et de soins se limitant à la prestation en nature, il va de soi que cette personne ne reçoit pas de prestation en espèces. Cependant si cette personne a touché une allocation pendant cette période, elle doit la restituer.

L'ensemble de ces décomptes rétroactifs est établi automatiquement par l'UCM, après décision, en collaboration avec les professionnels.

### 1.2. Les personnes décédées avant l'évaluation

Vu que l'intervalle entre la présentation de la demande et l'évaluation est long, le nombre de décès est important. Certains successeurs demandent une prise en charge rétroactive de la part de l'assurance dépendance. Juridiquement leur demande est fondée dans la mesure où le droit aux prestations naît au moment de la demande. Comme une détermination du niveau de prise en charge d'après les critères prévus par la loi s'avère impossible, seule une indemnisation forfaitaire permet de trouver une solution pour ces cas. S'inspirant de la solution forfaitaire prévue par le législateur pour les situations où la dépendance est présumée (par exemple : aveugles), il est proposé de prendre en charge une **prestation en espèces forfaitaire et libératoire** correspondant à 6 heures d'aides et de soins par semaine (4.560.- luf/semaine). Par ailleurs, il est prévu de prendre en charge sur présentation des factures, les frais déboursés pour des aides et soins au-delà du montant soit de l'allocation de soins ou d'une allocation analogue, soit de la prestation en espèces forfaitaire. A cette fin l'article IX est complété par un paragraphe 5.

Il convient de rappeler que la prestation en espèces forfaitaire n'est pas due lorsque la personne dépendante vit dans un établissement d'aides et de soins et que cette prestation en espèces n'est pas cumulable avec une allocation.

## 2. Les valeurs monétaires pour les établissements et les réseaux d'aides et de soins

Pour l'exercice 2000, le règlement grand-ducal du 30 décembre 1999<sup>11</sup> fixe les valeurs monétaires<sup>12</sup> pour une heure d'aides et de soins (coefficient qualification 1) :

- pour les réseaux d'aides et de soins à 1520 luf (37.68 ) ;
- pour les établissements d'aides et de soins à 1420 luf (35,20 ).

---

11) *Mém. A 1999, p. 3077.*

12) *Pour l'année 1999, voir BLQS, Vol. 7, p. 61.*

### **3. L'agrément**

Comme annoncé dans le Numéro spécial du Bulletin luxembourgeois des questions sociales sur l'assurance dépendance<sup>13</sup>, un nouveau règlement grand-ducal concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées est intervenu. Il s'agit du règlement grand-ducal du 8 décembre 1999<sup>14</sup>. Le règlement grand-ducal du 11 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services pour personnes âgées est abrogé.

Désormais les maisons de soins, les foyers de jour psycho-gériatriques et les services de soins à domicile se trouvent sous la compétence du Ministère de la Famille. Est abrogé le règlement grand-ducal du 10 décembre 1998 concernant l'agrément à accorder aux gestionnaires de services dans les domaine médico-social et thérapeutique pour autant qu'il s'applique aux activités énumérées ci-avant.

Les maisons de soins et les services de soins à domicile ont été ajoutés aux différents types d'agrément existants. En ce qui concerne le foyer de jour psycho-gériatrique (sous l'ancienne compétence du Ministère de la Santé) et le centre socio-gérontologique (sous la compétence du Ministère de la Famille), ils ont été regroupés sous un seul type d'agrément à savoir le centre psycho-gériatrique.

---

13) *BLQS, Vol. 7, p. 119.*

14) *Mém. A 1999, p. 2621.*

Suite au changement législatif intervenu, le tableau présenté ci-dessous est adapté :

<b>Prestataires prévus par l'assurance dépendance</b>	<b>Type d'agrément</b>
Etablissement d'aides et de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centre intégré pour personnes âgées</b> ou</li> <li>- <b>Maison de soins</b> ou</li> <li>- <b>Service d'hébergement</b> ou</li> <li>- <b>Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques</b></li> </ul>
Réseau d'aides et de soins dans le domaine du maintien à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide à domicile</b> et <b>Soins à domicile</b> ou</li> <li>- <b>Service d'assistance à domicile</b> ou</li> <li>- <b>Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques</b></li> </ul>
Réseau d'aides et de soins dans le domaine du handicap	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Service d'hébergement</b> et <b>Service d'accueil de jour</b></li> </ul>
Centre de jour spécialisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centre psycho-gériatrique</b> ou</li> <li>- <b>Service d'accueil de jour</b> ou</li> <li>- <b>Centre d'accueil spécialisé</b></li> </ul>
Etablissement stationnaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Centre intégré pour personnes âgées</b> ou</li> <li>- <b>Maison de soins</b> ou</li> <li>- <b>Centre de récréation, d'orientation, de validation et de réactivation pour personnes âgées</b> ou</li> <li>- <b>Service d'hébergement</b> ou</li> <li>- <b>Service d'accueil et d'hébergement de jour et/ou de nuit pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques</b></li> </ul>

#### 4. Les aspects internationaux

Des négociations bilatérales ont eu lieu en février 2000 entre l'Espagne et le Luxembourg. Pour les principes d'application il y a lieu de se référer au Numéro spécial consacré à l'assurance dépendance<sup>15</sup>.

En ce qui concerne la situation des assurés luxembourgeois qui résident ou séjournent en Espagne il a été retenu que les autorités espagnoles font l'évaluation des personnes concernées en Espagne. Ensuite les autorités espagnoles transmettent l'évaluation aux autorités luxembourgeoises, lesquelles procéderont à la détermination de l'état de dépendance.

#### 5. Le cadre légal et réglementaire de l'assurance dépendance au 1er mai 2000

- **Loi du 19 juin 1998** (Mém. A 1998, p. 710).
  - La **loi du 21 décembre 1998** concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 1999 (Mém. A 1998, p. 2721) a modifié la loi du 19 juin 1998.
  - La **loi du 24 décembre 1999** concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2000 (Mém. A 1999, p. 2673) a modifié la loi du 19 juin 1998.
- 
- **Règlement grand-ducal du 25 juin 1998** relatif au fonctionnement de la commission consultative prévue à l'article 387, alinéa 4 du CAS (Mém. A 1998, p. 750).
  - **Règlement grand-ducal du 18 novembre 1998** adaptant d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur (Mém. A 1998, p. 2435).
  - **Règlement grand-ducal du 27 novembre 1998** fixant les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance (Mém. A 1998, p. 2539).
  - **Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998** fixant les modalités de la détermination de la dépendance (Mém. A 1998, p. 3198).
  - **Règlement grand-ducal du 18 décembre 1998** déterminant les valeurs monétaires pour les établissements et les prestataires d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance (Mém. A 1998, p. 3268) (pour l'exercice 1999).
  - **Règlement grand-ducal du 23 décembre 1998** déterminant 1) les appareils pris en charge par l'assurance dépendance 2) les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins (Mém. A 1998, p. 3268).

---

15) BLQS N° 7, p. 146.

- **Règlement grand-ducal du 31 décembre 1998** portant exécution de l'article 127, alinéa 6 de la loi modifiée du 4 décembre 1967 concernant l'impôt sur le revenu (abattement forfaitaire pour frais de domesticité, frais d'aides et de soins en raison de l'état de dépendance ainsi que pour frais de garde) (Mém. A 1998, p. 3420).
  - **Règlement grand-ducal du 5 novembre 1999** déterminant les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance (Mém. A 1999, p. 2555).
  - **Règlement grand-ducal du 30 décembre 1999** déterminant les valeurs monétaires pour les établissements et les réseaux d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance (Mém. A 1999, p. 3077) (pour l'exercice 2000).
-



# **RESUME DES PRINCIPALES MESURES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES INTERVENUES DEPUIS LA DERNIERE PARUTION DU BLQS (dates de référence: 1.10.98-30.4.00)**

Claude EWEN

*Inspecteur de la sécurité sociale première classe  
à l'Inspection générale de la sécurité sociale*

- Le règlement grand-ducal du 18 novembre 1998 a adopté d'office la rémunération déclarée auprès du Centre commun de la sécurité sociale pour les personnes occupées dans le ménage privé de l'employeur.
- Le règlement grand-ducal du 27 novembre 1998 a fixé les modalités de l'abattement sur la contribution dépendance.
- Le règlement ministériel du 10 décembre 1998 a approuvé les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie décidées par l'assemblée générale du 10 novembre 1998. Il s'agit en l'occurrence d'une modification du taux de prise en charge, ainsi que de certaines restrictions dans la prise en charge des soins de kinésithérapie-massage. Par ailleurs des dispositions administratives ont été modifiées.
- Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 a fixé les modalités de la détermination de la dépendance.
- Le règlement grand-ducal du 18 décembre 1998 a déterminé les valeurs monétaires pour les établissements et les prestataires d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance.
- Le règlement grand-ducal du 23 décembre 1998 a déterminé les appareils pris en charge par l'assurance dépendance et les conditions et modalités de prise en charge des produits dans les établissements d'aides et de soins.
- La loi du 23 décembre 1998 a apporté des mesures en matière de politique familiale.

Une augmentation des allocations familiales de 12.000 francs (297,47 ) par année et par enfant avec une réduction parallèle des abattements fiscaux pour enfant à charge a été effectuée au 1er janvier 1999. Ces deux mesures prises ensemble deviennent sélectives: en effet tous les ménages bénéficient du relèvement des allocations familiales, mais cette augmentation des ressources des ménages est progressivement absorbée par la réduction de la modération d'impôt et les ménages disposant de revenus aussi élevés qu'ils bénéficient d'une modération maximale voient leur revenu disponible inchangé.

Par voie de conséquence les montants des allocations familiales payables à partir du 1er janvier 1999 ont été fixés comme suit:

- 5.371 francs (133,14 ) pour un enfant
- 13.102 francs (324,79 ) pour deux enfants
- 24.459 francs (606,32 ) pour trois enfants
- 35.808 francs (887,65 ) pour quatre enfants

A noter qu'au 1er août 1999 une tranche indiciaire est venue à échéance. Les montants indiqués se trouvent donc majorés de 2,5% à partir de cette date.

- Avec effet au 1er janvier 1999, certaines prestations sociales ont été relevées moyennant une augmentation linéaire de 1,3%. La loi du 11 décembre 1998 a ajusté les pensions et les rentes au niveau des salaires de 1997 car une étude sur l'évolution du niveau moyen des salaires et des traitements a fait ressortir une progression de 1,3% entre 1995 et 1997. Ainsi le facteur d'ajustement (c'est-à-dire le facteur de calcul qui adapte le niveau des pensions à l'évolution des salaires) a été porté de 1,203 à 1,219. Cet ajustement des pensions et des rentes accident constitue la première adaptation commune aux bénéficiaires de pensions et rentes du secteur privé et du secteur public.

En vue de maintenir l'écart existant antérieurement entre les prestations de sécurité sociale et les prestations d'assistance sociale, les différents seuils applicables en matière de revenu minimum garanti ont été augmentés du même pourcentage par le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998.

Dans le même souci de maintenir l'équilibre existant, le salaire sociale minimum a pareillement été augmenté de 1,3% par la loi du 23 décembre 1998.

- La loi du 28 janvier 1999 règle la matière du service volontaire pour jeunes.  
On entend par service volontaire, l'ensemble des activités d'intérêt général exercées par des personnes physiques, à condition qu'elles aient un caractère non professionnel et qu'elles soient de la part du jeune volontaire l'expression d'une décision libre et personnelle.

Le service volontaire s'exerce par l'intermédiaire des organisations non gouvernementales. Il ne peut pas se substituer au travail professionnel rémunéré. Il est réalisé sans contrepartie financière, à l'exception du remboursement des frais occasionnés. La durée du volontariat se situe entre six et douze mois, sans interruption à plein temps. Des dérogations à la durée peuvent toutefois être accordées par le Ministre de la jeunesse dans des cas individuels dûment motivés, sans que la durée ne puisse être inférieure à 3 mois, ni supérieure à 18 mois.

On entend par activités d'intérêt général, des projets ou programmes d'intérêt social ou humanitaire qui encouragent notamment la compréhension et la solidarité interculturelles.

Sont notamment éligibles des projets ou programmes dans les domaines de l'engagement pour la paix et la réconciliation internationale, de la protection de l'environnement, de la coopération au développement, de la culture, du sport et du travail social et éducatif.

Pour être admis comme volontaire, le candidat doit être âgé de 16 à 25 ans et résider depuis au moins deux ans au Luxembourg. Des dérogations à la limite d'âge supérieure peuvent être accordées par le Ministre de la jeunesse dans des cas individuels dûment motivés, sans toutefois dépasser l'âge de 27 ans.

Les jeunes, dans ces activités de volontariat, sont couverts par une protection sociale complète. Ainsi ils sont assurés obligatoirement en matière d'assurance maladie/maternité, d'assurance accident et d'assurance pension .

L'Etat paye les cotisations afférentes jusqu'à concurrence du salaire social minimum. Les jeunes volontaires continuent à bénéficier des allocations familiales, le cas échéant, jusqu'à 27 ans, car les périodes passées au Luxembourg et à l'étranger lors d'un service volontaire sont assimilées à des périodes de résidence au Luxembourg.

La période accomplie en tant que volontaire est prise en compte pour le stage prévu pour l'octroi des indemnités de chômage complet.

En outre le droit au paiement des indemnités de chômage est maintenu pendant la durée du service de volontariat. Un cumul des indemnités de chômage et de l'indemnité rémunératrice du service volontaire n'est pas possible.

- La loi du 12 février 1999 concernant la mise en œuvre du plan d'action national en faveur de l'emploi contient un certain nombre de dispositions qui intéressent la sécurité sociale. Outre la création du congé parental et d'un congé pour raisons familiales (dont question aux points ci-dessus) il s'agit en particulier des mesures suivantes :

Un stage de réinsertion professionnelle, comprenant des périodes alternées de formation pratique et de formation théorique, peut être proposé par l'administration de l'emploi aux demandeurs d'emploi âgés de plus de trente ans accomplis et inscrits auprès des bureaux de placement de l'administration de l'emploi depuis trois mois au moins. L'administration de l'emploi peut également faire bénéficier le demandeur d'emploi de l'établissement d'un bilan de compétences.

Le demandeur d'emploi admis au bénéfice ou sollicitant le bénéfice de l'indemnité de chômage complet, ne peut refuser, sans motif valable, le placement en stage de réinsertion ou l'établissement d'un bilan de compétences, sous peine d'être exclu du bénéfice de l'indemnité de chômage complet.

En cas de placement en stage de réinsertion, le chômeur indemnisé garde le bénéfice de son indemnité de chômage complet. Le demandeur d'emploi ne bénéficiant pas de l'indemnité de chômage complet touche une indemnité de stage versée par l'administration de l'emploi à charge du fonds pour l'emploi et égale au salaire social minimum. Cette indemnité est soumise aux charges sociales et fiscales prévues en matière de salaires.

Une quote-part correspondant à 50% du salaire social minimum est versée par l'entreprise au fonds pour l'emploi. En outre, l'entreprise peut verser au demandeur d'emploi une prime de mérite facultative. Cette prime ne peut être prise en compte comme autre revenu pour le calcul de l'indemnité de chômage complet.

Les périodes d'occupation en stage de réinsertion professionnelle sont prises en compte comme périodes de stage ouvrant droit à l'indemnité de chômage complet.

Des dispositions analogues sont prévues pour

- le jeune demandeur d'emploi qui a passé un contrat d'auxiliaire temporaire avec un employeur. Ce contrat a pour objectif d'assurer au jeune, pendant les heures de travail, une initiation pratique facilitant la transition entre l'enseignement reçu et l'insertion dans la vie active;
- les jeunes demandeurs d'emploi inscrits depuis un mois au moins à l'administration de l'emploi et âgés de moins de 30 ans, qui effectuent un stage d'insertion, comprenant des périodes alternées de formation pratique et de formation théorique.

Par ailleurs, les conditions de stage à accomplir par les indépendants qui sollicitent des prestations de chômage, ont été assouplies. En effet, ils doivent s'inscrire comme demandeurs d'emploi auprès de l'administration de l'emploi et justifier d'un stage de cinq années au moins d'assurance obligatoire en tant que travailleur indépendant. Désormais, les périodes d'affiliation à titre de salarié auprès d'un régime d'assurance pension sont prises en compte pour ce stage, à la condition que l'indépendant ait exercé une activité indépendante depuis au moins six mois avant le dépôt de la demande d'indemnisation.

- Comme indiqué ci-avant la loi du 12 février 1999 concernant la mise en oeuvre du plan d'action national pour l'emploi a introduit un congé parental avec garantie de réemploi. Afin que cette mesure prise en faveur des familles, ait également des répercussions en matière de lutte contre le chômage, elle est assortie de l'idée que l'employeur va remplacer le travailleur absent pour congé parental et qu'une certaine rotation s'installera dès lors sur le marché du travail.

Peut prétendre au congé parental, toute personne qui élève dans son foyer un ou plusieurs enfants âgés de moins de 5 ans pour lesquels sont versées des allocations familiales. Le parent demandeur doit interrompre complètement son activité professionnelle ou bien réduire son activité (congé parental à temps partiel) au moins de la moitié de la durée du travail lui applicable.

La durée du congé parental est de six mois par enfant. En cas de congé parental à temps partiel le congé est prolongé jusqu'à douze mois. Chaque parent qui travaille a un droit individuel au congé parental, mais l'un des parents doit prendre le congé parental consécutivement au congé de maternité ou au congé d'accueil. Le congé parental à temps partiel peut cependant être réparti entre les deux parents afin de garantir une permanence auprès de l'enfant.

En outre, le parent demandeur doit, s'il est non salarié, exercer une activité indépendante au moment de la naissance ou de l'adoption de l'enfant, s'il est salarié, être occupé au moins une année précédant le début du congé parental auprès d'une même entreprise établie au Luxembourg (moyennant contrat de travail avec durée de travail mensuelle au moins égale à la moitié de la durée normale applicable dans cette entreprise).

Le congé parental ouvre droit à une indemnité pécuniaire forfaitaire de 61.861 francs (1.533,49 ) par mois pour le congé à plein temps, et de 30.930 francs (766,737 ) pour le congé à temps partiel. Elle est versée en tranches mensuelles pendant toute la durée du congé parental.

L'indemnité est exempte d'impôts et de cotisations sociales, sauf la cotisation pour les soins de santé et la contribution dépendance. La cotisation pour l'assurance pension est prise en charge par l'Etat. L'indemnité est versée par la caisse nationale des prestations familiales et est financée par l'intermédiaire du fonds pour l'emploi (recette spéciale prélevée sur les produits de l'essence) et subsidiairement par le budget de l'Etat.

Les indépendants ainsi que les fonctionnaires et personnes assimilées peuvent également bénéficier du congé parental.

- Finalement cette même loi du 12 février 1999 a créé un congé pour raisons familiales.

En cas de maladie grave ou d'accident de leur enfant âgé de moins de 15 ans, les travailleurs salariés ont droit à un congé pour raisons familiales de deux jours par an et par enfant. Chaque parent qui travaille a droit à ce congé, qui peut d'ailleurs être prolongé en cas d'une maladie ou déficience très grave de l'enfant. Le congé est accordé sur certificat médical et il est assimilé à une période d'incapacité de travail. L'intéressé(e) touche donc une indemnité de la part de la caisse de maladie laquelle est déterminée de la même manière que l'indemnité de maladie (100% du salaire antérieur) et qui est soumise aux charges sociales et aux impôts. L'indemnité est entièrement à charge de l'Etat.

- La loi du 6 avril 1999 a approuvé l'Accord entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République portugaise sur la reconnaissance des décisions prises par les institutions d'une Partie contractante par les institutions de l'autre Partie contractante au sujet de l'état d'invalidité des demandeurs de pension. (Entrée en vigueur 1.6.99)
- Par la loi du 6 avril 1999 la Convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République du Chili sur la sécurité sociale, a été ratifiée . (Entrée en vigueur 1.7.99)
- La loi du 6 avril 1999 a ratifié la Convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République de Pologne sur la sécurité sociale.

Cependant, à l'heure actuelle, cette convention n'est pas encore en vigueur étant donné que la procédure de ratification en Pologne n'est pas encore achevée.

- La loi du 6 avril 1999 adaptant le régime général d'assurance pension a apporté des modifications ponctuelles qui bénéficient surtout aux femmes. Ainsi les dispositions concernant la mise en compte des années bébés ont été assouplies. Les années bébés correspondent aux périodes pendant lesquelles l'Etat prend à charge la cotisation à l'assurance pension (au maximum 48 mois), à condition que le demandeur ait accompli un stage de 12 mois d'assurance obligatoire au cours des 36 mois précédant celui de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

Désormais les parents peuvent se partager le bénéfice des années bébés et il n'y a plus de délai pour en faire la demande. Par ailleurs la base de référence pour la détermination des cotisations à prendre en charge par l'Etat a été modifiée de manière à la rendre plus favorable pour les bénéficiaires. Elle est constituée par la moyenne des revenus cotisables des douze mois précédant immédiatement l'accouchement ou l'adoption.

Une assurance facultative à l'assurance pension a été introduite. Les conditions pour contracter cette assurance volontaire sont les suivantes:

- ne pas exercer d'activité professionnelle ou bien avoir réduit son activité professionnelle pour des raisons familiales,
- résider au Luxembourg,
- avoir été affilié pendant douze mois au moins à l'assurance pension luxembourgeoise,
- être âgé de moins de 60 ans,
- ne pas avoir droit à une pension personnelle,
- avis favorable du contrôle médical.

La législation prévoit désormais la possibilité de couvrir rétroactivement par un achat rétroactif des périodes pendant lesquelles une personne a abandonné ou réduit son activité professionnelle pour des raisons familiales. Les conditions d'admission sont les mêmes que pour l'assurance facultative énumérées ci-dessus. Par ailleurs une possibilité de restitution de cotisations remboursées antérieurement est prévue.

La méthode de déterminer les durées d'assurance en matière d'assurance pension a été améliorée, ce qui profite aux personnes qui travaillent à temps partiel. En effet, les heures de travail inférieures au nombre de 64 par mois, qui étaient jusqu'ici négligées pour la détermination du stage requis pour avoir droit à une pension, sont reportées et cumulées jusqu'au mois où elles atteignent ce seuil. Ce mois compte alors comme un mois d'assurance.

- La loi du 29 avril 1999 portant création d'un droit à un revenu minimum garanti a opéré une réforme importante en la matière.

Les modifications principales par rapport à l'ancienne législation sont:

- l'abaissement de la condition d'âge de 30 à 25 ans
- réduction de la condition de durée de résidence de 10 ans à 5 ans au cours des 20 dernières années
- simplification de la prise en compte de l'obligation alimentaire
- renforcement de la mission du service national d'action sociale au niveau de la réintégration professionnelle et sociale des bénéficiaires aptes au travail
- abandon de l'interdiction pour le parent qui élève un enfant de moins de six ans de suivre des mesures d'insertion professionnelle (ce qui était surtout un piège de pauvreté pour les femmes).

Une modification importante consiste dans la restructuration du revenu minimum garanti qui se compose désormais de deux éléments:

- d'une part, garantir des moyens d'existence suffisants par l'octroi d'une allocation complémentaire destinée à parfaire la différence entre les montants maxima du revenu minimum garanti et la somme des ressources dont la communauté domestique dispose
- d'autre part, application de mesures d'insertion professionnelle et sociale avec attribution d'une indemnité d'insertion.

Cette réforme du RMG se situe dans la politique européenne en matière de protection sociale qui a pour but, entre autres, la lutte contre l'exclusion sociale. Il s'agit de transformer la politique d'aide sociale en une politique active visant l'intégration par le travail et faisant appel à l'activité des personnes concernées. Cette loi s'éloigne donc de la conception classique de l'aide sociale qui vise à fournir en premier lieu un minimum de moyens d'existence. Elle distingue entre les personnes aptes au travail et celles qui sont inaptes et chaque catégorie dispose de prestations, de procédures et d'organismes compétents spécifiques.

- Le règlement grand-ducal du 5 mai 1999 a donné des précisions en ce qui concerne l'assurance continuée, l'assurance complémentaire, l'assurance facultative, l'achat rétroactif de périodes d'assurance et la restitution de cotisations remboursées dans le régime général d'assurance pension.
- La loi du 6 mai 1999 relative à la médiation pénale a prévu que les personnes exerçant une activité à titre bénévole au profit des services sociaux agréés par l'Etat et les personnes exerçant une activité bénévole dans le cadre d'une médiation, bénéficient des dispositions de l'assurance accident.
- Le règlement grand-ducal du 10 mai 1999 a défini les maladies ou déficiences d'une gravité exceptionnelle en application de la loi du 12 février 1999 en matière de congé pour raisons familiales.
- La loi du 18 mai 1999 ayant pour objet de modifier le code des assurances sociales a changé certaines dispositions concernant le fonctionnement de la commission de surveillance.

Cette commission est compétente pour les litiges opposant, d'une part, un prestataire de soins à une institution d'assurance maladie-maternité ou d'assurance accident et, d'autre part, un assuré à un prestataire de soins. Les décisions de la commission de surveillance sont susceptibles d'un recours devant les juridictions sociales.

La commission de surveillance est en outre compétente pour examiner les rapports établis par le contrôle médical de la sécurité sociale, en collaboration avec le centre commun de la sécurité sociale, sur 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 (prévues par les conventions conclues entre l'assurance maladie et les prestataires) ou toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire. Si la commission de surveillance estime être en présence de la non-observation d'une référence médicale opposable ou de toute autre déviation injustifiée de l'activité professionnelle du prestataire de soins, elle ne fait plus que constater les faits et renvoie l'affaire au conseil arbitral qui retient ou non une déviation.

Afin de permettre l'établissement des rapports d'activité décrits ci-dessus, la loi précitée constitue la base légale pour la création d'une banque de données des incapacités de travail de tous les assurés.

- Le règlement grand-ducal du 2 juin 1999 règle le fonctionnement du comité-directeur du centre commun de la sécurité sociale.

- La loi du 8 juin 1999 a ratifié la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République d'Autriche sur la sécurité sociale.  
(Entrée en vigueur le 1.10.99)
- Le règlement grand-ducal du 8 juin 1999 fixe les modalités relatives à l'administration du patrimoine des caisses de pension.
- La loi du 8 juin 1999 relative aux régimes de pensions complémentaires a pour but principal de transposer en droit luxembourgeois certaines directives communautaires en la matière. Il s'agit d'une loi-cadre pour les régimes de pensions complémentaires au sein des entreprises. La loi règle les droits en cas de transfert et d'insolvabilité de l'entreprise; en outre elle garantit l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes et le maintien des droits en cas de travail dans deux ou plusieurs pays de l'Union européenne.

Tout en laissant à l'entreprise la liberté d'instaurer ou non un régime de pension complémentaire, la loi détermine les règles auxquelles chaque régime doit se conformer, notamment en ce qui concerne la couverture des engagements et les droits des affiliés.

Comme la loi se situe dans l'architecture globale des régimes de pensions comprenant le régime contributif du secteur privé, les régimes spéciaux du secteur public et les régimes de pensions complémentaires et vise à réaliser une convergence tant au niveau des prestations qu'au niveau des contributions, les ressources drainées vers le financement des pensions complémentaires sont déductibles fiscalement dans la mesure où elles visent le financement de prestations ne dépassant pas un certain seuil. En outre, la loi prévoit des dispositions fiscales qui permettent un traitement identique des régimes externes et internes.

- La loi du 30 juillet 1999 tout en réglant le statut de l'artiste professionnel indépendant et de l'intermittent du spectacle a entendu promouvoir la création artistique.

La loi vise les auteurs et interprètes dans les domaines des arts graphiques et plastiques, des arts de la scène (notamment théâtre et danse), de la littérature, de la musique ainsi que de créateurs et/ou réalisateurs d'oeuvres d'art qui se servent notamment de techniques photographiques, cinématographiques, sonores, audiovisuelles ou de toutes autres technologies de pointe, numériques ou autres, actuelles ou à venir.

Est reconnu comme artiste professionnel indépendant la personne qui, depuis au moins trois ans et en dehors de tout lien de subordination, détermine elle-même les conditions dans lesquelles elle effectue ses prestations artistiques et qui en assume le risque économique et social, donc à l'exclusion de toute autre activité professionnelle.

La période minimale de trois ans est ramenée à 12 mois pour la personne qui peut se prévaloir d'un titre officiel homologué à la suite d'études spécialisées dans une des disciplines visées.

Est intermittent du spectacle la personne qui exerce son activité soit pour le compte d'une entreprise de spectacle, soit dans le cadre d'une production notamment

cinématographique, théâtrale ou musicale et qui offre ses services moyennant honoraires ou cachet sur base d'un contrat de prestation artistique.

Pour les artistes professionnels indépendants reconnus, dont les revenus professionnels n'atteignent pas le minimum cotisable, le fonds social culturel intervient pour parfaire le minimum du salaire social minimum sans que cette intervention ne puisse dépasser la moitié dudit salaire. Ces aides, qui sur demande à adresser au fonds social culturel peuvent être mensuellement perçues, sont limitées à 24 mois.

Le bénéfice d'une indemnité de chômage est accordé aux intermittents du spectacle exerçant leur activité principale au Luxembourg, à condition:

- qu'ils justifient de quatre mois au moins d'assurance pension endéans la période de 12 mois précédant la demande d'indemnisation, au titre d'une activité exercée soit pour le compte d'une entreprise de spectacle, soit dans le cadre d'un projet notamment cinématographique, théâtral ou musical;
- qu'ils soient domiciliés et résident effectivement au Luxembourg au moment de la demande, la date de la déclaration d'arrivée faisant foi;
- qu'ils adressent leur demande d'indemnisation écrite au directeur de l'administration de l'emploi, sous peine de forclusion, endéans les deux mois suivant la fin de leur dernière activité.

En cas d'admission au bénéfice de l'indemnité de chômage complet, l'intermittent du spectacle a droit à une indemnité correspondant à 80% de la moyenne des revenus ayant servi de base au calcul des cotisations à la caisse de pension compétente pendant l'activité prise en compte pour la computation de la période de stage.

L'indemnité de chômage ne peut être inférieure à 80% du salaire social minimum pour travailleurs non-qualifiés. Elle ne peut excéder le plafond de deux et demi fois le salaire social minimum pour travailleurs non-qualifiés pour les 6 premiers mois et de deux fois le salaire social minimum pour travailleurs non qualifiés pour les six mois subséquents.

La durée d'indemnisation est de 8 mois au maximum pendant une période de 24 mois au maximum à compter de la première demande.

Après l'épuisement des droits ou l'arrivée du terme de 24 mois, l'intermittent du spectacle est d'office considéré comme demandeur d'emploi disponible pour le marché du travail, à moins qu'il ne prouve qu'un nouvel engagement artistique est en cours ou imminent.

Une nouvelle demande d'indemnisation ne sera recevable qu'après une période de 12 mois à compter de la date de l'épuisement des droits ou de la date d'arrivée à terme de la période de 24 mois.

Le bénéfice de l'indemnité de chômage ne pourra plus être sollicité par l'intermittent du spectacle qui aura bénéficié quatre fois ou pendant 32 mois d'une indemnisation.

Les dépenses résultant de l'application de ces dispositions sont à charge du fonds social culturel.

- Le règlement grand-ducal du 25 octobre 1999 détermine le fonctionnement de la commission de surveillance prévue à l'article 72 du code des assurances sociales et dont le fonctionnement a été modifié par la loi du 18 mars 1999 dont question ci-dessus.
- Par arrêté ministériel du 8 décembre 1999, les modifications des statuts de l'Union des caisses de maladie, telles qu'elles ont été décidées par l'assemblée générale du 10 novembre 1999 ont été approuvées.

En vue de parvenir à l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie, imposé par la loi (système de répartition d'une année qui doit obligatoirement être en équilibre), l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie a adopté un certain nombre de mesures visant à limiter les dépenses.

Outre une augmentation du taux de cotisation (dont question au point ci-dessous) des mesures de limitation des dépenses ont été introduites.

La première disposition introduit une participation de 5% pour les actes et services médicaux ambulatoires qui, jusqu'ici étaient intégralement pris en charge. Il faut toutefois préciser que cette participation est plafonnée à un montant maximum de 260F (6,45 ) par séance, ce plafond étant atteint dès lors que les honoraires médicaux atteignent 5.195F (128.78 ), toujours par séance.

Dans le même ordre d'idées, l'Union des caisses de maladie s'est aussi prononcée pour une participation de 20% pour certains actes d'orthophonie de même que pour une participation de 10% sur les tarifs des cures thermales.

Toujours au même chapitre, la participation journalière aux frais de séjour en cas d'hospitalisation en clinique ou en centre de réadaptation fonctionnelle passe de 225 à 365 F par jour (5,58/9,05 ).

S'agissant de la prise en charge des médicaments, le taux normal est ramené de 80% à l'heure actuelle à 78%. A noter aussi le déremboursement de certaines catégories de médicaments dont la prise en charge était jusqu'alors 40% (veinotoniques, vasculoprotecteurs nootropes et anti-ischémiques).

Septième et dernière mesure de l'augmentation du délai de renouvellement des lunettes de deux à trois ans et la restriction des conditions actuelles de renouvellement en cas de changement de la dioptrie qui passera de 0,25 à 0,50.

- Par arrêté ministériel du 9 décembre 1999 a été approuvé la refixation du taux de cotisation en matière d'assurance maladie effectuée par l'assemblée générale de l'Union des caisses de maladie avec effet au 1er janvier 2000. Ainsi le taux de cotisation pour les soins de santé a été augmenté de 5,14% à 5,2%. Celui applicable pour les prestations en espèces sans continuation de salaire a été augmenté de 4,2% à 4,7%.
- Le règlement ministériel du 16 décembre 1999 a approuvé les taux de cotisations applicables en matière d'assurance accident industrielle pour l'exercice 2000.
- La loi budgétaire du 24 décembre 1999 a prévu certaines dispositions transitoires pour l'assurance dépendance.

- Comme le Gouvernement avait également exprimé sa volonté de participer à l'effort de redressement financier, la loi budgétaire du 24 décembre 1999 concernant le budget des recettes et dépenses de l'Etat a remplacé le système du calcul de la participation de l'Etat pour les soins de santé par l'application d'un pourcentage fixe de l'ensemble des cotisations. La même procédure de calcul pour la participation de l'Etat dans le financement des indemnités pécuniaires de maladie a été adoptée.

Cette modification aligne le mode de financement de l'assurance maladie sur celui de l'assurance pension (régime contributif), le pourcentage prévu en matière de soins de santé étant fixé à 37 % (contre 33 % pour l'assurance pension).

Compte tenu de cette solution, la participation de l'Etat pour le financement des soins de santé augmentera d'environ 874 millions de francs (21.665.894 ) en 2000 par rapport à l'ancien système de calcul. En fixant la participation de l'Etat au financement des indemnités pécuniaires de maladie à 10% du total des cotisations, l'Etat a augmenté son apport au financement des deux gestions des indemnités pécuniaires d'environ 50 millions de francs (1.239.468 ).

La solution retenue, en fixant à un pourcentage déterminé la part de l'Etat dans le financement des soins de santé, élimine le caractère anticyclique du système de financement actuel.

En effet, comme on l'a constaté depuis la mise en vigueur de la loi sur l'assurance maladie-maternité en 1994, l'ancien système avait pour conséquence qu'en cas de croissance importante de l'économie et de l'emploi, et où l'assiette cotisable des assurés actifs augmentait plus rapidement que celle des pensionnés, la part de l'Etat dans le financement de l'Union des caisses de maladie diminuait. Pendant une telle période de croissance économique, les rentrées de l'impôt direct sur les revenus professionnels augmentaient aussi de façon substantielle. Par contre, lors d'une crise économique qui ferait tomber le taux de croissance de la masse salariale cotisable en dessous de celui du montant des pensions, et où parallèlement les recettes de l'Etat, provenant des impôts directs sur les revenus professionnels stagneraient aussi, la part de l'Etat accuserait un taux de croissance plus élevé que celui induit par l'évolution des cotisations et du taux de cotisation.

Même si en période de croissance le système était favorable pour les finances de l'Etat, il confrontait celui-ci à une pression supplémentaire en cas de crise économique lors de laquelle la situation sociale pourrait obliger le Gouvernement à prendre en charge d'autres dépenses sociales à un moment où ses possibilités de financement se trouveraient réduites.

La solution nouvellement retenue a l'avantage de ne plus séparer le calcul de la part de l'Etat en deux parties, celle des assurés actifs et celle des assurés pensionnés, avec le risque que fait peser une évolution divergente entre ces deux parties sur l'évolution du financement des soins de santé et la participation de l'Etat. La part de celui-ci évoluera de façon parallèle à celle des cotisations des assurés et des employeurs, et sera fixée de façon immuable à 37% de l'ensemble des cotisations, tandis que les parts assuré et patronale représenteront 63% du total des cotisations.

- Le règlement grand-ducal du 30 décembre 1999 a déterminé les valeurs monétaires pour les établissements et les réseaux d'aides et de soins dans le cadre de l'assurance dépendance.

- La loi du 14 janvier 2000 a approuvé la convention entre le Grand-Duché de Luxembourg et le Royaume de Norvège sur la sécurité sociale ainsi que l'arrangement entre les autorités compétentes sur le remboursement des dépenses en matière de sécurité sociale.  
(Entrée en vigueur : 1er mai 2000).

# JURISPRUDENCE

## Table des matières

### I. Assurance-accident

#### Accident de trajet

Matières	Textes Légaux	Décision	Doc/No
<b>Assurance-accident - accident de trajet - faute lourde - taux d'alcoolémie - règles de circulation routière</b>	C.A.S. art. 92,2,al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 1 juillet 1998 Aff. S. c/AAI No du reg.: GE 6/98 No: 151/98	1
<b>Assurance-accident - accident de trajet - jeune conducteur - période de stage - manoeuvre de dépassement - vitesse excessive - vitesse autorisée - contrôle de la voiture - perte - faute lourde - rejet au contrôle technique - défectuosité - examen - AAI</b>	C.A.S. art. 92,2,al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 9 juin 1999 Aff. A. c/AAI No du reg.: G47/99 No: 86/99	2
<b>Assurance-accident - accident de trajet - indemnisation - dégât matériel - préjudice corporel - lésion corporelle - céphalées - modification de la structure d'un tissu ou d'un organe - AAI</b>	C.A.S. art. 92,2,al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 7 juillet 1999 Aff. S. c/AAI No du reg.: GE 166/98 No: 113/99	3
<b>Assurance-accident - accident de trajet - cause de l'accident - assoupissement - bronchite - trouble passager provenant de l'intérieur du corps - AAI</b>	C.A.S. art. 92, al. 2,al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 7 juillet 1999 Aff. S. c/AAI No du reg.: GE 55/97 No: 111/99	4
<b>Assurance accidents, accident du travail, indemnisation, pause de midi, achats alimentaires, repas, convenance personnelle, interruption de travail, autorisation</b>	C.A.S. art. 92, al. 2, al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 6 janvier 1999, Aff. T. c/AAI No du reg.: GE 108/98 No: 1/99	5
<b>Notion d'accident du travail</b>			
<b>Assurance-accident - accident du travail - notion - charge de la preuve - offre de preuve - témoignages - enquête</b>	C.A.S. art. 92	C.S.A.S. Arrêt du 1 juillet 1998 Aff. M. c/AAA No du reg.: GE 8/98 No: 100/98	6

<b>Assurance-accident - accident de travail - accident de trajet - délégué du personnel - congé-formation - conférence - congrès - étranger - fin des travaux - repas - restaurant - trajet direct - détour - interruption anormale du trajet - nécessité essentielle de la vie courante</b>	C.A.S. art. 92	C.S.A.S. Arrêt du 28 octobre 1998 Aff. L. c/AAI No du reg.: G E 70/98 No: 194/98	7
<b>Assurance-accident - accident du travail - notion - décès - infarctus du myocarde - présomption d'imputabilité - état pathologique préexistant - relation causale - charge de la preuve - rapport d'autopsie - conditions de travail</b>	C.A.S. art. 92	C.S.A.S. Arrêt du 8 juillet 1998 Aff. M.,veuve S. c/AAI No du reg.: G E 207/97 No: 159/98	8
<b>Indemnisation</b>			
<b>Assurance-accident - accident du travail - séquelles - indemnisation - rente - taux de la rente - état pathologique préexistant - constatation - incapacité de travail préexistante - déduction de l'incapacité de travail résultant de l'accident - expert</b>	C.A.S. art. 97	C.S.A.S. Arrêt du 27 mai 1998 Aff. W. c/AAI No du reg.: G 185/97 No: 124/98	9
<b>Assurance-accident - accident du travail - incapacité de travail - indemnisation - rente - taux - état pathologique préexistant - prise en compte</b>	C.A.S. art. 97	C.S.A.S. Arrêt du 21 octobre 1998, Aff. B.c/AAI No du reg.: G 52/98 No: 191/98	10
<b>Assurance-accident - accident du travail - séquelles - indemnisation - infirmités multiples - taux de la rente - calcul - formule de Balthazard</b>	C.A.S. art. 97	C.S.A.S. Arrêt du 21 octobre 1998, Aff. P. c/AAI No du reg.: G 57/98 No: 188/98	11
<b>Assurance-accident - accident de travail - prestations en espèces - régime spécial - fonctionnaires - employés publics - rente de survivant - pension - cumul - plafond - AAI</b>	C.A.S. art. 85 C.A.S. art. 95 C.A.S. art. 102 C.A.S. art. 105	C.S.A.S. Arrêt du 7 juillet 1999 Aff. S., veuve S. c/AAI No du reg.: GE 160/98 No: 112/99	12
<b>Procédure</b>			
<b>Assurance accidents, accident de travail, indemnisation, point de départ de la rente, déchéance triennale, constatation ultérieure des conséquences de l'accident, prétention à indemnités, indemnités remontant dans le temps, limitation aux trois ans avant la date de la réclamation</b>	C.A.S. art. 97,5 C.A.S. art. 149	C.S.A.S. Arrêt du 9 décembre 1998, Aff. AAI c/S. No du reg.: G 78/98 No: 224/98	13

<b>Assurance-accident - accident de travail - interruption de travail - indemnisation - caisse de maladie - prise en charge - appel - procédure - intérêt légitime - intérêt né et actuel - intérêt direct et personnel - absence - irrecevabilité - AAI</b>	C.A.S. art. 92, al. 2, al. 3 C.A.S. art. 97	C.S.A.S. Arrêt du 9 juin 1999 Aff. L. c/AAI No du reg.: G 164/98 No: 88/99	14
<b>Assurance-accident - maladie professionnelle - tuberculose pulmonaire - demande d'indemnisation - délai triennal - point de départ - déchéance - prescription - forclusion - continuation du travail - conséquences de la maladie - constatation ultérieure - AAI</b>	C.A.S. art. 149	C.S.A.S. Arrêt du 10 novembre 1999 Aff. AAI c/ R. No du reg.: GE 31/99 No: 153/99	15
<b>Assurance-accident - procédure - recours - requête - énonciation des moyens - absence - procédure civile - nullité - notion de formalité substantielle</b>	C.A.S. art. 294	C.S.A.S. Arrêt du 13 mai 1998 Aff. C. c/AAI No du reg.: GE 205/97 No: 117/98	16
<b>Assurance-accident - procédure - décision présidentielle - opposition - autorité compétente - recours du Conseil arbitral - procédure devant les juridictions sociales - procédure administrative non contentieuse - autorité erronément saisie - transmission du recours - code des assurances sociales - absence de dispositions dérogatoires - non interruption du délai - opposition - irrecevabilité - AAI</b>	C.A.S. art. 128, al. 4 R. 8.6.1979	C.S.A.S. Arrêt du 21 juin 1999 Aff. B. c/AAI No du reg.: GE 10/99 No: 99/99	17
<b>Assurance - accident, accident de travail, procédure, délai, expiration, action en justice, relevé de la déchéance, absence de faute, impossibilité d'agir</b>	Loi du 22.1.1986, art. 1	C.S.A.S. Arrêt du 30 novembre 1998 Aff. R. c/AAI No du reg.: D(AAI) 120/98 No: 226/98	18

## II. Assurance-pension

### Notion d'invalidité

<b>Assurance pension - pension d'invalidité - notion d'invalidité - nombre et ampleur des pathologies - certificat médical - expertise médicale</b>	C.A.S. art. 187	C.S.A.S. Arrêt du 20 mai 1998 Aff. D. épouse N. c/EVI No du reg.: 115/98 No: 92/98	19
---	-----------------	---	----

## Refus

<b>Assurance - pension, pension d'invalidité, notion d'invalidité, continuation de l'activité professionnelle, nouvelle activité, absence de lien avec l'ancienne activité, EVI</b>	C.A.S. art. 187	C.S.A.S. Arrêt du 2 décembre 1998 Aff. H. c/EVI No du reg.: I 121/98 No: 217/98	20
<b>Assurance pension - pension d'invalidité - retrait - état de santé - appréciation médicale - notion d'invalidité - prestation - invalidité temporaire - activité professionnelle - reprise d'une activité salariée - cumul - plafond - CPEP</b>	C.A.S. art. 187 C.A.S. art. 193 C.A.S. art. 226	C.S.A.S. Arrêt du 15 juillet 1998 Aff. H. c/CPEP No du reg.:E 631/98 No: 163/98	21
<b>Assurance pension - pension d'invalidité - retrait - état de santé - appréciation médicale - notion d'invalidité - prestation - invalidité temporaire - activité professionnelle - reprise d'une activité salariée - cumul - plafond - CPEP</b>	C.A.S. art. 187 C.A.S. art. 193 C.A.S. art. 226	Cour de cassation du 29 avril 1999 Aff. CPEP c/H. (arrêt confirmant l'arrêt du C.S.A.S. du 15.7.98) No 1549 du registre No: 29 / 99	22
<b>Assurance pension - pension d'invalidité - condition de renonciation à toute activité non salariée soumise à assurance - retrait - restitution - entreprise agricole - décès - bail à ferme- exploitant réel - exploitant fictif - affiliation - cotisations - demande en obtention d'une indemnité compensatrice- besoins de la cause</b>	C.A.S. art. 187	C.S.A.S. Arrêt du 2 mai 1998 Aff. G. c/Cpag No du reg. C.P. agr: 16/98 No: 120/98	23
<b>Assurance pension, pension d'invalidité, procédure, appel, aggravation des affections existantes, apparition de nouvelles lésions, pas d'appui de l'appel, demande nouvelle, mesures de reconversion, pas d'obligation de prescription, EVI</b>	C.A.S. art. 187 C.A.S. art. 189	C.S.A.S. Arrêt du 2 décembre 1998, Aff. C. c/EVI No du reg.: I 113/98 No: 218/98	24

## Stage

<b>Assurance-pension - pension d'invalidité -condition de stage - échéance du risque - cessation de l'indemnité pécuniaire de maladie - cessation de l'indemnité pécuniaire de maladie antérieure à l'échéance du risque - début de la période de référence - début de l'invalidité - impossibilité de l'établissement de l'invalidité - date de la demande de pension - constatation de l'invalidité - expertise</b>	C.A.S. art. 186 C.A.S. art. 187 C.A.S. art. 191	C.S.A.S. Arrêt du 2. juin 1999 Aff. A. c/EVI No du reg.: I 41/99 No: 83/99	25
---	---	---	----

## Procédure

<b>Assurance pension - , pension d'invalidité - , retrait - , motifs - , insuffisance des motifs - référence à un courrier antérieur - , expertise-, liberté du choix du juge</b>	C.A.S. art. 187	C.S.A.S. Arrêt du 21 avril 1999 Aff. L. c/CPEP No du reg.: E 153/98 No: 58/99	26
<b>Assurance pension - procédure - décision administrative - recours au Conseil arbitral - requête non signée - formalité substantielle - projet de recours - examen d'office - absence d'invitation préalable à la présentation des observations, convention européenne des droits de l'homme - violation - annulation du jugement - évocation de l'affaire - irrecevabilité du recours</b>	C.A.S. art. 187 Code de procédure civile art. 472	C.S.A.S. Arrêt du 21 avril 1999 Aff. S. c/CPEP No du reg.: E 146/98 No: 59/99	27

## III. Assurance maladie néant

<b>Assurance maladie - procédure - appel -recevabilité - personnes parties ou représentées en première instance - Union des caisses de maladie - procédure - recours en justice - mineur - représentation en justice - décision administrative - notification au père - annulation de la notification - capacité pour agir en justice - droit international privé - loi applicable - loi personnelle - loi allemande -représentation commune par les deux parents - mandat de représentation - mandat tacite - preuve - notification d'une décision à un seul parent</b>	C.A.S. art. 7, al. 1	C.S.A.S. Arrêt du 27 janvier 1999 Aff. N. c/UCM No du reg: U.C.M. 24/99	28
--	----------------------	---	----

<b>Assurance maladie - transfert à l'étranger - demande d'autorisation - soins appropriés - SIDA - psoriasis - transfert à l'étranger auprès d'un médecin généraliste - certificat d'un médecin généraliste en Allemagne - deuxième demande d'autorisation - certificat d'un dermatologue luxembourgeois - traitement effectué - prestations en nature - non-remboursement des frais du traitement par les caisses allemandes - impossibilité du traitement au Luxembourg</b>	Règlement CE 1408/71, art. 22 Statuts UCM, art. 27 al. 2	C.S.A.S. Arrêt du 3 février 1999 Aff. S. c/UCM No du reg: U.C.M 125/97 No 15/99	29
<b>Assurance maladie - transfert à l'étranger - traitement chirurgical - demande par un médecin généraliste - traitement chirurgical non pratiqué au Luxembourg - urgence - autorisation préalable - anesthésie totale - anesthésie locale - refus administratif - motifs de la décision - motifs supplémentaires - instance limitée aux motifs de refus initial - traitement nonobstant le refus - absence d'incidence</b>	Statuts UCM, art. 27	C.S.A.S. Arrêt du 3 février 1999 Aff. M. c/UCM No du reg: U.C.M No: 18/99	30
<b>Assurance maladie- réglementation nationale - prestataire de services établi dans un autre état membre - autorisation préalable - remboursement des frais - entrave à la libre prestation des services</b>	Règlement CE 1408/71, art. 22 Statuts de l'UCM: art. 25,26,27	C.S.A.S. Arrêt du 10 février 1999 Aff. O. c/UCM No du reg: U.C.M 63/97 No: 17/99	31
<b>Assurance maladie - transfert à l'étranger - demande d'autorisation - demande de remboursement des frais exposés - liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés - attributions dévolues aux caisses de maladie - incompétence de l'UCM - défaut de qualité - irrecevabilité</b>	C.A.S. art. 45 C.A.S. art. 51	C.S.A.S. Arrêt du 10 février 1999 Aff. W. c/UCM No du reg: U.C.M 154/96 No: 12/99	32
<b>Assurance maladie - transfert à l'étranger - demande d'autorisation - refus d'examen des médecins-traitants - état précaire - intervention chirurgicale à l'étranger - demande de remboursement - modification de l'objet de la demande - acceptation du changement - nouvelle demande contenue implicitement dans la première</b>		C.S.A.S. Arrêt du 24 novembre 1999 Aff. I. c/UCM No du reg: U.C.M 42/99 No: 170/99	33

<b>Assurance maladie - procédure - société à responsabilité limitée - amende d'ordre - recours - action en justice - représentation en justice - qualité pour agir - chef d'agence - irrecevabilité - jugement contradictoire - notification non faite au gérant - jugement par défaut - effet dévolutif de l'appel - statuts - preuve</b>	C.A.S. art. 11, al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 15 juillet 1999 Aff. M. sàrl. c/CMO No du reg: CMO 1236/99	34
<b>Assurance maladie - indemnité de maladie - indemnité spéciale visée à l'article 30 de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail - causes différentes - perte de salaire - cumul entre indemnité de maladie et indemnité spéciale</b>	C.A.S. art. 9 C.A.S. art. 11, al. 2	C.S.A.S. Arrêt du 15 juillet 1999 Aff. F. c/CMO No du reg: CMO 13/99 No: 74/99	35
<b>Assurance maladie - indemnités pécuniaires de maladie - refus - maladie grave - période litigieuse - périodes précédentes et suivantes indemnisées - reprise du travail - prolongation de l'incapacité de travail - certificat médical - délai - déclaration ou constatation tardive de l'incapacité de travail - non-paiement de l'indemnité pécuniaire, mainlevée intégrale ou partielle - exclusion du cas de la constatation tardive de l'incapacité de travail, - constatation non tardive - preuve</b>	Statuts UCM, art. 168, al. 3	C.S.A.S. Arrêt du 12 mai 1999 Aff. CMO c/K. No du reg: CMO 5/99 No: 74/99	36
<b>IV. Aide sociale</b>			
<b>Fonds national de solidarité - intérêts de retard - intérêts moratoires - RMG - complément - recours - recevabilité - comité-directeur - décision préalable - demande nouvelle - refus implicite - obligation de paiement - accessoire - conseil arbitral - juridiction spéciale - droit subjectif - droit civil - compétence - sommation - absence - lettre recommandée - mise en demeure - demande en justice</b>	C.A.S. art. 293	C.A.A.S. Jugement du 19 juin 1998 Aff. R. c/FNS Reg. No: FNS 23/96	37
<b>Fonds national de solidarité - RMG - conditions d'une nouvelle affectation temporaire - refus - retrait complément RMG</b>	Loi modifiée du 26 juillet 1998, art. 12	C.S.A.S. Arrêt du 06 janvier 1999, Aff. F. c/FNS Reg. No: FNS 102/98 No: 3/96	38
<b>Fonds national de solidarité - complément RMG - communauté domestique - revenus globaux - plafond - retrait la</b>	Loi modifiée du 26 juillet 1986; art. 8, al. 3 de	C.S.A.S. Arrêt du 24 février 1999 Aff. L. c/FNS Reg. No: FNS 106/98 No: 24/99	39

<b>Fonds national de solidarité - RMG - complément - retrait - mesures sociales complémentaires - projet d'insertion sociale et professionnelle - refus -situation personnelle - mère de trois enfants - état de santé précaire d'un enfant</b>	Loi modifiée du 26 juillet 1986, art. 11 et 12	C.S.A.S. Arrêt du 10 novembre 1999 Aff. K. c/FNS Reg. No: FNS 28/99 No: 157/99	40
<b>Fonds national de solidarité - procédure - personnes gravement handicapées - allocation - procédure contradictoire - violation des droits de la défense- jugement tranchant une partie du principal et ordonnant une mesure d'instruction - appel - recevabilité - jugement ne mettant pas fin à l'instance et ne tranchant rien au principal - demande d'annulation pour inobservation de la procédure contradictoire -rejet d'un moyen de nullité - dispositif du jugement - décision au fond</b>	Nouveau code de procédure civile: art. 355,579,580	C.S.A.S. Arrêt du 10 novembre 1999 Aff. G. c/FNS Reg. No: FNS 29/99 No: 155/99	41
<b>Fonds national de solidarité - revenu minimum garanti - complément - communauté domestique - communauté domestique d'une personne - décisions antérieures de fixation du complément - procédure administrative différente - force de la chose décidée - juridiction non liée - verbe "pouvoir" - pouvoir discrétionnaire - contrôle juridictionnel - exactitude des faits matériels - motifs de nature à motiver légalement la décision - ménage - charges - absence de contribution</b>	Loi modifiée du 26 juillet 1986 art. 5, § 4	C.S.A.S. Arrêt du 11 novembre 1999 Aff. F. c/FNS Reg. No: FNS 108/99 No: 162/99	42
<b>Fonds national de solidarité - revenu minimum garanti - complément - communauté domestique - foyer commun avec budget commun - vie commune - preuve - présomption simple - témoins - adresse fictive - adresse réelle - certificat de résidence - offre de preuve - éléments constants - indices graves et concordants</b>	Loi modifiée du 26 juillet 1986 art. 5, §1 art. 6, §1	C.S.A.S. Arrêt du 11 novembre 1999 Aff. A. c/FNS Reg. No: FNS 36/99 No: 162/99	43

## V. Allocations de soins

<b>Ministère de la Santé, allocation de soins - intérêts moratoires - silence de l'administration - absence de disposition légale - décision implicite de rejet</b>	Loi du 22 mai 1989 art. 5, al. 1 Code civil art. 1153	C.S.A.S. Arrêt du 08 décembre 1999 Aff. L. c/Ministère de la Santé Reg. No: MS 14/99 No: 173/99	44
---	--	--	----

<b>Ministère de la Santé - allocation de soins -assistance ou soins continuels et non occasionnels - tierce personne</b>	Loi du 22 mai 1989 art. 2	C.S.A.S. Arrêt du 20 mai 1998 Aff. S. c/Ministère de la Santé Reg. No: MS 10/98 No: 119/98	45
--	------------------------------	---	----

## VI. Prestations de chômage

<b>Ministère du Travail - ADEM - refus des indemnités de chômage permis de travail- validité - interruption de la relation de travail avec l'employeur spécifié sur l'autorisation - décision ministérielle - obligations contrares à la loi</b>	Loi du 28 mars 1972 art. 26 Règlement grand-ducal du 12 mai 1972, art. 1, art. 2	C.S.A.S. Arrêt du 13 octobre 1999 Aff. ADEM c/M. Reg. No: F.E. 141/98 No: 142/99	46
<b>Ministère du Travail - ADEM - intérêts moratoires - compétence des juridictions sociales</b>	Loi du 30 juin 1976 art. 19, al. 3, art. 35	C.S.A.S. Arrêt du 16 juin 1999 Aff. G. c/ADEM Reg. No: F.E. 32/99 No: 98/99	47
<b>Ministère du Travail - ADEM - erreur matérielle - mention d'un faux numéro de dossier sur la requête d'appel - rectification - délais</b>	Loi du 30 juin 1976 art. 22	C.S.A.S. Arrêt du 1 juillet 1998 Aff. M. c/ADEM Reg. No: F.E. 33/98 No: 154/98	48
<b>Ministère du Travail - ADEM - indemnités de chômage - non-présentation au bureau de placement - retrait - circonstances exceptionnellement graves motivant le déplacement en Roumanie - problèmes de santé de la mère</b>	Règlement grand-ducal du 25 août 1983 art. 11	C.S.A.S. Arrêt du 14 juillet 1998 Aff. B. c/ADEM Reg. No: F.E. 17/99 No: 116/99	49
<b>Ministère du Travail - ADEM - indemnité de chômage - refus - dispense de la condition de stage - activité indépendante - activité salariée - condition supplémentaire non prévue par la loi</b>	Loi modifiée du 30 juin 1976 art. 16 art. 34	C.S.A.S. Arrêt du 14 juillet 1998 Aff. B. c/ADEM Reg. No: F.E. 55/98 No: 162/98	50
<b>Ministère du Travail - ADEM - indemnités de chômage - retrait - refus non justifié d'un poste de travail - prétentions de salaire trop élevées</b>	Loi modifiée du 30 juin 1976 art. 23, § 1	C.S.A.S. Arrêt du 14 juillet 1998 Aff. M. c/ADEM Reg. No: F.E. 62/99 No: 115/99	51
<b>...suite</b>		C.S.A.S. Arrêt du 14 juillet 1998 Aff. M. c/ADEM Reg. No: F.E. 62/99 No: 180/99	52



## Relevé analytique de la jurisprudence 1995 à 1998

1

### CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES 01 juillet 1998

*Le comportement de l'assuré, en ce qu'il a pris la route après avoir consommé des boissons alcoolisées, et en ce qu'il n'a pas conduit avec la précaution requise sur un tronçon de route inconnu, allant même jusqu'à violer les règles élémentaires de la circulation routière, contraignant tout conducteur à circuler sur le bord droit de la chaussée, dénote une faute lourde dans son chef de nature à exclure la responsabilité de l'Association d'Assurance contre les Accidents.*

#### **S. c/ AAI**

No du reg.: GE 6/98 No: 151/98

#### **Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 13 janvier 1998, S. Fernand a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 15 décembre 1997 dans la cause pendante entre lui et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, dit que la décision de la commission des rentes du 24 février 1997 n'est pas nulle pour défaut de motivation; déclare le requérant non fondé en son recours; l'en déboute.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 29 avril 1998, puis pour celle du 17 juin 1998, à laquelle le rapporteur désigné, monsieur Thierry Hoscheit, fit l'exposé de l'affaire.

Maître Henri Frank, pour l'appelant, conclut à la reconnaissance de la responsabilité de l'Assurance-accidents-industrielle.

Monsieur Georges Kohn, pour l'intimée, conclut à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 15 décembre 1997.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Par jugement du 15 décembre 1997, le Conseil arbitral des assurances sociales a rejeté comme non fondé le recours dirigé par Fernand S. contre une décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 24 février 1997 par laquelle la décision du président de l'Association d'Assurance contre les Accidents du 5 novembre 1996, refusant la prise en charge

d'un accident de trajet du 28 août 1996 au motif qu'il était dû à la faute lourde de l'assuré, a été confirmée.

De ce jugement, Fernand S. a régulièrement relevé appel suivant requête déposée le 13 janvier 1998. Il demande voir reconnaître la responsabilité de l'Association d'Assurance contre les Accidents dans les suites de l'accident qu'il a subi le 28 août 1996 lorsqu'il se trouvait sur le chemin de retour de son lieu de travail à son domicile.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter autrement au moyen d'annulation du jugement du 15 décembre 1997, ce moyen n'ayant pas été maintenu par Fernand S. lors des débats oraux.

Au fond, il conteste les décisions antérieures en ce qu'elles ont décliné la responsabilité de l'Association d'Assurance contre les Accidents au motif que l'accident était dû à sa faute lourde.

L'accident litigieux a fait l'objet d'un procès-verbal dressé par la police de Niederanven à charge de Fernand S., et par jugement rendu par le tribunal correctionnel en date du 21 mai 1997, Fernand S. a été condamné à une amende et une interdiction de conduire en raison des infractions retenues à sa charge en rapport avec cet accident, à savoir coups et blessures involontaires, conduite sous influence d'alcool (1,14 grammes par litre), défaut de circuler en marche normale près du bord droit de la chaussée, changement de voie de circulation entravant la marche normale des autres conducteurs et dangereux pour les autres usagers, défaut de serrer la droite de la chaussée dans un virage, vitesse dangereuse selon les circonstances, défaut de se comporter raisonnablement et prudemment de façon à ne pas constituer un danger pour la circulation, défaut de se comporter raisonnablement et prudemment de façon à ne pas causer un dommage aux propriétés privées, défaut de conduire de façon à rester constamment maître de son véhicule.

Il appert des éléments du dossier que l'accident est survenu lorsque Fernand S., abordant une suite de virages, a coupé ceux-ci et est entré en collision frontale avec une camionnette circulant en sens inverse.

La notion de faute lourde suppose non seulement une culpabilité personnelle et réfléchie dans le chef de l'assuré, mais une culpabilité d'un degré de gravité caractérisé, dépassant le cadre des fautes légères usuelles dues à l'inattention et auxquelles tout élément intentionnel fait défaut. Il faut donc qu'il y ait faute commise en pleine connaissance du risque encouru, avec la conscience des conséquences dommageables susceptibles de s'ensuivre et l'acceptation non d'une simple possibilité mais de la probabilité du dommage.

Fernand S. demande à voir constater que son comportement n'équivaudrait pas à une faute intentionnelle et que la conduite sous influence d'alcool n'équivaudrait pas à une faute lourde au sens du Code des assurances sociales. A titre de défense, il fait encore valoir qu'il ne connaissait pas les lieux où l'accident s'est produit et qu'il ne se souviendrait de rien en ce qui concerne l'accident, ni des faits ayant précédé celui-ci, notamment sur la question de savoir dans quelles conditions il a pu consommer entre la fin de son service à 17 heures et le moment de l'accident à 17 heures 25 minutes des boissons alcoolisées en quantités telles qu'il présentait un taux d'alcoolémie de 1,14 grammes par litre de sang.

Par rapport à ces derniers développements, il est cependant curieux de constater que Fernand S. a su fournir à l'audience du Conseil supérieur des assurances sociales une explication plausible et détaillée sur les raisons qui l'avaient amené à emprunter ce jour là un autre itinéraire que celui qu'il empruntait habituellement.

Nonobstant ce constat, force est cependant encore de constater que le comportement de Fernand S., en ce qu'il a pris la route après avoir consommé des boissons alcoolisées, et en ce qu'il n'a pas conduit avec la précaution requise sur un tronçon de route inconnu, allant même jusqu'à violer les règles élémentaires de la circulation routière, contraignant tout conducteur à circuler sur le bord droit de la chaussée, dénote une faute lourde dans son chef de nature à exclure la responsabilité de l'Association d'Assurance contre les Accidents. Le jugement dont appel est donc à confirmer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales,

statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience,

**reçoit l'appel en la forme,**

le dit non fondé, partant en déboute et confirme le jugement entrepris.

---

2

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**09 juin 1999**

*Un conducteur, titulaire du permis de conduire depuis moins d'une semaine, qui dépasse, en dehors d'une localité, une colonne de voitures à une vitesse dépassant largement 100 km/h, alors que la vitesse autorisée pour ces trajets dans sa période de stage est de 75 km/h, et qui perd le contrôle de sa voiture au moment où il se rabat vers la droite, commet une faute lourde.*

*Il n'est pas nécessaire de déterminer si les déficiences du véhicule, constatées lors du rejet au contrôle technique, ont également contribué à la genèse de l'accident.*

**A. c/AAI**

No du reg.: G 47/99 No: 86/99

**Arrêt**

L'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, saisie par A. Amandio, qui avait subi un accident de la circulation le 17 juin 1994 d'une demande de prise en charge comme accident de trajet, a décidé le 10 août 1994 de décliner sa responsabilité au motif que d'après le procès - verbal établi, il y a lieu d'admettre que l'accident est survenu suite à une faute lourde commise par l'assuré.

La commission des rentes, saisie d'une opposition de l'assuré, et suite à un recours aux termes duquel le Conseil arbitral des assurances sociales a été amené par jugement du 17 juin 1997 à déclarer l'opposition recevable et à renvoyer l'affaire

devant ladite commission des rentes, a réexaminé le dossier et a, par décision du 26 janvier 1998 considéré l'opposition comme non fondée et confirmé la décision présidentielle du 10 août 1994 en retenant que A. avait agi en pleine connaissance de cause du risque encouru avec la conscience des conséquences dommageables susceptibles de s'ensuivre et l'acceptation de la probabilité du dommage.

Suite au recours formé le 13 février 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales a, par jugement du 13 janvier 1999, après avoir considéré que le comportement de l'assuré avait été tel qu'il ne pouvait être considéré comme ayant agi par simple inadvertance passagère, mais qu'il a dû se rendre compte du danger qu'il courait en persistant volontairement dans son comportement qui était partant bien constitutif de la faute lourde se caractérisant par un erreur grossière, une négligence énorme et impardonnable, débouté l'assuré de son recours comme non fondé.

Aux termes de l'appel régulièrement interjeté contre ce jugement par A. par requête déposée le 4 mars 1999, l'appelant conclut à voir dire que l'accident du 17 juin 1994 est un accident de travail et doit donner lieu à indemnisation avec les conséquences de droit.

L'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, de son côté conclut à la confirmation du jugement entrepris.

A. fait valoir qu'il n'est pas établi que les défauts constatés à la voiture conduite par lui, et ayant entraîné le rejet lors du contrôle technique trois jours avant l'accident seraient la cause de cet accident.

D'après l'appelant, l'origine de l'accident serait à rechercher dans son inexpérience de chauffeur venant seulement de passer son permis, le défaut de maîtrise ne pouvant être assimilé à une faute intentionnelle, et on ne saurait admettre que par son comportement, il a délibérément accepté un risque grave qui devrait forcément mener à l'accident.

Il échet de relever que l'article 2 de l'arrêté grand - ducal du 27 octobre 1952 ayant pour objet de modifier l'arrêté grand - ducal du 22 août 1936 portant exécution de l'article 92, alinéa final du Code des assurances sociales parle de «faute lourde» et non de faute intentionnelle.

Quant à la signification de la notion de faute lourde, le Conseil supérieur des assurances sociales renvoie aux développements faits par les premiers juges appuyés sur une jurisprudence bien établie.

Il est constant en cause que A. venait de passer son permis seulement le 13 juin 1994 et qu'il était partant en période de stage «jeune conducteur» pendant la durée duquel il doit respecter une limitation générale de vitesse de 75 km/h pour les trajets à vitesse de 90 km/h, ceci afin de lui permettre de s'habituer à la conduite et à ses dangers et de pouvoir apprendre à faire usage des réactions appropriées aux situations données.

En l'espèce, il résulte du procès - verbal dressé en cause que A. a dépassé une colonne de voitures circulant à une vitesse avouée de 90 à 100 km/h (cf déposition C. R.) en dehors d'une localité (vitesse limitée à 90 km/h) et qu'en se rabattant vers la droite, il a perdu le contrôle de son véhicule qui a heurté de front un arbre, aucune trace de freinage n'ayant été relevée.

Il est donc avéré que la vitesse imprimée par A. à son véhicule dépassait largement 100 km/h, sa vitesse autorisée n'ayant été que de 75 km/h, ce qui lui a fait perdre, en tant que conducteur inexpérimenté, le contrôle en rabattant sa voiture à la fin de la manœuvre de dépassement.

En conduisant ainsi, moins d'une semaine après avoir passé son permis de conduire, au cours de l'apprentissage duquel il n'a pas manqué d'avoir été rendu attentif aux dangers de la route pour un «jeune conducteur», A. ne saurait soutenir qu'il n'avait pas conscience du risque encouru.

Eu égard à ce qui précède, le Conseil supérieur des assurances sociales considère que dans le chef de A. il y a eu une acceptation certaine du risque encouru et de la probabilité du dommage qui pouvait se produire, ce comportement étant à qualifier de faute lourde sans qu'il ne soit nécessaire de déterminer en plus si les défauts au véhicule ont également contribué à la genèse de l'accident.

Le jugement entrepris est partant à confirmer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral du président - magistrat et sur les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit non fondé, confirme le jugement du 13 janvier 1999.

---

3

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**07 juillet 1999**

*La seule survenance de céphalées ne saurait être qualifiée de blessure dès lors qu'il n'est pas établi qu'elles soient la conséquence directe et immédiate d'une modification de la structure d'un quelconque tissu ou organe. Les céphalées sont des plaintes difficilement objectivables, sinon impossibles à objectiver, dès lors justement qu'elles ne sont pas la conséquence d'une telle modification du corps humain.*

**S. Michel c/AAI**

No du reg.: GE 166/98 No: 113/99

**Arrêt**

Par jugement du 16 novembre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales a rejeté comme non fondé le recours dirigé par Michel Charles S. contre une décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 17 novembre 1997 par laquelle la décision du président de l'Association d'assurance contre les accidents du 27 août 1997, déclinant la responsabilité de l'Association d'assurance contre les accidents par rapport à un accident de la circulation survenu en date du 19 août 1997, a été confirmée.

De ce jugement, Michel Charles S. a régulièrement relevé appel suivant requête déposée le 31 décembre 1998. Il demande à voir reconnaître la responsabilité de l'Association d'assurance contre les accidents dans cet accident de la circulation qui s'est produit sur le chemin pour se rendre de son domicile sur son lieu de travail. La

demande de Michel Charles S. tend à se voir indemniser sur base de l'article 110 du Code des assurances sociales par l'Association d'assurance contre les accidents des dégâts matériels subis à son véhicule lors de cet accident de la circulation. Tout en admettant que ce droit à la réparation des dégâts matériels n'existe qu'à la condition que ces dégâts matériels soient nés accessoirement à un préjudice corporel, il fait valoir avoir subi en l'espèce un tel préjudice corporel, dès lors qu'il résulterait des pièces du dossier qu'il a souffert à la suite de cet accident de légères céphalées. Il fait valoir que celles - ci seraient à considérer comme blessure au sens de l'article 97 du Code des assurances sociales.

Pour rejeter comme non fondé le recours dirigé par Michel Charles S. contre la décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents, le Conseil arbitral des assurances sociales a retenu, sur base notamment des constatations d'ordre médical effectuées par son médecin - conseil, qu'il ne résultait d'aucun élément du dossier que l'assuré avait subi une lésion corporelle traumatique réelle ou une atteinte à son intégrité physique indemnisable en vertu de l'article 97 du Code des assurances sociales, dès lors que de légères céphalées, constituant la suite d'un traumatisme banal et sans contusion manifeste, ne sauraient être qualifiées d'atteinte physiologique réelle.

D'une façon générale, le terme de " blessure " employé par l'article 97 du Code des assurances sociales se définit comme étant une lésion de l'organisme produite par notamment un choc ou un coup, la lésion quant à elle étant une modification de la structure d'un tissu ou d'un organe sous l'influence d'une cause morbide (CSAS 20 décembre 1995, No 225/95).

En l'espèce, Michel Charles S. se borne à faire état de l'inscription portée par son médecin sur la déclaration d'accident selon laquelle il souffrirait de " légères céphalées après A. V. P. ", sans que ce médecin ne fournisse la moindre indication sur la provenance de ces doléances. Or, la seule survenance de céphalées ne saurait être qualifiée de blessure au sens des précisions fournies ci - dessus, dès lors qu'il n'est pas établi qu'elles soient la conséquence directe et immédiate d'une modification de la structure d'un quelconque tissu ou organe. A cette considération s'ajoute que des céphalées sont des plaintes difficilement objectivables, sinon impossibles à objectiver, dès lors justement qu'elles ne sont pas la conséquence d'une telle modification du corps humain.

Il résulte de ce qui précède que Michel Charles S. n'a pas établi avoir subi en l'espèce une blessure corporelle indemnisable, de sorte qu'il ne peut pas non plus prétendre accessoirement à la réparation de son dommage matériel. L'appel n'est partant pas fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, partant en déboute confirme le jugement entrepris.

---

4

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**07 juillet 1999**

*N'est pas victime d'un accident de trajet l'assuré s'assoupissant pendant un moment sur le trajet direct de son domicile à son lieu de travail au volant de sa voiture suite à un manque de sommeil à cause des séquelles d'une bronchite. Il s'agit là d'un trouble passager provenant de l'intérieur du corps de l'assuré et non d'un événement agissant de l'extérieur.*

**S. Gérard c/AAI**

No du reg.: GE 55/97 No: 111/99

**Arrêt**

Les faits et rétroactes de l'affaire se trouvent exposés à suffisance de droit dans le jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 3 mars 1997, l'arrêt du Conseil supérieur du 26 mars 1998 et l'arrêt de la Cour de cassation du 21 janvier 1999.

Statuant sur le recours dirigé par Gérard S. contre une décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, ayant écarté toute responsabilité dudit établissement dans un accident de la circulation dont l'assuré avait été victime en se rendant à son travail, le Conseil arbitral des assurances sociales a par jugement du 3 mars 1997 déclaré ce recours non fondé.

Sur appel, le Conseil supérieur des assurances sociales a confirmé par arrêt du 26 mars 1998 ce jugement en retenant que l'Assurance - accidents - industrielle avait rapporté la preuve que la cause génératrice était en rapport avec une défaillance physique, de sorte que l'accident avait une origine étrangère à l'emploi assuré et que l'Assurance - accidents - industrielle était déchargée de la présomption de responsabilité pesant sur elle.

Cette décision ayant été cassé par arrêt de la Cour de cassation du 21 janvier 1999, les parties sont remises au même état où elles se sont trouvées avant la décision cassée.

L'appel relevé par S. du jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 3 mars 1997 dans les forme et délai de la loi est recevable.

Se basant sur la définition de l'accident qui est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure, l'Assurance - accidents - industrielle fait valoir qu'en l'espèce la cause de l'accident n'est pas à rechercher dans une force extérieure, mais dans le malaise dont fut atteint S., c'est - à - dire dans une cause interne à l'assuré.

C'est à bon droit que l'Assurance - accidents - industrielle soutient que si l'arrêté grand - ducal du 22 août 1936 prévoit bien en ses articles 3 et 4 deux hypothèses où l'assuré n'a droit à aucune indemnisation, ces dispositions ne touchent cependant en rien les dispositions de l'article 92, alinéa 1er du Code des assurances sociales fixant les

conditions communes à tous les accidents de travail ni la définition de l'accident donnée ci - dessus.

Pour que l'atteinte au sens de cette définition puisse donner lieu à indemnisation, il faut qu'elle soit survenue à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion du travail.

Dans la mesure où il est constant que l'appelant S. s'est assoupi pendant un moment sur le trajet direct de son domicile à son lieu de travail au volant de sa voiture suite à un manque de sommeil à cause des séquelles d'une bronchite, et qu'il s'agit là d'un trouble passager provenant de l'intérieur du corps de l'assuré et non d'un événement agissant de l'extérieur, il échet de confirmer le jugement entrepris en ce qu'il a refusé le droit à indemnisation à S..

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral du président - magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit non fondé et en déboute, confirme le jugement du 3 mars 1997.

---

5

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**06 janvier 1999**

*Lorsque pendant la pause de midi le travailleur procède à des achats alimentaires destinés à être consommés immédiatement, ce déplacement n'est pas dicté par des convenances personnelles, mais consiste à assurer à celui-ci son repas de midi pendant une interruption de travail par autorisation expresse ou tacite de l'employeur qui ne pourvoit pas lui-même à ce repas.*

**T. Chantal c/AAI**

No du reg.: GE 108/98 No: 1/99

**Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 17 août 1998, T. Chantal a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 27 juillet 1998 dans la cause pendante entre elle et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, déclare le recours non fondé et confirme la décision entreprise.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 9 décembre 1998, à laquelle monsieur Georges Santer, président ff., fit le rapport oral.

Maître Luc Schanen, pour l'appelante, conclut à la reconnaissance de la responsabilité de l'Assurance - accidents - industrielle.

Monsieur Georges Kohn, pour l'intimée, se rapporta à prudence de justice.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Statuant sur le recours introduit par Chantal T. contre une décision de la commission des rentes du 30 mars 1998 confirmative d'une décision présidentielle du 23 octobre 1997 ayant refusé la prise en charge d'un accident survenu le 30 septembre 1997 au motif qu'il n'était pas survenu dans le cadre de l'activité professionnelle assurée, mais pendant une occupation à caractère privé, le Conseil arbitral des assurances sociales a, par jugement du 27 juillet 1998 déclaré le recours non fondé, considérant que l'accident ne rentre pas dans les visées de l'arrêté grand-ducal du 22 août 1936 et ne revêt pas le caractère d'un accident de trajet indemnisable.

L'appel interjeté par T. contre ce jugement par requête déposée le 17 août 1998 dans les forme et délai de la loi est recevable.

L'appelante conclut à la réformation et demande au Conseil supérieur des assurances sociales de dire que l'accident survenu le 30 septembre 1997 est à considérer comme accident de travail.

L'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, se rapporte à prudence de justice.

Il résulte des renseignements fournis en cause, et notamment des explications données par l'appelante que celle-ci a certes, pendant la pause d'une heure à midi, procédé à des achats, mais qu'il s'agissait pour l'essentiel d'achats alimentaires destinés à être consommés immédiatement.

Il en découle que le déplacement n'était pas dicté par des convenances personnelles, mais qu'il consistait à assurer à T. son repas de midi pendant une interruption de travail par autorisation expresse ou tacite de l'employeur qui ne pourvoyait pas lui-même à ce repas.

L'accident doit partant, par réformation, être pris en charge par l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président-magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit fondé, réformant dit que l'accident du 30 septembre 1997 est à prendre en charge par l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, au sens de l'article 92 alinéa 2 du Code des assurances sociales, renvoie l'affaire devant l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, aux fins de fixation des prestations auxquelles l'assurée T. a droit.

---

6

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**14 juillet 1999**

*Est victime d'un accident de travail le salarié, informé par un potentiel client que l'appareil photo que ce client s'apprête à acheter est offert à moindre prix dans un magasin spécialisé concurrent, en face du magasin où travaille le salarié, voulant contrôler les affirmations du client et traversant la rue séparant les deux magasins, lorsqu'il est heurté par une voiture.*

*Le contrôle des prix étant de la compétence d'un chef de rayon, qualification dont dispose le salarié, il est non pertinent que le salarié déclare ou non son absence à un autre chef de rayon, une omission de ce faire ne violant pas son contrat de travail au point de pouvoir être considéré comme agissant en dehors de son contrat.*

**M. Alexandre Jean c/AAI**

No du reg.: GE 8/98 No: 100/99

**Arrêt**

Revu l'arrêt rendu en cause le 1er juillet 1998 par le Conseil supérieur des assurances sociales ayant admis l'appelant à la preuve d'un certain nombre de faits de nature à établir que l'accident de la circulation dont il est devenu victime le 23 septembre 1995 est survenu par le fait de l'exécution de son contrat de travail.

La déposition du témoin B., collègue de travail de l'assuré social appelant, donne le récit le plus détaillé des faits. Informé par un potentiel client que l'appareil photo qu'il s'appropriait à acheter était offert à moindre prix dans un magasin spécialisé en face de Promarkt, Alexandre M., voulant contrôler les affirmations du client, traversa la chaussée de la rue de la Gare pour se diriger vers le magasin Top Vision, lorsqu'il fut heurté par une voiture. Le contrôle des prix, tel que pratiqué, était de la compétence d'un chef de rayon, qualification dont disposait l'appelant. Il est à ce sujet non pertinent que l'appelant ait ou non déclaré son absence à un autre chef de rayon, une omission de ce faire ne violant pas son contrat de travail au point de pouvoir considérer le salarié comme ayant agi en dehors de son contrat de travail.

La déclaration du témoin B. n'est pas contredite par les dépositions des témoins K. et D. qui connaissent les faits par des ouï - dire. De même l'attestation testimoniale de Diane F. est trop peu formelle et trop relativisée pour valoir dénégation suffisante de la déposition B.

L'accident d'Alexandre M. est donc à qualifier d'accident de travail au sens de l'article 92 du Code des assurances sociales comme étant survenu à l'occasion de son travail.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président et contradictoirement entre parties, dit l'appel fondé, réformant, dit que l'accident du 23 septembre 1995 subi par Alexandre M. est à qualifier d'accident de travail.

---

7

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**28 octobre 1998**

*Le congé-formation dont bénéficient les délégués du personnel est assimilé à une période de travail par la loi du 18 mai 1979 portant réforme des délégations du personnel. Il s'ensuit que les accidents dont sont victimes les délégués du personnel pendant la durée du congé-formation sont couverts par l'Assurance-accidents-industrielle dans les mêmes conditions que les accidents survenus pendant une période de travail.*

*Le fait par un délégué du personnel, qui participe en cette qualité à un congrès organisé à l'étranger, de se rendre, après la fin de la réunion syndicale à laquelle il avait assisté, dans un restaurant situé sur le trajet direct entre le lieu où se tenait le congrès et son hôtel, afin d'y prendre son dîner, les participants devant pourvoir à leur restauration par leurs propres soins, ne constitue, dans les circonstances de l'espèce, pas une interruption du trajet pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. L'accident survenu après cette interruption de trajet, dont la durée n'était pas excessive, sur le parcours normal vers son hôtel reste par conséquent un accident du travail.*

**L. c/AAI**

No du reg.: G E 70/98 No: 194/98

**Arrêt**

Le 3 janvier 1997, la S.A. Banque Internationale à Luxembourg a déclaré à l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, que son employée Denise Amélie L., épouse Weber, demeurant à L-2554 Luxembourg, 19, rue Poutty Stein, a été victime d'un accident du travail qui serait survenu dans les circonstances suivantes:

En date du 21 octobre 1996, Denise Amélie L. s'est rendue à Genève dans le but de participer au congrès de la Fédération Internationale des Employés, Techniciens et Cadres (FIET), qui se tenait dans cette ville les 21 et 22 octobre 1996.

Denise Amélie L. a participé à ce congrès en sa qualité de déléguée du personnel de la Banque Internationale à Luxembourg.

Conformément à la loi du 18 mai 1979 portant réforme des délégations de personnel, Denise Amélie L. a été rémunérée pendant ses heures de délégation au même titre que la rémunération perçue pour ses heures de travail normal.

La restauration des participants pendant la durée du congrès n'était pas assurée par la FIET. Les participants devaient dès lors se restaurer par leurs propres soins.

La première journée de congrès du 21 octobre 1996 a pris fin dans les bureaux du B.I.T. à 18 heures sur les hauteurs de Genève.

Vers 18,30 heures Denise Amélie L., accompagnée d'un autre congressiste, s'est alors rendue en ville où se trouvait son hôtel.

Sur le trajet vers l'hôtel, vers 19,30 heures, Denise Amélie L. et son collègue se sont arrêtés dans un restaurant, afin d'y prendre leur repas du soir. Ils ont quitté le restaurant vers 21.30 heures pour se rendre à leur hôtel.

Vers 22 heures, sur le trajet direct de retour vers l'hôtel, Denise Amélie L. est tombée sur le trottoir et s'est cassée la cheville droite.

Denise Amélie L. soutient qu'il se dégage des faits qui précèdent que l'accident en question est à considérer comme accident de trajet au sens de l'article 92 du Code des assurances sociales.

Par décision présidentielle du 22 avril 1997, l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, a refusé de prendre en charge l'accident en question au motif que cet accident n'est pas survenu au cours ou par le fait de l'exécution du contrat de louage de service, mais pendant une activité non assurée.

La commission des rentes a maintenu cette décision dans sa séance du 22 septembre 1997 au motif qu'il n'est pas établi que le repas pris dans un restaurant avait un caractère officiel ou faisait partie de l'organisation de la FIET, de sorte que l'accident est survenu durant une activité à caractère privé.

Par jugement du 5 mai 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales a déclaré non fondé le recours formé par Denise Amélie L. au motif que l'accident incriminé ne s'est pas produit sur le parcours direct et ininterrompu à effectuer par l'assurée pour se rendre de son lieu de travail occasionnel situé dans les bureaux du B.I.T. à Genève à sa résidence de fait sise à l'hôtel Longchamp, mais lors d'un détour fait dans un but strictement personnel non couvert par l'Assurance-accidents, obligatoire et qu'au moment de l'accident l'intéressée ne se trouvait pas sous la dépendance de son employeur; que ce détour ne peut pas être qualifié de détour ayant été dicté par une nécessité impérieuse de la vie quotidienne et indépendante de la volonté de la salariée (cf Cass. 28 octobre 1976, P.23, 389; 24 juin 1976, P.23, 326).

Par requête déposée le 8 juin 1998 au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales, Denise Amélie L. a, dans le délai de la loi, relevé appel du jugement du 5 mai 1998, pour entendre, par réformation de la décision entreprise, dire que l'accident du 21 octobre 1996 est à qualifier d'accident du travail que l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, est tenue de prendre en charge.

L'intimée ne conteste pas les faits tels qu'avancés par l'appelante, mais soutient que le fait par l'appelante de se rendre dans un restaurant, même sis sur le trajet direct entre le lieu de travail et sa demeure, en l'espèce l'hôtel dans lequel elle logeait, constitue une interruption du trajet, de sorte que l'accident survenu postérieurement, après la reprise du trajet, n'est plus à charge de l'Assurance-accidents-industrielle.

Le congé-formation dont bénéficient les délégués du personnel est assimilé à une période de travail par la loi du 18 mai 1979 portant réforme des délégations du personnel.

Il s'ensuit que les accidents dont sont victimes les délégués du personnel pendant la durée du congé-formation sont couverts par l'Assurance-accidents-industrielle dans les mêmes conditions que les accidents survenus pendant une période de travail.

Le fait par une déléguée du personnel, qui participe en cette qualité à un congrès organisé à l'étranger, de se rendre, après la fin de la réunion syndicale à laquelle elle avait assisté, dans un restaurant situé sur le trajet direct entre le lieu où se tenait le congrès et son hôtel, afin d'y prendre son dîner, les participants devant pourvoir à leur restauration par leurs propres soins, ne constitue, dans les circonstances de l'espèce, pas une interruption du trajet pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

L'accident survenu après cette interruption de trajet, dont la durée n'était pas excessive, sur le parcours normal vers son hôtel reste par conséquent un accident du travail (cf. Sécurité Sociale, accidents du travail, fasc. 312, No 70; Cour de Cassation française, ch.soc. 17 janvier 1963, JCP 1997, II, 1963, IV, 21; Bull.civ. IV, No 71; Cass. soc. 10 novembre 1960, JCP 1961, II, 12155; Cass. soc. 17 novembre 1977, D. 1978, IR, 41).

L'appel est partant à déclarer fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties, déclare l'appel recevable et fondé, réformant: dit que l'accident subi par l'appelante le 21 octobre 1996 à Genève (CH) est à qualifier d'accident de travail au sens de l'article 92 du Code des assurances sociales, à charge de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, renvoie l'affaire en prosécution de cause à l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle.

---

8

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**08 juillet 1998**

*Le décès de l'assuré - suite à un infarctus du myocarde - est survenu sur le lieu et pendant le temps de travail de celui-ci, et est dès lors 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.*

*En l'espèce, une affection pathologique préexistante - l'existence de lésions dégénératives vasculaires artério-scléreuses extrêmement marquées et l'existence d'une sténose totale de l'artère coronaire gauche - a été établie par le rapport relatif à l'autopsie médicale. Or, face aux circonstances dans lesquelles l'assuré est décédé et aux conditions de travail auxquelles il était confronté, non seulement le jour même de son décès, mais déjà depuis un certain temps l'ayant précédé et ayant requis de sa part l'effort de supporter le stress, et ce des semaines durant et sans interruption pendant les jours précédant immédiatement l'accident, ainsi que le déploiement de forces physiques intensives pour le déplacement sur un terrain de chantier très boueux, l'assurance-accidents reste en défaut de rapporter la preuve que le décès est dû à une cause totalement étrangère au travail. Le décès de l'assuré doit donc être considéré comme la suite d'un accident de travail et donne lieu à indemnisation.*

**M. Michèle, veuve S. Michel c/ AAI**

No du reg.: G E 207/97 No: 159/98

**Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 19 décembre 1997, M. Michèle, veuve S. Michel, a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 10 novembre 1997 dans la cause pendante entre elle et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, déclare le recours non fondé et confirme la décision entreprise.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 24 juin 1998, à laquelle le rapporteur désigné, madame Eliane Eicher, fit l'exposé de l'affaire.

Maître Claude Collarini, pour l'appelante, conclut à la reconnaissance de la responsabilité de l'Assurance-accidents-industrielle.

Monsieur Georges Kohn, pour l'intimée, conclut à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 10 novembre 1997.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Par jugement rendu contradictoirement entre les parties M. et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, le 10 novembre 1997, le Conseil arbitral des assurances sociales a débouté Michèle M. du recours par elle interjeté contre une décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents du 26 mai 1997 ayant confirmé une décision présidentielle du 27 mars 1997 laquelle a refusé la prise en charge du décès de l'époux de la requérante, Michel S., survenu le 15 février 1997 au motif qu'il n'est pas en relation causale avec l'activité assurée.

De cette décision Michèle M. a régulièrement relevé appel par requête entrée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 19 décembre 1997.

Par réformation de la décision entreprise elle conclut à voir dire «que l'accident survenu à Monsieur Michel S. le 15 février 1997 constitue un accident du travail» et à voir renvoyer l'affaire devant la commission des rentes pour fixation des prestations.

L'appelante relève d'abord qu'il est constant en cause que Michel S. est décédé sur le lieu de son travail du fait d'un infarctus qu'il a subi pendant les heures de travail, qu'il s'agit bien d'un accident professionnel, les conditions de l'article 92 du Code des assurances sociales étant remplies et tout accident qui se produit à l'occasion du travail étant en outre présumé être un accident du travail, sauf à l'organisme de sécurité sociale à rapporter la preuve que l'atteinte au corps humain est exclusivement due à une cause étrangère à l'emploi assuré.

Citant la motivation retenue par le Conseil arbitral des assurances sociales (« que de l'avis du médecin-conseil du Conseil arbitral, donné sur base de l'étude des pièces du dossier et notamment du rapport d'autopsie que l'assuré était atteint de lésions dégénératives vasculaires artério-scléreuses extrêmement graves ayant entraîné un infarctus massif du myocarde, lesquelles lésions artério-scléreuses extrêmement

marquées ont été le facteur prépondérant dans la cause du décès et que l'infarctus aurait pu se produire aussi bien au repos et à la maison et aurait donc pu se produire à tout moment de l'activité quotidienne de l'assuré») Michèle M. conteste le bien-fondé de la dernière considération.

Elle fait valoir qu'il ne résulte d'aucun élément du dossier que l'infarctus que Michel S. a subi était imminent et qu'il se serait de toute façon produit ce jour-là même s'il n'avait pas fait les efforts extraordinaires sur son lieu de travail, que Michel S. a été soumis, tant les jours ayant précédé l'accident que le jour même à un rythme de travail ainsi qu'à des conditions de travail extrêmement pénibles ayant requis l'accomplissement d'efforts extraordinaires, que cet état des choses a certainement été la cause déterminante se trouvant à l'origine de la crise cardiaque fatale subie par Michel S. ce jour-là.

L'intimée conclut à la confirmation de la décision de première instance.

Reconnaissant l'existence d'une présomption de responsabilité à sa charge, l'Association d'assurance contre les accidents estime avoir rapporté la preuve d'une cause étrangère, à savoir un état pathologique préexistant.

Elle fait plaider que l'accident s'est produit par hasard sur le lieu de travail et que l'activité professionnelle de Michel S. n'a pas contribué de façon aggravante à l'état de l'assuré.

Suivant déclaration faite par la société employeuse MEGA TRAX à l'Association d'assurance contre les accidents, Michel S. est décédé le 15 février 1997 à 8,15 heures sur un chantier à Volmerange-les-Mines (F), il s'est effondré, ceci suite à une crise cardiaque et est décédé sur place.

Le certificat de décès fut établi par le docteur Michel Rebstock de Volmerange-les-Mines.

A la demande de l'Association d'assurance contre les accidents une autopsie médicale fut faite par le docteur Stéphan Kowalski de Metz.

Dans la conclusion de son rapport déposé le 24 mars 1997 le médecin retient: «L'examen autopsique de Monsieur S. a révélé l'existence de lésions dégénératives vasculaires artério-scléreuses extrêmement marquées. L'examen du coeur a révélé l'existence d'une sténose totale de l'artère coronaire gauche à 1,5 cm de son origine ayant entraîné un infarctus massif du myocarde. Cet infarctus a été la cause du décès de monsieur S..»

Aux termes de l'article 92, alinéa premier du Code des assurances sociales: «On entend par accident professionnel celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail».

Sur base des conclusions prises par l'intimée: il y a lieu de retenir que celle-ci ne conteste pas la présomption d'imputabilité dont la jurisprudence fait bénéficier la victime qui, si elle doit apporter la preuve d'une lésion au temps et au lieu de travail, se trouve, en revanche, dispensée de la charge de la preuve des éléments constitutifs de l'accident du travail. (cf. JCL Sécurité sociale, Accidents du travail, fasc. 310, nos 99 s., 107s.).

Il est constant en cause que le décès de Michel S. est survenu sur le lieu et pendant le temps de travail de celui-ci, donc à l'occasion du travail.

Il est dès lors 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. (cf. Cass. no. 16/93, 22 avril, 1993, no. 1035 du registre).

Une affection pathologique préexistante - l'existence de lésions dégénératives vasculaires artério-scléreuses extrêmement marquées et l'existence d'une sténose totale de l'artère coronaire gauche - est établie par le rapport relatif à l'autopsie médicale.

Faisant valoir que s'il y a eu pathologie préexistante, les efforts que Michel S. a dû faire et les conditions de travail auxquelles il était exposé ont été la cause déterminante du décès, l'appelante verse une attestation testimoniale délivrée par Patrick M., chef de chantier et proche collaborateur de Michel S. au sein de l'entreprise MEGA TRAX, le dix octobre 1997 et qui est de la teneur suivante:

«Le samedi 15 février 1997 Monsieur Michel S. est arrivé sur le chantier à 7,30 heures; après avoir salué le personnel présent il a pris la direction du lieu de déchargement des camions éloigné d'environ 800 m. Les déplacements à pied sur le chantier étaient rendus pénibles suite aux conditions atmosphériques (fortes précipitations des jours précédents). L'eau et la terre mélangées formaient une boue où l'on enfonçait jusqu'à la hauteur des bottes. C'est avec difficultés dans ces conditions qu'il gravit le talus le séparant encore de la décharge. Il fit encore quelques dizaines de mètres avant de s'écrouler terrassé. Le chauffeur d'un camion le découvrit plusieurs minutes après, étendu face contre terre dans la boue.

Professionnellement les semaines précédentes ont été difficiles pour lui, notamment le week-end du 8 au 9 février où pour des raisons techniques il dut travailler durant deux postes [?] de 8 heures chaque jour. Le voyant régulièrement pendant cette période, il me faisait part du mal qu'il avait pour récupérer tant au point de vue physique qu'au niveau de la gestion du stress engendré par son travail.»

Si dans son avis le médecin-conseil du Conseil arbitral a noté que «l'infarctus du myocarde est un événement plurifactoriel et la marche à pied, même sur un terrain boueux, ne peut être considéré comme un risque de travail particulier», il n'a d'abord pas pour autant exclu cet effort comme cause, sinon comme cause partielle de l'infarctus du myocarde. Il n'a pour le surplus pas pris position quant au surmenage professionnel de Michel S. durant les semaines ayant précédé son décès et tel que décrit par le témoin M.

Face aux circonstances dans lesquelles Michel S. est décédé et aux conditions de travail auxquelles il était confronté, non seulement le jour même de son décès, mais déjà depuis un certain temps l'ayant précédé et ayant requis de sa part l'effort de supporter le stress, et ce des semaines durant et sans interruption pendant le du 8 au 9 février, ainsi que le déploiement de forces physiques intensives pour le déplacement sur le terrain du chantier très boueux, l'intimée reste en défaut de rapporter la preuve que le décès est dû à une cause totalement étrangère au travail. (cf. JCL Sécurité sociale, Accidents du travail, fasc. 310, nos 107, 108, 119; CSAS, no 147/93 du 27 octobre 1993 Kisch c/AAA; CSAS No 92/93 du 26 mai 1993 Corthouts c/AAA).

Il s'ensuit que par réformation du jugement entrepris il y a lieu de dire que le décès de Michel S. est la suite d'un accident de travail subi par le défunt le 15 février 1997 et donnant lieu à indemnisation par l'intimée.

Par ces motifs,  
statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit fondé, réformant:  
dit que le décès de Michel S. est la suite d'un accident de travail subi par le défunt le 15 février 1997 et donnant lieu à indemnisation par la partie intimée,  
renvoie l'affaire devant la commission des rentes pour la fixation des prestations revenant à Michèle M..

---

9

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**27 mai 1998**

*En présence d'une victime atteinte avant l'accident d'un état pathologique occasionnant une incapacité de travail, le taux d'incapacité à prendre en considération pour le calcul de la rente est seulement celui qui est afférent à l'incapacité résultant de l'accident. L'incapacité préexistante peut être prise en considération après l'accident du travail sans qu'il soit nécessaire qu'elle ait été constatée et mesurée avant. Encore faut-il pour que l'on puisse évoquer une incapacité de travail préexistante pour en soustraire le taux de celui de l'incapacité globale que l'état de la victime se soit stabilisé avant l'accident du travail, la notion d'incapacité de travail étant liée à celle de stabilisation ou de consolidation.*

*En l'espèce, le Conseil supérieur juge que ni les conclusions du médecin-conseil du Conseil arbitral ni les autres éléments qui sont en sa possession ne permettent de dire si l'état pathologique préexistant relevé par le médecin-conseil entraînait ou non avant l'accident une incapacité susceptible d'être déduite de l'IPP et nomme un expert chargé notamment de dire si les lésions préexistantes relevées par le médecin-conseil du Conseil arbitral dans ses conclusions entraînaient une incapacité de travail avant l'accident.*

**W. c/AAI**

No du reg.: G 185/97 No: 124/98

**Arrêt**

Par requête déposée le 21 novembre 1997, W. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 20 octobre 1997 par le Conseil arbitral des assurances sociales entre lui-même et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, jugement qui, statuant sur ses recours dirigés contre deux décisions de la commission des rentes des 24 mars 1997 et 30 juin 1997 ayant confirmé les décisions de l'Association d'assurance contre les accidents des 9 décembre 1996 et 6 mars 1997 qui avaient, l'une refusé la prise en charge d'une interruption de travail du 11 septembre 1996 au 28 février 1997, d'une cure thermique à , du transport en taxi du domicile du requérant à Mondorf-les-Bains et de l'arthrotomie réalisée le 8 novembre 1996 par le professeur Aubriot, l'autre alloué à André W. une rente transitoire partielle de 12 % du 9 avril 1995 au 31 janvier 1997 et une rente, transitoire partielle de 6 % du 1er février 1997 au 31 mars 1997, rente commuée en

rente viagère de 6 % à partir du 1er avril 1997, a dit que l'interruption du travail, la cure thermale, le transport en taxi et l'arthrotomie du professeur Aubriot sont à charge de l'Association d'assurance contre les accidents et que André W. avait droit à une rente de 15 % à titre transitoire du 9 avril 1995 au 10 septembre 1996 et à la rente plénière du 11 septembre 1996 au 28 février 1997 tout en confirmant le premier jugement en ce qu'il a fixé le taux de la rente viagère à 6 % à partir du 1er avril 1997, le taux de la rente transitoire ayant été maintenu à 6 % pour la période du 1er mars 1997 au 31 mars 1997.

L'appelant demande au Conseil supérieur des assurances sociales de fixer, par réformation de la décision entreprise, le taux de la rente transitoire à 30 % pour la période du 1er au 31 mars 1997 et de lui allouer une rente viagère de 20 % au minimum à partir du 1er avril 1997 sinon d'instituer une expertise médicale.

L'intimée conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Selon une jurisprudence constante lorsqu'un accident du travail entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant n'occasionnant pas lui-même d'incapacité, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation doit être prise en charge au titre de la législation sur les accidents du travail ( Cass. soc., 6 juillet 1961: Bull.civ. IV, no 739 - 5 mars 1964: Bull. civ. IV, no 208 14 avril 1976 13 janvier 1977 - 2 novembre 1989 : Bull. civ. V, no 643)

Lorsque l'on se trouve, au contraire, en présence d'une victime atteinte avant l'accident d'un état pathologique occasionnant une incapacité de travail, le taux d'incapacité à prendre en considération pour le calcul de la rente est seulement celui qui est afférent à l'incapacité résultant de l'accident ( Cass. soc., 13 janvier 1996: Bull. civ. IV, no 44 ).

L'incapacité préexistante peut être prise en considération après l'accident du travail sans qu'il soit nécessaire qu'elle ait été constatée et mesurée avant. Encore faut-il pour que l'on puisse évoquer une incapacité de travail préexistante pour en soustraire le taux de celui de l'incapacité globale que l'état de la victime se soit stabilisé avant l'accident du travail: la notion d'incapacité de travail est liée à celle de stabilisation ou de consolidation.

Le médecin-conseil du Conseil arbitral sur les conclusions duquel les premiers juges se sont basés pour maintenir le taux de la rente transitoire à 6% pour la période du 1er au 31 mars 1997 et celui de la rente viagère à 6 % à partir du 1er avril 1997 a, dans la fixation des différents taux d'invalidité, tenu compte de lésions d'arthrose préexistantes, rejoignant sur ce point le docteur Marc, médecin-conseil de l'Administration du contrôle médical de la sécurité sociale qui après avoir dans son avis médical du 28 janvier 1997 fixé le taux d'invalidité à 12 % a le 21 février 1997 ramené ce taux à 6 % compte tenu de l'état pathologique préexistant du demandeur.

Ni les conclusions du médecin-conseil du Conseil arbitral ni les autres éléments qui sont en la possession du Conseil supérieur des assurances sociales ne permettent de dire si l'état pathologique préexistant relevé par le médecin-conseil entraînait ou non avant l'accident une incapacité susceptible d'être déduite de l'IPP.

Il échet dès lors avant tout autre progrès en cause de faire droit à la demande subsidiaire de André W. et de nommer avant tout autre progrès en cause un expert avec la mission plus amplement détaillée au dispositif du présent arrêt.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, avant tout autre progrès en cause, nomme expert le docteur René , avec la mission de décrire dans un rapport motivé et détaillé les séquelles dont souffre André W. suite à l'accident du travail du 20 mars 1995 et d'évaluer l'incapacité de travail transitoire qui en est résultée pendant la période du 1er au 31 mars 1997 et le taux de la rente permanente à partir du 1er avril 1997 compte tenu de ses constatations personnelles et des éléments du dossier administratif,

- de dire si les lésions d'arthrose préexistantes relevées par le médecin-conseil du Conseil arbitral dans ses conclusions entraînaient une incapacité de travail avant l'accident,
- dans l'affirmative de tenir compte dans l'évaluation des taux, d'incapacité uniquement de l'incapacité supplémentaire résultant de l'accident du travail, à l'exclusion de celle due à, l'état pathologique préexistant du requérant,
- dans la négative au cas où les lésions d'arthrose préexistantes n'ont eu aucune incidence, sur la capacité de travail de André W. avant l'accident d'évaluer les taux d'incapacité en tenant compte de l'incapacité globale sans en réduire le taux en raison de l'état pathologique préexistant;

10

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**21 octobre 1998**

*Lorsqu'un accident de travail entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant n'occasionnant pas lui-même d'incapacité, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation doit être prise en charge. Lorsqu'on se trouve, au contraire, en présence d'une victime atteinte avant l'accident d'un état pathologique occasionnant une incapacité de travail, le taux d'incapacité à prendre en considération pour le calcul de la rente est seulement celui qui est afférent à l'incapacité résultant de l'accident.*

*En l'espèce, comme l'appelant souffrait régulièrement de lombalgies rebelles antérieurement à l'accident du travail dont il a été victime et qu'il a été déclaré incapable de travailler de ce chef à plusieurs reprises, il échet de ne prendre en considération que l'incapacité de travail résultant directement de l'accident.*

**B. c/AAI**

No du reg.: G 52/98 No: 191/98

**Arrêt**

Par requête du 22 avril 1998, Stéphane B. a régulièrement relevé appel d'un jugement contradictoirement rendu le 9 mars 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant irrecevable le recours dirigé contre la décision présidentielle du 21 mai 1997 et non fondé celui dirigé contre la décision de la commission des rentes du

22 septembre 1997, qui avait fixé à 15% le taux d'une rente transitoire et viagère qui lui fut allouée suite à un accident de travail du 20 mai 1996.

L'intéressé verse à l'appui de son recours deux certificats du docteur Kinzinger ainsi que le protocole de l'examen radiologique pratiquée par le docteur Daxhelet.

Il conclut principalement à l'institution d'une expertise afin de voir déterminer son état de santé actuel; il demande subsidiairement l'octroi d'une rente plus élevée.

Insistant sur la nécessité de faire la ventilation entre l'état pathologique antérieur de l'appelant et les suites résultant directement de l'accident de travail en question, la partie intimée conclut à la confirmation du jugement entrepris, tout en s'opposant à l'institution d'une expertise.

Lorsqu'un accident de travail entraîne l'aggravation d'un état pathologique préexistant n'occasionnant pas lui-même d'incapacité, la totalité de l'incapacité de travail résultant de cette aggravation doit être prise en charge. Lorsqu'on se trouve, au contraire, en présence d'une victime atteinte avant l'accident d'un état pathologique occasionnant une incapacité de travail, le taux d'incapacité à prendre en considération pour le calcul de la rente est seulement celui qui est afférent à l'incapacité résultant de l'accident.

Il ressort en l'espèce de l'avis médical du 17 mars 1997 que l'appelant souffre régulièrement de lombalgies rebelles depuis 1993 et qu'il a été déclaré incapable de travailler de ce chef à plusieurs reprises.

Comme les problèmes lombaires de Stéphane B. existent depuis plusieurs années et comme ils ont entraîné par le passé des arrêts de travail certes limités dans le temps, il échet de ne prendre en considération que l'incapacité de travail résultant directement de l'accident du 20 mai 1996. Ce taux ne saurait, d'après les avis médicaux objectifs du dossier, dépasser 15%. Ces avis sont confirmés par le rapport du professeur A. VINCENT de l'Université de Louvain, qui déclare qu'aucun élément du dossier ne suggère l'explication des plaintes de l'appelant.

En présence des conclusions formelles du médecin-conseil de la juridiction inférieure, il n'y a pas lieu de recourir aux lumières d'un expert.

Il suit des développements qui précèdent que l'appel est à déclarer non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience,

reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, confirme le jugement du 9 mars 1998.

---

11

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**21 octobre 1998**

*En cas d'infirmités multiples résultant d'un même accident, plutôt que d'additionner simplement le taux de chaque lésion et de risquer ainsi de dépasser le plafond de 100%, il convient d'appliquer une autre formule consistant à considérer en premier lieu l'infirmité la plus importante et d'appliquer sur l'incapacité restante le taux de la deuxième infirmité et ainsi de suite. Cette règle de calcul dite de Balthazard tient davantage compte de la capacité restante réelle et évite l'application de taux d'incapacité largement surfaits*

**P. c/AAI**

G 57/98 No: 188/98

**Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 30 avril 1998, P. Roger Maurice a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 24 mars 1998 dans la cause pendante entre lui et l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, reçoit le recours en la forme; au fond en déboute.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 7 octobre 1998, à laquelle le rapporteur désigne, Madame Joséane Schroeder, fit l'exposé de l'affaire.

Maître Marc Kauten, pour l'appelant, conclut en ordre principal à la reconnaissance de l'aggravation de l'incapacité de travail et à l'octroi d'un taux de rente de 100%, en ordre subsidiaire, il conclut à l'institution d'une expertise médicale.

Monsieur Georges Kohn, pour l'intimée, conclut en ordre principal à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 24 mars 1998; en ordre subsidiaire il s'opposa à l'institution d'une expertise médicale.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Par requête déposée le 30 avril 1998 au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales, Roger Maurice P. a interjeté appel contre une décision du Conseil arbitral des assurances sociales du 24 mars 1998 qui a rejeté le recours exercé par Roger Maurice P. contre une décision de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, du 30 juin 1997 qui avait fixé à 49,5% le taux d'une rente transitoire pour la période du 1er novembre 1996 au 30 novembre 1996 et d'une rente viagère accordée à partir du 1er décembre 1996 du chef d'un accident du travail dont Roger Maurice P. fut victime le 8 novembre 1995 et qui avait refusé la prise en charge de l'interruption du travail du 1er novembre 1996 au 30 novembre 1996.

Le premier juge a rejeté le recours de Roger Maurice P. en se basant sur l'avis du médecin-conseil du Conseil arbitral qui estimait que l'interruption du travail pour la

période du 1er au 30 novembre 1996 n'était pas à charge de l'Association d'assurance et que le taux d'incapacité fixé était correct.

Dans sa requête d'appel l'appelant conclut en ordre principal à la prise en charge de son interruption de travail du 1er au 30 novembre 1996 par l'Association d'assurance contre les accidents ainsi qu'à la fixation de son taux d'incapacité à 100%. Il verse en cause de nouveaux certificats médicaux émanant des docteurs J. Tonneau, P. et Lippert-Kemp.

En ordre subsidiaire, il sollicite l'institution d'une nouvelle expertise médicale.

L'intimée Association d'assurance contre les accidents conclut à la confirmation de la décision arbitrale.

Il échet tout d'abord de confirmer la décision du premier juge en ce qui concerne le refus de prise en charge de l'interruption du travail du 1er au 30 novembre 1996 par l'Association d'assurance contre les accidents. En effet, Roger Maurice P. bénéficie d'une rente d'invalidité dont le début a été fixé au 8 novembre 1995, de sorte que la période litigieuse se trouve couverte et qu'il n'y a pas lieu à prise en charge par l'Association d'assurance contre les accidents.

Pour ce qui est du taux d'incapacité de Roger Maurice P., il échet de se référer au rapport médical établi le 18 septembre 1996 par le professeur Jean Auque de Nancy. Le professeur Jean Auque y avait exposé en détail toutes les séquelles dont souffre Roger Maurice P. suite à l'accident du travail du 8 novembre 1995 dont ce dernier a été victime. L'expert avait notamment appliqué un taux de 30% aux séquelles neurocognitives du traumatisme crânien, un taux de 15% à la surdité complète post-traumatique droite et un taux de 15% à la quadranopsie nasale supérieure de l'oeil gauche.

Le problème soumis actuellement au Conseil supérieur est celui des infirmités multiples résultant d'un même accident. Plutôt que d'additionner simplement le taux de chaque lésion et de risquer ainsi de dépasser le plafond de 100%, il convient d'appliquer une autre formule consistant à considérer en premier lieu l'infirmité la plus importante et d'appliquer sur l'incapacité restante le taux de la deuxième infirmité et ainsi de suite. Cette règle de calcul dite de Balthazard tient davantage compte de la capacité restante réelle et évite l'application de taux d'incapacité largement surfaits.

Au lieu de procéder à une addition arithmétique des trois taux d'incapacité, le professeur Jean Auque a appliqué la susdite règle de Balthazard et est arrivé à un taux global de 49,5%, taux qui a également été retenu par le médecin-conseil du Conseil arbitral qui a repris les conclusions du professeur Jean Auque.

Ce taux, qui tient compte de façon adéquate des infirmités de l'appelant, n'a pas été énérvé par les certificats versés en cause par l'appelant. Dans ces conditions, l'offre de preuve par expertise, formée en ordre subsidiaire, est irrecevable, les faits offerts en preuve étant d'ores et déjà contredits par les éléments acquis en cause.

Il s'ensuit que l'appel est à déclarer non fondé et le jugement entrepris à confirmer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, déclare irrecevable l'offre de preuve par expertise judiciaire formulée par l'appelant, déclare l'appel non fondé, partant confirme le jugement entrepris.

---

12

**Conseil Supérieur des Assurances Sociales**  
**07 juillet 1999**

*Les employés des chemins de fer sont à ranger parmi les fonctionnaires et employés publics visés par l'arrêté grand-ducal du 8 mars 1961 concernant l'assurance obligatoire contre les accidents des fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de pension de retraite*

**S. Nicole, veuve S. André c/AAI**

No du reg.: GE 160/98 No: 112/99

**Arrêt**

Par requête du 23 décembre 1998, Nicole S.a régulièrement fait relever appel d'un jugement contradictoirement rendu le 16 novembre 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant non fondé son recours dirigé contre une décision de la commission des rentes du 26 mai 1997.

Suite au décès d'André S., employé de la Société nationale des chemins de fer luxembourgeois, grièvement blessé lors d'un accident de travail du dix - huit juillet 1996, l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, avait refusé de payer à l'actuelle appelante une rente au motif que la pension de survie payée à Nicole S.par l'ancien employeur de son mari était supérieure au plafond fixé par l'arrêté grand - ducal du 8 mars 1961, disposition qui permet le cumul de la rente de survivant avec une pension à condition qu'elle ne dépasse pas les deux tiers du traitement de référence servant de base au calcul de la pension pour la veuve.

L'appelante expose à l'appui de son recours que le régime applicable aux agents salariés CFL en matière d'assurance - accidents est régi par l'article 85 du Code des assurances sociales de sorte que le calcul du cumul des rentes lui revenant devait se faire selon les critères contenus aux articles 102 à105 du prédit code et non selon ceux fixés par l'arrêté grand - ducal du 8 mars 1961, qui ne serait pas applicable en l'espèce. Elle conclut à la réformation du jugement entrepris.

La partie intimée demande l'application combinée de l'article 95 du Code des assurances sociales et de l'arrêté grand - ducal du 8 mars 1961, concluant à la confirmation du premier jugement.

Il échet de relever que la décision du Président de l'Association d'assurance contre les accidents du 19 mars 1997 et celle de la commission des rentes du 26 mai 1997 se situent avant l'entrée en vigueur de la loi du 17 novembre 1997 qui a modifié entre autres les articles 85 et 95 du Code des assurances sociales. Il faut donc s'en tenir aux

textes en vigueur au moment des susdites décisions. Les anciens articles 85 et 95 semblent contradictoires et contenir des dispositions incompatibles entre elles. Cette contradiction fut accentuée par plusieurs sous - titres du chapitre premier du livre II du code, sous - titres que le législateur de 1997 n'a plus maintenu tout en modifiant sensiblement les articles 85 et 95.

L'article 85, ancienne version, précise que les exploitations des chemins de fer, dont les employés bénéficient d'un statut particulier, sont à considérer comme des entreprises industrielles et comme telles soumises à l'assurance obligatoire. L'article 95 ancien semble dispenser de l'assurance obligatoire les fonctionnaires et employés d'établissements publics ou d'utilité publique. Or en réalité, il n'en est rien. Il y est seulement précisé que le personnel des établissements en question, parmi lesquels il faut ranger les chemins de fer, sont assurés dans des conditions et modalités à déterminer plus tard par règlement d'administration publique. Le principe de l'assurance obligatoire prévu à l'article 85 n'est donc pas mis en cause; seules les conditions et modalités de l'assurance obligatoire pour certaines catégories d'employés sont visées.

Depuis la loi du 24 mai 1954, aucun règlement n'intervint pour les fonctionnaires et employés publics jusqu'en 1961. Pendant ce temps, les modalités des rentes à verser en cas d'accident à cette catégorie d'assurés étaient déterminées par les articles 102 et suivants du code. Un changement intervint en 1961, l'arrêté grand - ducal du 8 mars 1961 fixant dorénavant les conditions de l'assurance obligatoire des fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de pension de retraite, ainsi que les conditions d'un cumul de la rente de survivant avec une pension de retraite.

Comme les employés des chemins de fer sont à ranger parmi les fonctionnaires et employés publics jouissant d'un régime spécial de pension de retraite, c'est à bon droit que le Conseil arbitral a dit applicable en l'espèce le prédit arrêté grand - ducal du 8 mars 1961. C'est encore à bon droit que le paiement d'une rente de survivant fut refusé à Nicole Schlessler, le montant de la pension versée par l'ancien employeur de feu son mari étant supérieur au plafond fixé à l'article 4 du susdit arrêté grand - ducal.

Il suit des développements qui précèdent que le jugement entrepris est à confirmer.

Par ces motifs,

et ceux non contraires de la juridiction inférieure, le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, confirme le jugement du 16 novembre 1998.

---

13

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**09 décembre 1998**

*Le point de départ des indemnités revenant à l'assuré victime d'une maladie ou d'un accident professionnel est fixé par l'article 97 alinéa 5 du CAS. Il y est dit que la rente court à partir de la cessation de l'indemnité pécuniaire ou, à défaut de celle-ci, à partir du premier jour de l'incapacité de travail partielle. Cette disposition doit toutefois être mise en rapport avec celles contenues à l'article 149 du même code où il est dit d'une façon générale que toute personne qui prétend avoir droit à une indemnité non déterminée d'office par les organes de l'assurance accidents, doit, sous peine de déchéance, présenter sa réclamation dans un délai de trois ans à dater de l'accident. Ce délai de forclusion vaut également dans l'hypothèse, donnée en l'espèce, où les conséquences de l'accident n'ont pu être constatées qu'ultérieurement. Dans ce cas, la réclamation doit être faite endéans les trois ans de la constatation des suites de l'accident. En application de ces dispositions, l'assuré ne peut prétendre à des indemnités remontant dans le temps au-delà des 3 ans avant la date de réclamation.*

**AAI c/S. Marc Jean-Baptiste**

No du reg.: 678/98 No: 224/98

**Arrêt**

Marc S. fut blessé lors d'un accident de travail du 30 octobre 1985. Ce n'est que le 24 juillet 1995 qu'il a sollicité par l'intermédiaire de son employeur une rente pour incapacité de travail. Par jugement du 23 décembre 1996, le Conseil arbitral a dit que l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, était tenue d'admettre la demande du requérant en obtention d'une rente et il a renvoyé l'affaire devant la commission des rentes pour fixation du taux de la rente.

Suite à une expertise faite par le docteur Jules, qui a fixé le taux d'incapacité de travail du requérant à 35%, l'assurance accidents alloua à l'intéressé une rente transitoire de 35% à partir du 1er juillet 1995.

Marc S. accepta le taux de la rente, mais non son point de départ.

Affirmant que sa maladie, constatée médicalement sur le tard, existe depuis le traumatisme du 30 octobre 1985 et se basant sur les dispositions de l'article 97 alinéa 5 du Code des assurances sociales, il sollicita l'octroi d'une rente à partir du 30 octobre 1985 sinon à partir de la 14<sup>e</sup> semaine après son accident. L'assurance accidents invoqua les dispositions de l'article 149 alinéas 3 et 4 du prédit code pour fixer le point de départ de la rente au jour de la présentation de la demande.

Par jugement du 29 avril 1998, le Conseil arbitral a reçu en la forme le recours formé par Marc S. contre la décision de la commission des rentes du 22 septembre 1997 et l'a dit partiellement fondé. Réformant partiellement la décision attaquée, il a dit que le requérant a droit à une rente qui court à partir de la cessation de l'indemnité pécuniaire ou, à défaut de celle-ci, à partir du premier jour de l'incapacité de travail partielle. La juridiction inférieure a renvoyé l'affaire devant la commission des rentes pour fixer le début et le taux de la rente à allouer au requérant jusqu'au 30 juin 1995.

Par requête du 15 juin 1998, l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, a régulièrement relevé appel de ce jugement. Elle fait valoir à l'appui de son recours qu'on ne saurait admettre l'existence d'une maladie invalidante dans le chef du requérant depuis 1985 sans violer du même coup les dispositions de l'article 149 du CAS, qui exige, sous peine de déchéance, la présentation d'une réclamation dans un délai de trois ans à dater de l'accident ou de la constatation des suites de l'accident. Elle ajoute qu'en l'absence d'éléments objectifs au dossier, on ne saurait fixer le début de la rente à allouer au requérant qu'au jour du dépôt de sa demande. Elle conclut à la réformation du jugement entrepris et demande le rétablissement de la décision de la commission des rentes du 22 septembre 1997. Elle se déclare en ordre subsidiaire d'accord avec l'institution d'une expertise aux fins de fixation du point de départ de la rente.

Mettant l'accent sur le fait que le principe de la rente est acquis, l'intimé fait exposer que l'article 149 du CAS n'entre plus en ligne de compte pour la fixation du point de départ de sa rente. Se basant sur le seul article 97 du prédict code et affirmant que sa maladie existe depuis l'accident du 30 octobre 1985, il conclut à la confirmation du jugement attaqué, sinon à l'institution d'une expertise aux mêmes fins que ci - dessus indiquées.

Il échet de relever qu'il y a accord des parties au litige sur le taux de la rente revenant à Marc S.. C'est dès lors à tort que la juridiction inférieure a renvoyé le dossier à la commission des rentes pour la fixation de ce taux. Leur seul désaccord a trait au début de la rente. Le point de départ des indemnités revenant à l'assuré victime d'une maladie ou d'un accident professionnels est fixé par l'article 97 alinéa 5 du CAS. Il y est dit que la rente court à partir de la cessation de l'indemnité pécuniaire ou, à défaut de celle - ci, à partir du premier jour de l'incapacité de travail partielle. Cette disposition doit toutefois être mise en rapport avec celles contenues à l'article 149 du même code où il est dit d'une façon générale que toute personne qui prétend avoir droit à une indemnité non déterminée d'office par les organes de l'assurance accidents, doit, sous peine de déchéance, présenter sa réclamation dans un délai de trois ans à dater de l'accident. Ce délai de forclusion vaut également dans l'hypothèse, donnée en l'espèce, où les conséquences de l'accident n'ont pu être constatées qu'ultérieurement. Dans ce cas, la réclamation doit être faite endéans les trois ans de la constatation des suites de l'accident.

Il est acquis en cause que Marc S. a présenté sa réclamation le 24 juillet 1995. Il ne saurait donc prétendre, en application des dispositions légales précitées, à des indemnités remontant dans le temps au - delà du 24 juillet 1992. Pour ce qui est de la fixation du premier jour de l'incapacité de travail partielle du requérant, le Conseil supérieur constate que parmi les nombreux certificats médicaux versés en cause, aucun ne remonte au - delà du 7 juillet 1995. A cela s'ajoute qu'aucune de ces pièces ne fait état d'une maladie ayant entraîné pour le requérant une incapacité de travailler.

Dans son rapport du 14 mai 1996, le docteur Hastert expose certes dans le chapitre « rappel des faits » qu'environ 6 mois après l'accident, des phénomènes dépressifs se sont installés, qui ont entraîné plusieurs arrêts de travail d'une durée de quelques mois. Il échet de relever qu'il s'agit - là de renseignements donnés au médecin par l'intimé, non vérifiés par l'homme de l'art. D'autre part, les faits en question, fussent - ils établis, ne sauraient être pris en considération pour se situer en dehors de la période susmentionnée allant du 24 juillet 1992 au jour de la demande de Marc S..

Dans le rapport du docteur Molitor du 10 mai 1997, on lit que l'intimé a consulté au courant des dix dernières années de nombreux médecins pour troubles somatiques s'accompagnant d'une forte composante psychique. Il n'est affirmé nulle part que ces troubles aient entraîné une incapacité de travailler dans le chef du requérant. L'expert relève seulement qu'une rechute des troubles psychologiques s'est déclarée lors de l'évasion de prison de son agresseur et que l'intimé a dû arrêter le travail.

Il n'est pas précisé quand cet arrêt de travail s'est produit ni quelle fut sa durée.

Il est un fait que l'auteur de l'agression de Marc S. s'est évadé le 29 mai 1995, donc peu de temps avant la présentation de la demande de la victime. Faute d'éléments objectifs au dossier établissant l'existence d'une maladie invalidante avant le 1er juillet 1995, il échet de dire que l'intimé n'a pas droit à une rente débutant avant cette date. Il n'y a pas lieu de recourir à l'institution d'une expertise supplémentaire, pareille mesure n'étant pas de nature à donner des résultats concluants treize ans après le traumatisme de Marc S. et trois ans après sa demande en obtention d'une rente.

Il suit des développements qui précèdent que l'appel est fondé et que le jugement entrepris est à réformer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant, dit que Marc S. n'a droit du chef de l'accident du 30 octobre 1985 à des prestations qu'à partir du 1er juillet 1995

---

14

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**09 juin 1999**

*Le droit d'agir en justice n'existe que si le demandeur justifie d'un intérêt légitime, né et actuel, direct et personnel au moment où il forme une demande en justice. Si ces conditions ne sont pas remplies, la demande est à déclarer irrecevable pour défaut d'intérêt à agir.*

*L'article 9 du code des assurances sociales dispose qu'en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie, qui est calculée par référence à la rémunération brute que l'assuré aurait gagnée en cas de continuation du travail. L'article 97 du même code, traitant de l'assurance accidents, dispose que l'assuré a droit entre autres à une indemnité pécuniaire, qui est calculée comme en matière d'assurance maladie.*

*L'assuré dont l'interruption de travail a été indemnisée par la caisse de maladie des ouvriers n'a plus d'intérêt à agir.*

**L. Rasim c/AAI**

No du reg.: G 164/98 No: 88/99

**Arrêt**

Par requête du 29 décembre 1998, Rasim L. a régulièrement fait relever appel d'un jugement contradictoirement rendu le 24 novembre 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, le déboutant de son recours dirigé contre une décision de la commission des rentes du 29 juin 1998.

Il expose avoir subi le 6 mars 1998 une intervention chirurgicale et sollicite sur base du certificat du docteur W. du 23 avril 1999 la prise en charge de l'interruption de travail du 6 au 23 mars 1998, sinon en ordre subsidiaire l'institution d'une expertise médicale.

L'intimée fait valoir que l'appelant a touché des prestations pour la période litigieuse de la part de la caisse de maladie de sorte qu'il n'a plus d'intérêt à agir. Elle conclut de ce fait à l'irrecevabilité de l'appel.

Le droit d'agir en justice n'existe que si le demandeur justifie d'un intérêt légitime, né et actuel, direct et personnel au moment où il forme une demande en justice. Si ces conditions ne sont pas remplies; la demande est à déclarer irrecevable pour défaut d'intérêt à agir.

L'article 9 du Code des assurances sociales dispose qu'en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie, qui est calculée par référence à la rémunération brute que l'assuré aurait gagnée en cas de continuation de travail. L'article 97 du même code, traitant de l'assurance accidents, dispose que l'assuré a droit entre autres à une indemnité pécuniaire, qui est calculée comme en matière d'assurance maladie.

Il ressort en l'espèce d'une attestation établie le 19 mai 1999 par la Caisse de maladie des ouvriers que l'appelant a touché d'elle des indemnités pécuniaires pour la période du 6 au 23 mars 1998.

Comme L. a été intégralement indemnisé, il n'a plus intérêt à agir de sorte que l'appel est à déclarer irrecevable.

Par ces motifs,

Le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur- magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, dit l'appel de Rasim L. irrecevable.

---

15

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**10 novembre 1999**

*Est à rejeter comme tardive la demande d'indemnisation présentée par un intéressé atteint d'une tuberculose pulmonaire trente ans après le début de sa maladie. Celui-ci aurait dû réagir dans un délai de trois ans à partir de son admission à un Sanatorium pour une période de six mois, période pendant laquelle sa capacité de travail était nulle et les conséquences de sa maladie sur sa capacité de travail s'étaient déjà manifestées.*

**AAI c/R. Norbert**

No du reg.: GE 31/99 No: 153/99

**Arrêt**

Par requête du 19 février 1999, l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, a régulièrement relevé appel d'un jugement contradictoirement rendu le 5 janvier 1999 par le Conseil arbitral des assurances sociales, disant, par réformation de la décision de la commission des rentes du 26 mai 1997, que la responsabilité de l'Association d'assurance est engagée et renvoyant le dossier devant le prédit organisme en vue de la fixation du taux de l'incapacité de travail résultant de la maladie professionnelle dont Norbert R. est atteint.

L'appelante conteste toute relation entre la profession exercée par l'intimé à l'Hôpital Neuropsychiatrique à Ettelbruck et son affection pulmonaire. Elle renvoie dans ce contexte à un certificat établi par le docteur Jean F. duquel il ressort que l'intimé fut suivi au dispensaire à Ettelbruck au cours de l'année 1959 pour conclure au rejet de la demande de l'intéressé.

Elle fait valoir en second lieu que d'après le rapport d'expertise Muller les conséquences de la maladie de l'intimé sur sa capacité de travail auraient pu être constatées dès 1968 si bien que sa demande en indemnisation, présentée trente ans plus tard, est à rejeter pour tardiveté.

Norbert R. se rapporte à l'expertise Muller pour établir l'origine professionnelle de sa maladie. Pour ce qui est du délai de trois ans prévu à l'article 149 alinéa 2 du Code des assurances sociales dans lequel une demande en obtention d'indemnités doit être présentée sous peine de déchéance, il expose avoir continué à travailler normalement malgré sa maladie jusqu'à 1997, ajoutant que les conséquences de sa maladie sur sa capacité de travail ne se sont manifestées que le jour de sa mise à la retraite, soit le premier janvier 1997, si bien que le point de départ du délai de trois ans susmentionné se situerait à cette date et non au moment de la découverte de sa maladie.

Il conclut à la confirmation du jugement attaqué.

Le Conseil supérieur constate que la juridiction inférieure a failli à sa mission qui était d'examiner si les conditions prévues à l'article 149 du Code des assurances sociales, article pourtant cité dans la décision de l'appelante du 4 avril 1997, sont remplies ou non.

Ces conditions sont au nombre de deux, à savoir l'origine professionnelle de la maladie dont est atteint l'assuré et la présentation de la demande en obtention d'indemnités dans un délai de trois ans à dater de l'accident ou par analogie du début de la maladie. En cas de circonstances particulières, le point de départ du prédit délai peut se situer plus tard.

L'origine professionnelle de la maladie dont est atteint l'intimé ne fait pas de doute. L'expert Muller, qui était en possession de tous les éléments du dossier, donc également du certificat du docteur F., est formel à ce sujet.

Pour ce qui est du point de départ de l'incidence de la maladie sur la capacité de travail de Norbert R., l'expert relève qu'un examen radiographique effectué le 16 novembre 1967 a mis en évidence une tuberculose pulmonaire bilatérale. Ce fait est confirmé par la demande de l'intéressé en obtention d'indemnités. Il en ressort notamment que l'intimé, atteint d'une tuberculose pulmonaire, fut admis au Sanatorium à Vianden pendant six mois au cours des années 1967 et 1968. Pendant ce séjour à Vianden, l'intimé n'a évidemment pas travaillé. Sa capacité de travail était donc nulle pendant cette période. Les conséquences de sa maladie sur sa capacité de travail se sont donc manifestées dès le début de son séjour à Vianden.

R. aurait donc dû réagir dans un délai de trois ans à partir de son admission au Sanatorium.

Comme Norbert R. a pu se rendre compte de suite des conséquences de sa maladie sur sa capacité de travail et comme il n'a pas affirmé avoir été dans l'impossibilité de formuler sa demande dans le délai prévu par la loi, celle présentée trente ans après le début de sa maladie est à rejeter pour être tardive.

Il suit des développements qui précèdent que le jugement entrepris est à réformer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant, déclare tardive la demande de Norbert R. et la rejette.

---

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**13 mai 1998**

*Aux termes de l'article 1, alinéa 2, 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, la requête doit énoncer l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. En l'espèce la requête est muette quant aux moyens invoqués à l'appui du recours. Suivant l'article 20 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993, "pour autant que le présent titre ne prévoit pas de disposition spécifique, les règles de procédure civile devant les justices de paix sont applicables". Comme la requête prévue à l'article 1er dudit règlement grand-ducal, la citation devant le juge de paix doit énoncer sommairement l'objet et les moyens de la*

demande, sans que l'absence ou l'insuffisance de ces mentions soit sanctionnée par une nullité textuelle.

*Suivant l'article 1030 du code de procédure civile, aucun exploit ou acte de procédure ne pourra être déclaré nul, si la nullité n'en est pas formellement prononcée par la loi. Les nullités d'ordre public doivent être prononcées d'office bien que la loi ne les prononce pas formellement. En outre il convient de faire une distinction entre les formalités substantielles et celles qui ne le sont pas. Ainsi l'omission des formalités substantielles d'un acte emporte nullité, bien que la loi ne l'ait pas exprimé. Sont qualifiées de formes substantielles, celles qui sont prescrites par une loi d'ordre public ou qui sont indispensables pour qu'un acte de procédure puisse remplir sa fonction et conserver encore quelque valeur. Le caractère substantiel est attaché dans un acte de procédure à ce qui tient à sa raison d'être et lui est indispensable pour remplir son objet. Dans le silence de la loi, il appartient au juge d'apprécier si l'absence d'une mention prévue par la loi est de nature à enlever à l'acte son caractère et son utilité, et doit être sanctionnée par la nullité.*

*En l'espèce, l'omission d'énoncer au moins sommairement les moyens de la demande constitue une irrégularité intrinsèque à l'acte, mais, étant prévue dans le seul intérêt de la partie adverse, cette mention n'a aucun caractère d'ordre public. En outre, si l'exigence de mentionner les moyens de la demande dans une citation devant le juge de paix ou dans une assignation devant le tribunal présente une utilité particulière c'est parce que l'indication des moyens permet à la partie défenderesse de préparer sa défense en justice. Or, l'indication des moyens ne présente plus le même intérêt dans la requête prévue à l'article 1er du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 étant donné que le recours exercé devant le Conseil arbitral a été précédé d'une procédure administrative au cours de laquelle une instruction détaillée des prétentions de l'assurée a été faite de sorte que l'assurance accidents, dont les organes compétents avaient statué à deux reprises sur la demande, était parfaitement renseignée sur les moyens de l'assurée et n'avait pas besoin d'une itérative énonciation des moyens dans la requête pour préparer sa défense devant le Conseil arbitral. Comme en l'occurrence l'indication des moyens invoqués à l'appui du recours est en fait dépourvue de toute utilité et comme par conséquent la requête, nonobstant l'absence de motivation, remplit néanmoins pleinement la fonction que le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 lui assigne, l'on ne saurait reconnaître un caractère substantiel à l'énonciation des moyens. Comme en l'espèce les conditions auxquelles la loi subordonne la nullité ne sont pas réunies, celle-ci ne peut être prononcée.*

### **C. c/AAI**

No du reg.: GE 205/97 No :117/98

### **Arrêt**

Par jugement rendu en date du 10 novembre 1997 le Conseil arbitral des assurances sociales a déclaré irrecevable le recours introduit par Marie-Thérèse C. contre la décision de la commission des rentes du 26 mai 1997 ayant par confirmation de la décision présidentielle du 25 mars 1997 refusé la prise en charge d'un nouveau pont en porcelaine.

Pour statuer comme ils l'ont fait les premiers juges ont dit que la requête introductive d'instance présentée par Marie-Thérèse C. ne satisfait pas aux exigences prescrites par l'article 1er du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 alors qu'elle ne contient pas de précisions suffisantes au sujet de l'objet du recours et n'est basée sur aucun moyen ou argument valable et précis pouvant être pris en considération et pouvant mettre le Conseil arbitral en mesure de procéder à un contrôle efficace de la décision attaquée et d'apprécier la nature et la portée des griefs que l'assurée croit pouvoir invoquer et qui sont à formuler dans la requête dans le délai prévu.

De ce jugement Marie-Thérèse C. a régulièrement relevé appel par requête déposée en date du 19 décembre 1997. Elle demande par réformation de la décision entreprise de déclarer son recours recevable et de renvoyer l'affaire en prosécution de cause devant les premiers juges.

L'intimée conclut à la confirmation du premier jugement.

Aux termes de l'article 1, alinéa 2, 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, la requête doit énoncer l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens.

En l'espèce la requête déposée en date du 13 juin 1997 est muette quant aux moyens invoqués à l'appui du recours.

Suivant l'article 20 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 prémentionné, "pour autant que le présent titre ne prévoit pas de disposition spécifique, les règles de procédure civile devant les justices de paix sont applicables".

Comme la requête prévue à l'article 1er règlement grand-ducal, la citation devant le juge de paix doit énoncer sommairement l'objet et les moyens de la demande, sans que l'absence ou l'insuffisance de ces mentions soit sanctionnée par une nullité textuelle.

Or, suivant l'article 1030 du code de procédure civile, aucun exploit ou acte de procédure ne pourra être déclaré nul, si la nullité n'en est pas formellement prononcée par la loi.

La formule «aucun exploit ou acte de procédure ne pourra être déclaré nul» s'entend des nullités intrinsèques qui viennent d'un acte mal rédigé. L'article 1030 du code de procédure civile est étranger aux nullités extrinsèques des actes qui tiennent au défaut d'intérêt, de qualité ou de capacité d'une partie ou encore à l'incompétence ou l'absence de pouvoir de l'officier ministériel qui a rédigé l'acte. En outre, les nullités d'ordre public doivent être prononcées d'office bien que la loi ne les prononce pas formellement. Enfin, il échet de faire une distinction entre les formalités substantielles et celles qui ne le sont pas. Ainsi l'omission des formalités substantielles d'un acte emporte nullité, bien que la loi ne l'ait pas exprimé. Sont qualifiées de formes substantielles, celles qui sont prescrites par une loi d'ordre public ou qui sont indispensables pour qu'un acte de procédure puisse remplir sa fonction et conserver encore quelque valeur ( cf. Code annoté Dalloz, T. 4, 1922, article 1030, No 9 et ss. ). Le caractère substantiel est attaché dans un acte de procédure à ce qui tient à sa raison d'être et lui est indispensable pour remplir son objet ( Cass. civ. 3 mars 1955, Gaz. Pal. 1955, 1, 426 ). En outre, dans le silence de la loi, il appartient au juge

d'apprécier si l'absence d'une mention prévue par la loi est de nature à enlever à l'acte son caractère et son utilité, et doit être sanctionnée par la nullité ( cf. Code annoté Dalloz, 1910 T. 1 article 1 no 9

En l'espèce, l'omission d'énoncer au moins sommairement les moyens de la demande constitue une irrégularité intrinsèque à l'acte, mais, étant prévue dans le seul intérêt de la partie adverse, cette mention n'a aucun caractère d'ordre public.

En outre, si l'exigence de mentionner les moyens de la demande dans une citation devant le juge de paix ou dans une assignation devant le tribunal présente une utilité particulière c'est parce que l'indication des moyens permet à la partie défenderesse de préparer sa défense en justice.

Or, l'indication des moyens ne présente plus le même intérêt dans la requête prévue à l'article 1er du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 étant donné que le recours exercé devant le Conseil arbitral a été précédé d'une procédure administrative au cours de laquelle une instruction détaillée des prétentions de l'assurée a été faite et qui a donné lieu d'abord à une décision présidentielle et, sur recours, à une décision de la commission des rentes, de sorte que la partie intimée dont les organes compétents avaient statué à deux reprises sur la demande était parfaitement renseignée sur les moyens de l'assurée et n'avait pas besoin d'une itérative énonciation des moyens dans la requête pour préparer sa défense devant le Conseil arbitral.

Il a ainsi été jugé à propos des irrégularités commises dans l'énonciation de l'objet de l'exploit que, dès lors qu'un défendeur sait, par la procédure de référé à laquelle il a été partie ainsi que par la signification du rapport de l'expert commis en référé faite dans le même exploit, que la citation devant le tribunal civil, en demandant qu'il soit statué sur ce rapport, tend nécessairement à la reconnaissance des responsabilités retenues audit rapport et à l'allocation de dommages et intérêts pour malfaçons chiffrées par celui-ci, il ne peut exciper de la nullité de cette citation comme ne contenant pas suivant les prescriptions de l'article 61 du code de procédure civile, l'objet de la demande.

A cela s'ajoute que le pouvoir exécutif en édictant le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 a entendu instituer une procédure simple et dépourvue de tout formalisme irritant.

Comme en l'occurrence l'indication des moyens invoqués à l'appui du recours est en fait dépourvue de toute utilité et comme par conséquent la requête, nonobstant l'absence de motivation, remplit néanmoins pleinement la fonction que le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 lui assigne, l'on ne saurait reconnaître un caractère substantiel à l'énonciation des moyens.

La partie qui soulève la nullité d'un acte de procédure, doit établir, outre le caractère substantiel de la formalité dont la violation n'est pas sanctionnée par une disposition expresse de la loi, le grief que l'irrégularité lui cause, et cela même si une formalité substantielle est en cause, l'article 173, alinéa 2, du code de procédure civile disposant qu'aucune nullité pour vice de forme des exploits ou des actes de procédure ne pourra être prononcée que s'il est justifié que l'inobservation de la formalité, même substantielle, aura pour effet de porter atteinte aux intérêts de la partie adverse

Il appartient à la partie qui soulève la nullité d'un acte de procédure de justifier des conditions de la nullité.

Comme en l'espèce les conditions auxquelles la loi subordonne, la nullité ne sont pas réunies, celle-ci ne peut être prononcée.

Il échet partant par réformation du jugement entrepris de déclarer le recours de Marie-Thérèse C. recevable.

Étant donné que la matière n'est pas en l'état actuel disposée à recevoir une décision définitive, il y a lieu de renvoyer l'affaire en prosécution de cause devant le Conseil arbitral des assurances

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant: déclare le recours de Marie-Thérèse C. recevable; renvoie l'affaire en prosécution de cause devant le Conseil arbitral des assurances sociales, autrement composé

---

17

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**21 juin 1999**

*Le règlement grand - ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes - prévoyant que l'autorité administrative s'estimant saisie transmet sans délai la demande à l'autorité compétente en avisant le demandeur et que les différents délais de procédure et de recours sont observés lorsque l'administré s'est adressé en temps utile à l'autorité incompétente - est inapplicable aux juridictions qui, suite à leur saisine, ont l'obligation de statuer sur la demande leur soumise ou la voie de recours introduite devant elles, le cas échéant en rendant une décision d'incompétence ou d'irrecevabilité.*

*Le règlement grand - ducal du 24 décembre 1993 ne trouve pas non plus application puisqu'il vise la procédure devant le Conseil arbitral et le Conseil supérieur des assurances sociales aux termes duquel le délai est considéré comme observé lorsque les recours sont produits en temps utile auprès d'une autre institution de sécurité sociale et que dans ces derniers cas les requêtes doivent être transmises immédiatement au Conseil arbitral, cette disposition ne prévoit que la transmission au Conseil arbitral d'un recours erronément introduit auprès d'une autre autorité luxembourgeoise ou institution de sécurité sociale ainsi que la régularité de pareil recours présenté dans le délai légal, mais elle ne vise pas l'hypothèse inverse et ne peut la viser en raison de l'obligation de la juridiction sociale de statuer sur les litiges lui soumis.*

*Compte tenu de ce qui précède et à défaut de dispositions dérogatoires à celles inscrites à l'article 128, alinéa 4 du code des assurances sociales, le dépôt d'une requête auprès du Conseil arbitral n'est pas de nature à interrompre le délai de 40 jours prévu pour introduire une opposition contre une décision présidentielle.*

## **B. Robert c/AAI**

No du reg.: GE 10/99 No: 99/99

### **Arrêt**

Par décision présidentielle du 4 décembre 1997 l'Association d'assurance contre les accidents, section industrielle, a refusé la prise en charge de l'accident survenu à Robert B. le 9 octobre 1997 au motif que l'incident tel que décrit sur la déclaration d'accident n'est pas de nature à causer la lésion constatée par le médecin.

Contre cette décision Robert B. a déposé un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales le 30 décembre 1997 lequel fut enregistré sous le numéro G 395/97.

Par lettre du 14 mai 1998, parvenue à l'Association d'assurance contre les accidents le 18 mai 1998, Robert B. a adressé une opposition contre la décision présidentielle du 4 décembre 1997 au président de la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents.

Par décision du 29 juin 1998 la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents a : considéré l'opposition du 14 mai 1998 comme irrecevable pour avoir été introduite en dehors du délai de 40 jours prévu à l'article 128 du code des assurances sociales à l'égard de la décision présidentielle du 4 décembre 1997, constaté que la décision précitée a clairement indiqué la procédure à suivre en cas de désaccord et retenu que, vu l'absence de dispositions dérogatoires inscrites à l'article 128, le dépôt d'une requête auprès du Conseil arbitral des assurances sociales n'est pas de nature à interrompre le délai de 40 jours, à titre subsidiaire, et seulement pour autant que de besoin, confirmé la décision entreprise.

Contre cette décision Robert B. a introduit un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales le 10 juillet 1998 lequel fut enregistré sous le numéro G 224/98.

Par jugement rendu contradictoirement en cause le 14 décembre 1998 le Conseil arbitral des assurances sociales a: dit que l'instance introduite par la requête enregistrée sous le numéro G 395/97 est à rayer du rôle (la partie B. y ayant renoncé), déclaré non fondé le recours formé le 10 juillet 1998 enregistré sous le numéro G 224/98 et confirmé la décision entreprise.

Le Conseil arbitral des assurances sociales a motivé comme suit sa décision:

« attendu que le requérant ne saurait sur base de cette disposition (l'article 2 du règlement grand - ducal du 8 juin 1979 ) faire valoir que l'opposition du 30 décembre 1997, qui n'a pas été présentée en temps utile auprès du président de l'Association d'assurance, serait à considérer comme recevable au vœu de l'article 2 du règlement grand - ducal précité alors que l'article 128 du code des assurances sociales est une disposition spéciale qui déroge à la disposition d'ordre général applicable à la procédure administrative ;

attendu que la requête d'opposition déposée le 30 décembre 1997 auprès du Conseil arbitral n'a pu produire aucun effet interruptif du délai de 40 jours de sorte que l'opposition postérieure du 18 mai 1998 est tardive. »

De cette décision Robert B. a régulièrement relevé appel par requête entrée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 19 janvier 1999.

Par réformation du jugement entrepris il entend voir dire son recours recevable et fondé.

Il critique la décision du Conseil arbitral des assurances sociales en ce qu'elle a retenu que le requérant ne pourrait faire valoir l'article 2 du règlement grand - ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes prévoyant que les différents délais de procédure et de recours sont censés observés lorsque l'administré s'est adressé en temps utile à une autorité incompétente et fait plaider qu'une loi spéciale ne peut déroger à une disposition d'ordre général que si celle - ci est antérieure, que de plus le président de l'Association d'assurance contre les accidents a reçu la requête déposée par le requérant endéans le délai légal, qu'il aurait dû en tenir compte, que le Conseil arbitral lui - même indique dans ses voies de recours que «le délai sera également considéré comme observé lorsque la requête aura été adressée en temps utile à une autre autorité luxembourgeoise ou à une autre institution de sécurité sociale ( article 21 du règlement grand - ducal du 24 décembre 1993), qu'a fortiori cette réglementation devra également s'appliquer au président de l'Association d'assurance contre les accidents.

L'intimée entend voir confirmer la décision entreprise en ce que l'opposition contre la décision présidentielle a été déclarée tardive ; elle fait valoir que le règlement grand - ducal du 8 juin 1979 prévoit la procédure à suivre par les administrations et que le règlement grand - ducal prévoit celle à suivre devant les juridictions sociales, qu'il n'existe pas de dispositions dérogatoires à celles de l'article 128 du code des assurances sociales, qu'en l'espèce les procédures prévues n'ont pas été respectées et que le délai est dépassé.

Il est constant en cause que l'opposition faite contre la décision présidentielle devant la commission des rentes de l'Association d'assurance contre les accidents le 18 mai 1998 l'a été en dehors du délai de 40 jours prévu par l'article 128, alinéa 4 du code des assurances sociales.

Le règlement grand - ducal du 8 juin 1979, invoqué par l'appelant, relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes - prévoyant que l'autorité administrative s'estimant incompétemment saisie transmet sans délai la demande à l'autorité compétente en avisant le demandeur et que les différents délais de procédure et de recours sont observés lorsque l'administré s'est adressé en temps utile à l'autorité incompétente - pris sur base de la loi du premier décembre 1978 réglant la procédure administrative non contentieuse, est inapplicable aux juridictions qui, suite à leur saisine, ont l'obligation de statuer sur la demande leur soumise ou la voie de recours introduite devant elles, le cas échéant en rendant une décision d'incompétence ou d'irrecevabilité.

Les conclusions de l'appelant tendant à voir produire sur cette base légale un effet interruptif au recours présenté contre la décision présidentielle devant le Conseil arbitral le 30 décembre 1997 sont dès lors à rejeter comme non fondées.

S'il est exact que l'Association d'assurance contre les accidents a reçu communication de la requête déposée le 30 décembre 1997 au Conseil arbitral des assurances sociales elle l'a obtenue en application de l'article 3 du règlement grand - ducal du 24 décembre 1993, avec sommation d'effectuer dans les quinze jours le dépôt de tous les documents relatifs à l'action intentée qui se trouvent en sa

possession ou dont elle entend se servir en cours d'instance, mais non pas aux fins d'y statuer, le Conseil arbitral des assurances sociales n'ayant pu se dessaisir du recours introduit devant lui.

Contrairement aux conclusions de l'appelant, l'article 21 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 ne trouve pas non plus application en l'espèce puisqu'il vise la procédure devant le Conseil supérieur des assurances sociales et que - pour autant que, de par le renvoi fait à l'alinéa 2 dudit article, l'alinéa 3 de l'article premier soit visé aux termes duquel le délai est considéré comme observé lorsque les recours sont produits en temps utile auprès d'une autre autorité luxembourgeoise ou auprès d'une autre institution de sécurité sociale et que dans ces derniers cas les requêtes doivent être transmises immédiatement au Conseil arbitral - cette disposition ne prévoit que la transmission au Conseil arbitral d'un recours erronément introduit auprès d'une autre autorité luxembourgeoise ou institution de sécurité sociale ainsi que la régularité de pareil recours présenté dans le délai légal, mais elle ne vise pas l'hypothèse inverse et ne peut la viser en raison de l'obligation de la juridiction sociale de statuer sur les litiges lui soumis.

Compte tenu de ce qui précède et à défaut de dispositions dérogatoires à celles inscrites à l'article 128, alinéa 4 du code des assurances sociales, l'appel est à rejeter comme non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et contradictoirement à l'égard des parties en cause, reçoit l'appel,

le dit non fondé, confirme le jugement du Conseil arbitral du 14 décembre 1998.

---

18

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**30 novembre 1998**

*Le demandeur doit rapporter la preuve alternative, soit qu'il n'a pas connu l'arrêt, soit que l'ayant connu, il a été dans l'impossibilité d'agir dans le délai, mais dans l'un ou l'autre cas, il doit établir qu'il n'a commis aucune faute, c'est-à-dire qu'il n'a eu de sa part, ni négligence, ni erreur non provoquée. L'avocat qui a mandat d'interjeter appel mais qui s'abstient volontairement d'agir en temps utile, commet une négligence constituant une faute. Cette faute du mandataire, qui agit au nom et pour compte du mandant, se répercute nécessairement sur ce dernier.*

**R. Philippe c/AAI**

No du reg.: D(AAI) 120/98 No: 226/98

**Arrêt**

Par requête déposée le 4 septembre 1998 au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales, Philippe R. demande en application de l'article 1<sup>er</sup> 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, à être relevé de la forclusion résultant de l'expiration du délai d'appel prévu à l'article 21 du règlement grand - ducal du 24 décembre 1993 qui dispose que l'appel doit être interjeté, sous peine de forclusion, dans les quarante jours de la notification de la décision du Conseil arbitral.

La demande est régulière en la forme et a été introduite dans le délai de la loi.

Le requérant soutient que son mandataire de l'époque a malgré ses instructions formelles de relever appel du jugement du Conseil arbitral laissé s'écouler le délai prévu par la loi sans agir, l'inaction de son mandataire ad litem constituant l'impossibilité d'agir prévue à l'article 1er de la loi du 22 décembre 1986 relative au relevé de la déchéance résultant de l'expiration d'un délai imparti pour agir.

D'après l'article 1er de la loi du 22 décembre 1986, 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 eu 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.

Comme les délais de procédure se caractérisent par leur intangibilité, la dérogation à l'obligation fondamentale, protégée souvent par une disposition d'ordre public, d'exercer une procédure dans un certain délai devait, du fait même de son caractère exceptionnel, être enfermée dans des limites étroites. Aussi, le texte a - t - il restreint son application aux seuls cas où le plaideur, sans une faute de sa part, n'a pas eu connaissance du jugement en temps utile, ou s'est trouvé dans l'impossibilité d'agir.

Le demandeur doit donc rapporter la preuve alternative, soit qu'il n'a pas connu l'arrêt, soit que l'ayant connu, il a été dans l'impossibilité d'agir dans le délai, mais dans l'un ou l'autre cas, il doit établir qu'il n'a commis aucune faute, c'est - à - dire qu'il n'y a eu de sa part, ni négligence, ni erreur non provoquée.

En l'espèce Philippe R. s'est concerté de suite avec son mandataire juridique, auquel il a donné mandat d'interjeter appel. Or celui - ci s'est volontairement abstenu d'agir en temps utile. Cette négligence constitue une faute au sens de la loi et la faute du mandataire, qui agit au nom et pour compte du mandant, se répercute nécessairement sur ce dernier.

Dans les conditions données, le Conseil supérieur des assurances sociales ne peut que constater que les conditions d'application de l'article 1er de la loi du 22 décembre 1986 ne sont pas données, le demandeur n'ayant pas rapporté la preuve de l'absence de faute dans son chef

La demande de Philippe R. est partant à déclarer non fondée.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant contradictoirement, les parties dûment convoquées en la chambre du Conseil et y entendues en leurs explications, reçoit la demande de Philippe R. tendant à être relevé de la déchéance résultant de l'expiration du délai d'appel, la dit non fondée et en déboute.

---

19

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**20 mai 1998**

*En l'espèce, le Conseil supérieur des assurances sociales juge qu'eu égard aux constatations du certificat médical du médecin-traitant de l'assuré et compte tenu du nombre et de l'ampleur des pathologies énumérées dans le rapport de l'expert nommé par le Conseil arbitral, l'assurée est à considérer comme invalide au sens de la loi, même si l'expert précité estime que l'assurée pourrait être occupée pour un travail léger.*

**D.c/ EVI**

No du reg.: 115/98 No: 92/98

**Arrêt**

Par requête déposée le 27 janvier 1998, D. a régulièrement interjeté appel contre le prédit jugement en concluant par réformation à se voir accorder la pension d'invalidité demandée.

Le représentant de l'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité conclut à la confirmation du jugement entrepris.

A l'appui de sa voie de recours, l'appelante verse un certificat du docteur N., en vertu duquel, suite en particulier à la grave dégénérescence avec rupture bilatérale de la coiffe des rotateurs dans la zone des articulations des épaules, la patiente serait incapable de suivre une quelconque activité professionnelle.

Il est vrai que l'expert, le docteur B., après description des différentes pathologies présentées par l'assurée, parmi lesquelles la pathologie prédécrite (périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec rupture bilatérale de la coiffe des rotateurs et probable rupture du tendon du long biceps gauche) arrive à la conclusion que D. ne peut plus exercer un travail l'obligeant à porter des charges lourdes, mais qu'elle pourrait très bien être occupée pour un travail léger.

Eu égard cependant aux constatations du susdit certificat médical et compte tenu du nombre et de l'ampleur des pathologies énumérées dans le rapport d'expertise, le Conseil supérieur des assurances sociales arrive à la conclusion que l'appelante est non seulement incapable d'exercer son ancienne profession, mais également toute autre.

Elle est dès lors à considérer comme invalide au sens de la loi

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président-magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant, dit que D. est invalide au sens de la loi,

dit qu'elle a droit à une pension d'invalidité à partir du 9 octobre 1995, jour du dépôt de la demande en obtention, renvoie le dossier à l'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité pour fixer le montant de la pension revenant à l'appelante.

20

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**02 décembre 1998**

*En continuant une occupation professionnelle effective et régulière correspondant à ses forces et aptitudes, l'assuré établit qu'il ne remplit pas les conditions d'allocation de prestations d'invalidité dont le but est précisément de se substituer au manque à gagner résultant de l'abandon de toute activité professionnelle par suite d'invalidité médico-légale.*

*Il importe peu que la nouvelle activité de l'assuré soit sans relation avec la profession exercée avant son arrêt de travail.*

**H. Clement c/ EVI**

No du reg.: I 121/98 No: 217/98

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 10 septembre 1998, Clement H. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 3 août 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales entre lui - même et l'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité, jugement qui a déclaré non fondé son recours dirigé contre une décision de la sous - commission des pensions ayant confirmé la décision présidentielle de l'Établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité du 18 décembre 1996 qui avait rejeté sa demande en obtention d'une pension d'invalidité.

Pour statuer comme ils l'ont fait, les premiers juges ont dit qu'il résultait des pièces et des renseignements recueillis à l'audience du 7 juillet 1998 que le requérant continue depuis janvier 1997 l'exercice d'une activité professionnelle à temps complet du chef de laquelle il est affilié auprès de la sécurité sociale et que le fait qu'il continue l'occupation professionnelle effective et régulière, correspondant à ses forces et aptitudes, établit qu'il ne remplit pas les conditions d'allocation de prestations d'invalidité, dont le but est précisément de se substituer au manque à gagner résultant de l'abandon de toute activité professionnelle par suite d'invalidité médico-légale.

Clement H. demande au Conseil supérieur des assurances sociales de dire par réformation de la décision entreprise qu'il est à considérer comme invalide au sens de la loi, sinon d'ordonner en ordre subsidiaire une expertise médicale à l'effet de se prononcer sur la question de savoir s'il est invalide au sens de l'article 187 du code des assurances sociales.

Il fait valoir à l'appui de son appel que son activité actuelle, qui consisterait dans des travaux de peinture et de destruction de dossiers, serait sans aucun lien avec celle de machiniste exercée jusqu'à présent auprès de l'Arbed et ne saurait partant pas tomber sous la qualification « occupation correspondant à ses forces et aptitudes ». Aux termes de l'article 187 du code des assurances sociales, 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.

Sur le fondement des travaux préparatoires à la loi du 27 juillet 1987 portant modification de l'article 187 du code des assurances sociales, cet article est à interpréter en ce sens qu'est invalide le travailleur incapable d'exercer son ancienne profession ainsi que toute autre occupation correspondant à ses possibilités physiques et intellectuelles. Il résulte des pièces du dossier et des renseignements recueillis que l'appelant continue depuis janvier 1997 à exercer une activité professionnelle au sein de la Cellule de Reclassement de l'Arbed.

Il importe peu que la nouvelle activité de Clement H. soit sans relation avec la profession de machiniste exercée avant son arrêt de travail alors que l'article 187 du code des assurances sociales exige pour l'octroi de la pension une invalidité professionnelle générale sur le marché du travail pour l'assuré concerné, invalidité qui n'existe pas en l'espèce.

Si le législateur avait souhaité que la nouvelle occupation présente un lien avec la profession antérieure de l'assuré, il n'aurait pas manqué de parler à l'article 187 du code des assurances sociales d'une occupation analogue ou équipollente à celle exercée en dernier lieu.

Il s'ensuit que l'appelant est resté en défaut d'établir une invalidité au sens de l'article 187 du code des assurances sociales de sorte que son recours est à déclarer non fondé en considération des développements qui précèdent.

La demande subsidiaire en institution d'une expertise médicale est à rejeter alors qu'il est d'ores et déjà établi au vu de ce qui précède que H. n'est pas invalide au sens de l'article 187 du code des assurances sociales.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, déclare irrecevable la demande en institution d'une expertise, dit l'appel non fondé, partant confirme le jugement entrepris.

---

21

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**15 juillet 1998**

*La seule reprise d'une activité salariée, dans la limite des dispositions, ne suffit pas pour justifier à elle seule le retrait de la pension d'invalidité antérieurement accordée. Ce retrait ne peut intervenir que sur base d'une appréciation médicale de l'état de santé du bénéficiaire, en ce qu'il faut constater une amélioration de sa situation médicale par rapport à l'époque de l'octroi de la pension d'invalidité.*

**H. André c/ CPEP**

No du reg.:E 63/98 No: 163/98

**Arrêt**

Par décision prise par le comité-directeur de la Caisse de pension des employés privés en date du 23 janvier 1997, André H. s'était vu attribuer sur base de l'article 187 du Code des assurances sociales une pension d'invalidité avec effet au 1er septembre 1996.

Par une nouvelle décision du 28 novembre 1997, le comité-directeur de la Caisse de pension des employés privés a retiré à André H. le bénéfice de cette pension d'invalidité avec effet au 1er janvier 1998 en application de l'article 193, alinéa 2 du Code des assurances sociales et sur base de deux avis du Contrôle médical de la sécurité sociale des 16 septembre et 11 novembre 1997 qui concluaient à la " persistance de l'invalidité temporaire jusqu'au 30 septembre 1997 ".

Sur le recours exercé par André H. contre cette dernière décision, le Conseil arbitral des assurances sociales a pris un jugement en date du 6 avril 1998 par lequel la décision entreprise a été confirmée au motif que le fait pour André H. d'avoir " repris une activité professionnelle régulière quoique réduite correspondant à ses forces et aptitudes établit qu'il ne remplit plus les conditions légales d'allocation de prestations d'invalidité ".

André H. a relevé appel de ce jugement par requête régulièrement déposée en date du 12 mai 1998. Il conclut à voir dire que le fait d'avoir repris une activité professionnelle à partir du 1er mars 1997, fait qui n'est pas contesté et qu'il aurait par ailleurs signalé immédiatement à la Caisse de pension des employés privés, ne signifierait pas qu'il ne remplirait plus les conditions de l'article 187 du Code des assurances sociales et qu'il n'aurait de ce fait plus droit à la pension d'invalidité, dès lors que l'article 226 du Code des assurances sociales prévoirait et permettrait expressément le cumul entre une rémunération provenant d'une activité salariée avec une pension d'invalidité. D'un point de vue médical, il estime être toujours dans la même situation qu'à l'époque à laquelle la pension d'invalidité lui fut attribuée, de sorte qu'il remplirait toujours les conditions de l'article 187 du Code des assurances sociales. Pour autant que de besoin, il demande à voir instituer une expertise médicale sur cette question et il demande dans ce cas à voir ordonner à la Caisse de pension des employés privés de continuer à lui verser la pension d'invalidité en attendant l'issue de cette expertise, respectivement de la décision judiciaire subséquente.

La Caisse de pension des employés privés conclut à la confirmation de la décision de première instance en développant que l'application qu'il conviendrait de faire de l'article 187 du Code des assurances sociales à la suite de l'interprétation qui lui a été donnée par la Cour de cassation, impliquant l'impossibilité pour le demandeur en octroi de la pension d'invalidité d'effectuer n'importe quel travail, aurait comme conséquence qu'il faudrait retirer la pension d'invalidité à son bénéficiaire à partir du moment où celui-ci reprendrait un travail salarié, car ce fait à lui seul démontrerait à suffisance que les conditions d'application de l'article 187 du Code des assurances sociales ne seraient plus remplies. Elle admet que les avis du Contrôle médical de la sécurité social des 16 septembre et 11 novembre 1997 aient pu reposer sur cette considération. Elle estime encore que le recours à une mesure d'instruction par voie

d'expertise ne s'imposerait pas dans la mesure où elle ne contesterait pas l'état médical de André H., et pour le cas où une expertise était néanmoins ordonnée, elle conclut au rejet des prétentions de André H. tendant à la continuation du versement de la pension d'invalidité, dès lors que l'article 193, alinéa 2 du Code des assurances sociales s'opposerait à une telle mesure.

Aux termes de l'article 187, alinéa 1 du Code des assurances sociales, " 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 ". Ayant eu à statuer sur la portée de cette disposition légale, la Cour de cassation a pu décider " qu'est invalide au sens de l'article 187 du Code des assurances sociales, le travailleur incapable d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu, ainsi que toute autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes " (. 28 novembre 1996, No 34/96).

L'article 193, alinéa 1 du Code des assurances sociales sur base duquel la décision de retrait a été prise dispose que " 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 ".

L'article 226, alinéa 1 du Code des assurances sociales pour sa part prévoit que " en cas de concours .....d'une pension d'invalidité avec des salaires. , réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger, la pension est réduite dans la mesure où ces revenus dépassent ensemble avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, si la pension est inférieure à ce plafond, et elle est réduite du montant de ces revenus si la pension est supérieure à ce plafond. Ce plafond ne peut être inférieur au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour-cent ".

L'ensemble de ces dispositions ont été introduites dans notre législation par la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie, et elles n'ont été modifiées que sur des points mineurs, sans incidence sur la solution du présent litige (article 187, alinéa 2, article 226, alinéa 1, 1ère demi-phrase), par une loi du 24 avril 1991 ayant pour objet l'amélioration des pensions du régime contributif. La teneur de ces dispositions légales et la concomitance de leur adoption permet sans nul doute d'affirmer que le législateur a entendu laisser ouverte la possibilité pour un bénéficiaire d'une pension d'invalidité de cumuler celle-ci avec un autre revenu, et notamment avec un salaire touché au titre d'une activité salariée.

C'est partant à bon droit que André H. soutient que si le retrait de la pension d'invalidité pouvait être justifié par le seul fait pour le bénéficiaire d'avoir repris l'exercice d'une activité salariale, on en reviendrait à vider de toute signification l'article 226, alinéa 1 du Code des assurances sociales, car alors la situation dans laquelle il y aurait cumul entre la pension d'invalidité et le salaire ne pourrait plus se présenter en pratique. Le concours entre une pension d'invalidité et une activité salariée a par ailleurs expressément été envisagée lors des travaux préparatoires à l'adoption de la loi du 27 juillet 1987 (" le cumul d'une pension d'invalidité avec une activité non salariée n'est pas possible, à l'instar des dispositions actuelles. Le concours d'une activité salariée avec une pension d'invalidité fait l'objet d'une réglementation spécifique dans le cadre des dispositions anticumul ", doc. parl. No 3093, exposé des motifs, page 40;

“ l’hypothèse où un bénéficiaire de pension d’invalidité exerce une activité salariée est prévue à l’article 193, où il est retenu que l’organisme procède au retrait dès que les revenus de cette activité dépassent un plafond ”, doc. parl. No 3093, commentaire des articles, page 51; “ l’exercice d’une activité salariée reste compatible avec le bénéfice d’une pension d’invalidité dans certaines limites ”, doc. parl., No 3093-3, avis de l’Inspection générale de la sécurité sociale, page 52 ; “ les salariés... peuvent continuer à exercer une activité professionnelle à condition toutefois que les revenus cumulés de la pension et de l’activité professionnelle ne dépassent pas les limites prévues à l’article 226 ”, doc. parl. , No 3093-6, avis du Conseil d’Etat, page 28; “ l’article 226 permet de cumuler la pension d’invalidité avec le revenu provenant d’une occupation salariée jusqu’à concurrence de... ”, doc. parl. No 3447, commentaire des articles, page 36).

La reprise d’une occupation salariée ne permet donc pas de justifier à elle seule le retrait de la pension d’invalidité antérieurement accordée. Sauf à fixer le principe et à régler les conséquences du cumul des deux revenus, la loi reste cependant muette sur les conditions d’application de ce cumul.

Or, lors des travaux d’élaboration de la loi, la possibilité du cumul a été envisagée notamment au bénéfice des invalides qui font l’effort, malgré leur invalidité, de reprendre une activité professionnelle salariée (“ le présent projet n’entend pas interdire l’exercice d’une activité salariée conjointement avec le bénéfice d’une pension d’invalidité, mais au contraire favoriser la reprise d’une activité professionnelle par l’invalidé et lui garantir un attrait financier à une telle reprise. Ainsi, en cas de reprise d’une activité salariée, la pension d’invalidité n’est pas complètement retirée, mais elle est maintenue de façon à combler partiellement la différence entre son niveau de rémunération atteint avant l’échéance du risque et celui obtenu par la nouvelle activité professionnelle ”, doc. parl. No 3093, exposé des motifs, page 43; “ dans le contexte de l’assurance-pension des non-salariés l’exercice d’une activité dépassant le tiers du salaire social minimum n’entraîne pas seulement le retrait de la pension d’invalidité, mais s’oppose dès le départ à l’octroi de ladite prestation. En l’état actuel de la législation, tel n’est pas le cas pour le bénéficiaire d’une pension d’invalidité qui reprend une occupation salariée et qui ne risque que la suppression de son indemnisation dans les conditions de l’article 193 ”, doc. parl. No 3447-1, avis de l’Etablissement d’Assurance contre la Vieillesse et l’Invalidité, page 11).

Ainsi, lorsqu’un assuré s’est vu attribuer une pension d’invalidité, il faut en déduire nécessairement qu’il remplissait aux yeux de l’organisme compétent les conditions de l’article 187 du Code des assurances sociales en ce qu’il était incapable d’exercer la profession qu’il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. Ainsi qu’il a été dit ci-dessus, la seule reprise d’une activité salariée ne suffit pas pour justifier le retrait de cette prestation. Ce retrait ne peut partant intervenir que sur base d’une appréciation médicale de l’état de santé du bénéficiaire, en ce qu’il faut constater une amélioration de sa situation médicale par rapport à l’époque de l’octroi de la pension d’invalidité, impliquant le constat que les conditions médicales mises à l’application de l’article 187 du Code des assurances sociales ne sont plus remplies.

En l’espèce, ce constat fait défaut, l’avis du Contrôle médical de la sécurité sociale se bornant à conclure à la “ persistance de l’invalidité temporaire jusqu’au 30 septembre

1997 ", sans autrement motiver cette conclusion. Par ailleurs, les conclusions du représentant de la Caisse de pension des employés privés prises à l'audience permettent de retenir que cette conclusion a été prise sur base du constat objectif de la reprise d'une activité salariée. Cet avis ne saurait donc suffire pour justifier le retrait de pension d'invalidité dont bénéficie André H. Aucun autre élément du dossier ne permet par ailleurs de déduire un indice en faveur d'une amélioration de la situation de santé de André H. Sans qu'il ne soit besoin d'instituer d'autres mesures d'instruction, il y a donc lieu d'accueillir le recours de André H. et, par réformation de la décision entreprise, de dire qu'il continue à pouvoir bénéficier de la rente d'invalidité au-delà du 1er janvier 1998.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant, dit que André H. a droit au paiement de la pension d'invalidité au-delà du 1er janvier 1998.

---

22

**COUR DE CASSATION**  
**29 avril 1999**

*La reprise d'une activité salariée n'entraîne le retrait de la pension d'invalidité que dans le cas où il est constaté que la déficience physique ou psychique qui a déterminé son octroi n'existe plus et dans celui où, de par la seule activité salariée reprise, le bénéficiaire de la pension dispose de revenus supérieurs au plafond fixé par l'article 226, alinéa 1er; que hormis ces deux cas la reprise d'une activité salariée est compatible avec le maintien d'une pension d'invalidité, sauf à ajuster celle-ci par réduction suivant les normes arrêtées dans l'article 226, alinéa 1er.*

**CPEP c/H. André**

No 29 / 99. Numéro 1549 du registre.

**LA COUR DE CASSATION:**

Oùï Monsieur le président THILL en son rapport et sur les conclusions de Monsieur le premier avocat général SCHMIT;

Vu l'arrêt attaqué, rendu le 15 juillet 1998 par le Conseil supérieur des assurances sociales;

Vu le mémoire en cassation, signifié le 25 août 1998 par la CAISSE DE PENSION DES EMPLOYES PRIVES (la Caisse) et déposé au greffe de la Cour le 9 septembre 1998 ;

Vu le mémoire en réponse, signifié le 16 octobre 1998 par André H. et déposé au greffe de la Cour le 23 octobre 1998 ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que le conseil arbitral avait confirmé une décision du comité - directeur de la Caisse ayant retiré à H. la pension d'invalidité à lui allouée au

motif que le fait par celui-ci d'avoir repris une activité professionnelle régulière quoique réduite correspondant à ses forces et aptitudes établissait que les conditions légales d'allocation de prestations d'invalidité n'étaient plus remplies ; que sur appel, ce jugement fut réformé par les juges du second degré qui ont admis la possibilité de la continuation d'une pension d'invalidité dans le cas où le bénéficiaire reprend une activité salariée ;

Sur le premier et unique moyen de cassation,

*tiré «de la contravention à la loi, in specie de la violation, de la fausse interprétation et de la fausse application de l'article 187 du Code des assurances sociales disposant qu'«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» en combinaison avec l'article 193 du Code des assurances sociales, en ce que le Conseil supérieur des assurances sociales a faussement et de façon erronée décidé par l'application de l'article 187 du Code des assurances sociales que faute d'une amélioration de la situation médicale de l'intéressé (H.), la seule reprise d'une activité salariée ne suffit pas pour justifier le retrait de la pension d'invalidité, alors que l'article 226 du Code des assurances sociales permettrait la possibilité du cumul d'une pension d'invalidité avec le revenu d'une occupation salariée, alors que le Conseil supérieur des assurances sociales aurait dû ordonner le retrait de la pension d'invalidité par application de l'article 187 du Code des assurances sociales qui prévoit qu'est invalide au sens de l'article en question le travailleur incapable d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu, ainsi que toute occupation correspondant à ses forces et aptitudes, de sorte qu'une reprise même partielle de travail, nonobstant le contrat d'un état subjectif de maladie, doit entraîner le retrait de la pension d'invalidité suivant l'article 193 du Code des assurances sociales, qui impose le retrait au cas où les conditions prévues à l'article 187 ne sont plus remplies. L'exercice de la profession «exercée en dernier lieu», même partielle impose partant le retrait de la pension d'invalidité » ;*

Vu les articles 187, alinéa 1er 193, alinéa 1er et 226, alinéa 1er du Code des assurances sociales, de la teneur suivante :

Art. 187. « 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. »

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 1er. »

Art. 226. « En cas de concours d'une pension de vieillesse anticipée allouée en vertu de l'article 184, alinéa 4 ou d'une pension d'invalidité avec des salaires, traitements ou indemnités pécuniaires versées au titre de l'assurance maladie - maternité: et de l'assurance accidents, réalisés ou obtenus au Luxembourg ou à l'étranger, la pension est réduite dans la mesure où ces revenus dépassent ensemble avec la pension un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires, traitements ou revenus annuels cotisables les plus élevés de la carrière d'assurance, si la pension est inférieure à ce

plafond, et elle est réduite du montant de ces revenus si la pension est supérieure à ce plafond. Ce plafond ne peut être inférieur au montant de référence prévu à l'article 222 augmenté de vingt pour cent. »

Attendu que ces dispositions qui se complètent sont à entendre dans le sens que la reprise d'une activité salariée n'entraîne le retrait de la pension d'invalidité que dans le cas où il est constaté que la déficience physique ou psychique qui a déterminé son octroi n'existe plus et dans celui où, de par la seule activité salariée reprise, le bénéficiaire de la pension dispose de revenus supérieurs au plafond fixé par l'article 226, alinéa 1er; que hormis ces deux cas la reprise d'une activité salariée est compatible avec le maintien d'une pension d'invalidité, sauf à ajuster celle-ci par réduction suivant les normes arrêtées dans l'article 226, alinéa 1er;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

Par ces motifs,

rejette le pourvoi; condamne la CAISSE DE PENSION DES EMPLOYES PRIVES aux dépens de l'instance en cassation dont distraction au profit de Maître Edmond LORANG, avocat ayant exercé le ministère d'avoué, sur ses affirmations de droit.

---

23

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**2 mai 1998**

*L'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce à toute activité non salariée soumise à l'assurance.*

*Le fait de demander une indemnité compensatoire au service d'économie rurale laisse présumer l'exploitation d'une entreprise agricole par l'intéressé.*

*L'existence d'un bail à ferme fixant rétroactivement le début de ses effets laisse présumer que ce bail ne correspond pas à la réalité et fut arrangé pour les besoins de la cause.*

**G. Jos c/CPAG**

No du reg: C. P. agr. 16/98 No 120/98

**Arrêt**

Par requête du 27 janvier 1998, Jos G. a régulièrement fait relever appel d'un jugement contradictoirement rendu le 8 décembre 1997 par le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant non fondé le recours de l'intéressé dirigé contre une décision du comité-directeur de la Caisse de pension agricole du 17 avril 1997.

L'appelant expose à l'appui de son recours qu'il aurait informé oralement le Centre commun de la Sécurité sociale du décès de sa mère et sollicité l'envoi d'un formulaire pour opérer le transfert de l'entreprise familiale à sa cousine Alice M.. Il renvoie en second lieu au bail à ferme conclu avec sa prédite cousine, contrat qui remonte quant à ses effets au 15 février 1995, jour du décès de sa mère.

Il insiste finalement sur le fait que la prédite Alice M. a dû verser au Centre commun les cotisations pour l'entreprise agricole prise à bail à partir du 15 février 1995, ce qui prouverait bien que son affiliation remonte à cette date. Il demande, par réformation du jugement entrepris, l'octroi de la pension d'invalidité pendant la période du 1er mars au 30 juin 1995.

La partie intimée conclut à la confirmation du jugement attaqué. Elle se base sur les dispositions de l'article 187 alinéa 2 du Code des assurances sociales et sur le formulaire rempli par l'appelant en vue de l'obtention d'une indemnité compensatoire pour conclure à l'exercice d'une activité par Jos G.

La Caisse de pension agricole expose en outre qu'elle était liée par la décision d'affiliation de Jos G. prise par le Centre commun de sorte qu'elle n'avait d'autre possibilité que de retirer à l'intéressé le bénéfice de sa pension d'invalidité. Elle conteste en outre la validité du bail à ferme dans la mesure où il fixe rétroactivement le début de ses effets au 15 février 1995. Elle renvoie finalement aux dispositions de l'article 329 du CAS, en application desquelles Alice M. a fait sa déclaration d'entrée au Centre commun à partir du 1er juillet 1995 seulement et non à une date antérieure.

Le premier juge a à raison mis l'accent sur le fait que l'octroi de la pension d'invalidité est subordonné à la condition que l'intéressé renonce à toute activité non salariée soumise à l'assurance.

Il est évident qu'au moment du décès de la mère de l'appelant, l'entreprise agricole établie à Bigonville, ..., fut exploitée par une personne physique. D'après le bail à ferme versé en cause, l'exploitant était Alice M. ; d'après d'autres éléments du dossier, l'entreprise familiale fut exploitée par l'appelant lui-même. C'est ainsi que Jos G. a adressé le 27 avril 1995 une demande en obtention d'une indemnité compensatoire au service d'économie rurale, demande d'après laquelle il exploitait des terres d'une surface totale de 37,78 hectares. A cela s'ajoute que la cousine de l'appelant, Alice M. a sollicité son affiliation au Centre commun avec effet à partir du 1er juillet 1995. Il découle de cette demande que le début du bail à ferme fixé d'un commun accord au 15 février 1995 ne correspond pas à la réalité et fut arrangé pour les besoins de la cause.

Il suit de l'ensemble des développements qui précèdent que l'appelant est à considérer comme ayant exercé une activité soumise à l'assurance pendant la période du 16 février au 30 juin 1995 de sorte que c'est à raison que la pension d'invalidité lui fut retirée pendant ladite période et que la restitution de la somme de 98.036. - francs fut ordonnée.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, confirme le jugement du 8 décembre 1997.

---

24

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**02 décembre 1998**

*En cas d'aggravation des affections existantes depuis la date de la décision de la sous-commission des pension ou en cas d'apparition de nouvelles lésions, l'assuré ne peut faire utilement état de ces éléments à l'appui de son appel, mais il peut, le cas échéant, les invoquer, à l'appui d'une demande nouvelle afin de permettre aux instances compétentes de l'EVI d'y statuer.*

*La caisse de pension compétente a la faculté ou le pouvoir de prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion sur proposition du Contrôle médical de la sécurité sociale mais elle n'a pas l'obligation d'agir en ce sens.*

**C. Fabrice c/EVI**

No du reg.: I 113/98 No 218/98

**Arrêt**

Par décision du 22 septembre 1997, la sous - commission des pensions a maintenu la décision présidentielle du 17 juin 1997 limitant l'attribution de la pension d'invalidité à Fabrizio C. à la période du 24 juin au 30 juin 1997.

Le recours exercé par l'assuré a été déclaré non fondé par jugement rendu le 10 août 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales qui a jugé que les conditions édictées par l'article 187 du Code des assurances sociales n'étaient pas réunies en l'espèce, étant donné que l'assuré, bien qu'incapable de poursuivre à la profession qu'il avait exercée en dernier lieu, restait cependant capable d'exercer toute autre activité professionnelle ne comportant pas la manipulation de charges lourdes.

Pour statuer ainsi, le Conseil arbitral des assurances sociales a entériné le rapport d'expertise dressé le 6 février 1998 par le Dr Ernest qui avait constaté que l'assuré présente une symptomatologie iatrogène au niveau cervical avec raideur de la colonne assez importante et radiculalgies séquellaires et une symptomatologie dégénérative au niveau lombaire; que ces séquelles entraînent une incapacité de travail de 40%; qu'à la date du 1er juillet 1997, l'assuré n'était pas capable d'exercer la profession qu'il avait exercé en dernier lieu, à savoir celle de manœuvre en serrurerie; que cependant l'assuré pouvait accomplir, à partir du 1er juillet 1997, tout travail ne nécessitant pas la manipulation de charges lourdes; que dès lors une reconversion professionnelle est recommandée.

Contre ce jugement, Fabrizio C.a, dans le délai de la loi, interjeté appel par requête déposée le 26 août 1998 au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales, pour entendre, par réformation de la décision entreprise, en ordre de subsidiarité croissant, dire qu'il a droit à une pension d'invalidité, sinon dire qu'il doit être admis au bénéfice d'une reconversion professionnelle, sinon instituer une expertise médicale complémentaire.

Fabrizio C.a versé à l'appui de son appel divers certificats médicaux qui font état d'une aggravation récente des séquelles existantes.

A supposer que des affections existantes se soient aggravées depuis la date de la décision de la sous - commission des pensions ou que des lésions nouvelles soient apparues, Fabrizio C. ne peut pas faire utilement état de ces éléments à l'appui de son appel, mais il peut, le cas échéant, les invoquer à l'appui d'une demande nouvelle afin de permettre aux instances compétentes de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité d'y statuer.

Décider que le Conseil supérieur des assurances sociales doit prendre en considération l'état de l'appelant au jour où il statue, de sorte que celui - ci serait dispensé d'introduire une demande nouvelle, aboutirait à priver les organes de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité des prérogatives qui leurs sont reconnues par la loi.

La circonstance que l'appelant n'a pas bénéficié d'une mesure de reconversion a pu avoir une incidence sur ses chances de retrouver un emploi exigeant une certaine qualification, mais elle est cependant sans rapport avec la capacité de travail subsistante constatée par l'expert commis.

En outre, l'article 189 du Code des assurances sociales attribue la faculté ou le pouvoir à la caisse de pension compétente de prescrire des mesures de réhabilitation ou de reconversion sur proposition du Contrôleur médical de la sécurité sociale, mais ne lui impose pas l'obligation d'agir en ce sens.

Les conclusions de l'appelant tendant à dire qu'il doit être admis au bénéfice d'une reconversion professionnelle sont partant à déclarer non fondées.

Comme l'appelant ne fait état d'aucun élément de nature à contredire l'appréciation de l'expert commis par le Conseil arbitral des assurances sociales quant au caractère invalidant des affections dont il souffrait au jour de la décision de la sous - commission des pensions, la demande tendant à l'institution d'une nouvelle expertise est à rejeter.

Il s'ensuit que le jugement entrepris est à confirmer.

Par ces motifs,

et ceux non contraires du Conseil arbitral des assurances sociales, le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, déclare l'appel recevable,

dit l'appel non fondé, confirme le jugement entrepris.

---

25

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**02 juin 1999**

*La détermination de la période de référence triennale prévue à l'article 186 du code des assurances sociales commençant à courir à partir de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie ne se conçoit que dans l'hypothèse où l'indemnité pécuniaire de maladie a été versée après l'échéance du risque pour lequel la pension d'invalidité est réclamée et que l'assuré entend parfaire la condition de stage qu'il ne remplit pas*

*encore au moment de la réalisation du risque par la mise en compte de la période correspondant au bénéfice de l'indemnité pécuniaire de maladie*

*Si la cessation de l'indemnité pécuniaire de maladie est antérieure à l'échéance du risque l'intéressé est malvenu à soutenir que la période de référence devrait être déterminée à partir de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie.*

*La date du début de l'invalidité est uniquement censée être celle du jour où la demande en obtention de la pension est parvenue à l'un des organismes au cas où cette date ne peut être établie.*

### **A. Manuel c/EVI**

No du reg.: I 41/99 No: 83/99

#### **Arrêt**

Par décision présidentielle du 20 décembre 1994 l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité rejeta une première demande de Manuel A.tendant à l'obtention d'une pension d'invalidité.

Lors de sa séance du 20 février 1995 la sous - commission des pensions déclara l'opposition formée par le requérant non fondée.

Sur le recours exercé par Manuel A.le Conseil arbitral des assurances sociales prit en date du 25 avril 1996 un jugement par lequel la décision de la sous-commission des pensions fut confirmée.

Le 16 décembre 1996 Manuel A.présenta par l'intermédiaire de son avocat une deuxième demande en obtention d'une pension d'invalidité, demande qu'il réitéra en date du 14 janvier 1997.

Cette demande fut déclarée irrecevable par lettre administrative de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité en date du 5 mars 1997 au motif que la nouvelle demande avait été présentée moins d'une année après la notification du jugement du Conseil arbitral et que suivant avis du médecin-conseil du contrôle médical de la sécurité sociale, les certificats médicaux accompagnant la nouvelle demande ne faisaient ressortir aucun changement fondamental dans l'état de santé de l'assuré.

Le recours introduit par Manuel A.devant le Conseil arbitral des assurances sociales fut déclaré irrecevable par jugement du 14 juillet 1997 pour avoir été formé prématurément.

L'intéressé présenta le 4 juillet 1997 une nouvelle demande en obtention d'une pension d'invalidité.

Cette demande fut rejetée par décision présidentielle de l'Etablissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité en date du 28 avril 1998.

Lors de sa séance du 27 juillet 1998, la sous - commission des pensions déclara l'opposition formée par Manuel A.contre la susdite décision non fondée motifs pris de ce que le requérant n'était pas à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du code des assurances sociales et qu'il n'était pas établi que les conditions de stage inscrites à l'article 186 du code des assurances fussent remplies.

Par jugement du 11 janvier 1999, le Conseil arbitral, statuant sur le recours formé par Manuel A. contre la décision de la sous - commission déclara ledit recours non fondé et confirma la décision de rejet.

Pour statuer comme ils l'ont fait les premiers juges ont dit que l'intéressé ne justifie pas de 12 mois d'assurance pendant la période de référence triennale prévue par l'article 186 du code des assurances sociales, période qui serait déterminée non pas depuis la date de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire de maladie, mais à partir de l'échéance du risque, hypothétiquement fixée au 4 juillet 1997, date de l'introduction de la demande.

Par requête déposée en date du 1er mars 1999, Manuel A. a régulièrement relevé appel du jugement rendu le 11 janvier 1999 par le Conseil arbitral des assurances sociales.

Il demande au Conseil supérieur des assurances sociales de lui allouer par réformation du jugement entrepris une pension d'invalidité, sinon, en ordre subsidiaire, d'instituer une expertise afin de déterminer non seulement s'il est à considérer comme invalide au sens de l'article 187 du code des assurances sociales mais également la date à partir de laquelle il est invalide.

L'appelant fait plus particulièrement plaider que l'interprétation du Conseil arbitral ne se fonderait sur aucun texte existant, mais serait même contraire à la lettre de l'article 186 du code des assurances sociales qui parlerait clairement des trois années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie; que si l'interprétation du Conseil arbitral s'avérait exacte, la situation de l'appelant serait telle que son second recours serait rejeté pour avoir été présenté trop tôt et son troisième recours serait rejeté parce qu'il aurait été présenté trop tard; que même si l'on devait suivre l'interprétation du Conseil arbitral, il n'en resterait pas moins que l'échéance du risque ne se situerait pas au 4 juillet 1997, date à laquelle elle aurait été fixée arbitrairement par la juridiction de première instance, mais à une date antérieure.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Aux termes de l'article 186 du code des assurances sociales, a droit à une pension d'invalidité avant l'âge de soixante - cinq ans tout assuré justifiant d'un stage de douze mois d'assurance au moins au titre des articles 171 et 173 pendant les trois années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle ou de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie, s'il est atteint d'une invalidité au sens de l'article 187 ci - après.

Cette disposition a été introduite dans notre législation par la loi du 27 juillet 1987 concernant l'assurance pension en cas de vieillesse, d'invalidité et de survie.

Il se dégage de l'examen des documents parlementaires relatifs à la loi du 27 juillet 1987 que la période de référence triennale dont parle l'article 186 du code des assurances sociales a été prévue par le législateur afin de garantir que la pension d'invalidité, qui constitue un remplacement du revenu professionnel en cas de perte de la capacité de gain, ne soit allouée que dans la mesure où l'assuré subit effectivement une perte de revenu professionnel et d'éviter ainsi qu'une personne qui a cessé son activité depuis plusieurs années ne puisse obtenir l'allocation d'une

pension d'invalidité nonobstant le fait qu'elle ne subit plus de perte de revenu professionnel qu'il y aurait lieu de compenser.

Dans le texte du projet de loi initial il était uniquement question d'un stage de 12 mois d'assurance pendant les 3 ans précédant la réalisation du risque. Etant donné qu'aux termes de ce texte la période de maladie suivant la cessation de l'activité professionnelle, période au cours de laquelle est versée l'indemnité pécuniaire de maladie ne pouvait ainsi pas être portée en compte, le Conseil d'Etat proposa de compléter le texte en situant la période triennale soit avant la réalisation du risque, soit avant l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie, proposition qui fut adoptée par la Chambre des députés.

Il résulte de ce qui précède que la détermination de la période de référence triennale à partir de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie ne se conçoit que dans l'hypothèse où l'indemnité pécuniaire de maladie a été versée après l'échéance du risque pour lequel la pension d'invalidité est réclamée et que l'assuré entend parfaire la condition de stage qu'il ne remplit pas encore au moment de la réalisation du risque par la mise en compte de la période correspondant au bénéfice de l'indemnité pécuniaire de maladie.

En l'espèce la cessation de l'indemnité pécuniaire de maladie qui a eu lieu le 14 décembre 1994 est antérieure à l'échéance du risque qui ne peut remonter au-delà du 20 février 1995, date à laquelle la sous-commission des pensions a rejeté la première demande en obtention d'une pension d'invalidité.

Il s'ensuit que Manuel A. est malvenu à soutenir que la période de référence triennale devrait être déterminée à partir de l'expiration de l'indemnité pécuniaire de maladie.

Aux termes de l'article 186 du code des assurances la condition de stage est encore remplie si l'assuré justifie de 12 mois d'assurance pendant les 3 années précédant la date de l'invalidité constatée par le médecin de contrôle.

Il est constant en cause que Manuel A. a été déclaré au Grand-Duché de Luxembourg du 6 mai 1987 au 31 décembre 1987 avec 231 journées d'assurance, du 1er février 1988 au 31 décembre 1993 avec 71 mois d'assurance et du 1er janvier 1994 au 14 décembre 1994 avec 12 mois d'assurance.

Après le 14 décembre 1994 les cotisations n'ont plus été mises en compte au titre de l'assurance de Manuel A. qui n'a pas non plus bénéficié des indemnités pécuniaires de maladie après cette date.

Au vu de ce qui précède la condition de stage n'est remplie dans le chef de l'appelant que si son invalidité, à la supposer établie, remonte au moins au 31 janvier 1997.

Pour débouter Manuel A. de son recours, les premiers juges ont dit que l'échéance du risque devrait être hypothétiquement fixée au 4 juillet 1997, date de l'introduction de la demande.

Aux termes de l'article 191 du code des assurances sociales, la date du début de l'invalidité est uniquement censée être celle du jour où la demande en obtention de la pension est parvenue à l'un des organismes visés par la présente loi au cas où cette date ne peut être établie.

Comme il n'est pas d'ores et déjà acquis en cause qu'il soit impossible pour un expert de constater le début de l'invalidité de Manuel APOLLINARIO DE SOUSA, à la

supposer établie, qu'il ne saurait pas non plus être d'ores et déjà affirmé qu'une éventuelle invalidité de Manuel A. ne remonte pas au moins au 31 janvier 1997 et que le Conseil supérieur des assurances sociales ne dispose pas des éléments nécessaires pour savoir si l'appelant, qui a produit des certificats médicaux faisant état d'une aggravation de son état de santé, est invalide au sens de la loi et dans l'affirmative à partir de quelle date, il y a lieu, avant tout autre progrès en cause, de recourir à une expertise médicale.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur - magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, avant tout autre progrès en cause, nomme experts les docteurs René KONSBRUCK, médecin - spécialiste en orthopédie, et Marcel LANG, médecin - spécialiste en psychiatrie, avec la mission d'examiner le requérant, au besoin avec le concours d'un ou de plusieurs médecins - spécialistes de leur choix, de se prononcer dans un rapport détaillé sur les maladies et infirmités constatées, sur le taux global de l'incapacité en résultant et plus spécialement sur la question de savoir si l'assuré a subi une perte de sa capacité de travail telle qu'il est empêché d'exercer sa profession de maçon exercée en dernier lieu ou d'exercer une autre occupation professionnelle correspondant à ses forces et aptitudes, le cas échéant à partir de quelle date, invite les experts à dresser leurs investigations ensemble dans un rapport écrit et motivé à déposer dans les meilleurs délais au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales à Luxembourg jusqu'au 1er novembre 1999 au plus tard, fixe l'affaire au rôle général.

---

26

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**21 avril 1999**

*Une décision administrative est suffisamment motivée du moment qu'elle se réfère expressément à une lettre envoyée auparavant à l'appelant, dans laquelle les motifs du retrait de la pension d'invalidité étaient indiqués.*

*Le fait que le Conseil arbitral ait pris position quant au moyen de la nullité pour défaut ou insuffisance de motifs tout en omettant de le faire au dispositif du jugement ne saurait tirer à conséquence dans la mesure où il s'agit d'une simple erreur matérielle que la juridiction inférieure aurait pu redresser si elle avait été saisie d'une demande afférente.*

*L'appelant ne peut pas non plus tirer argument du fait que les premiers juges avaient confié une mission d'expert à un interniste en non pas à un cardiologue. Le juge est en effet libre dans son choix et peut confier une mission à toute personne qu'il estime capable de le renseigner, d'autant plus qu'il ressort en l'espèce du rapport versé en cause que l'homme de l'art commis a procédé à un électrocardiogramme et a donc pu se prononcer en connaissance de cause sur l'affection dont l'appelant souffrait en 1991.*

**L. Alfred c/CPEP**

No du reg:E 153/98 No 58/99

**Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 10 décembre 1998, L. Alfred a relevé appel d'un jugement avant dire droit rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 16 mars 1998 dans la cause pendante entre lui et la Caisse de pension des employés privés, et d'un jugement définitif rendu le 26 octobre 1998, et dont le dispositif est conçu comme suit : Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, rejette la demande tendant à l'institution d'une nouvelle expertise médicale, déclare le recours non fondé et confirme la décision entreprise.

Par requête du 10 décembre 1998, Alfred L. a régulièrement fait relever appel

- 1) d'un jugement avant dire droit rendu le 16 mars 1998 et
- 2) d'un jugement définitif rendu le 26 octobre 1998. Le premier jugement avait institué une mesure d'instruction pour voir si le requérant L. était au premier novembre 1997 à nouveau à même d'exercer soit son ancienne profession ou une autre occupation correspondant à ses forces et aptitudes. Le second jugement, rendu après le dépôt du rapport d'expertise, a rejeté comme non fondé le recours dirigé par l'intéressé contre une décision du comité-directeur de la Caisse de pension du 23 octobre 1997, qui lui avait retiré avec effet au premier novembre 1997 la pension d'invalidité dont il bénéficiait depuis le 30 mars 1993.

Alfred L. reproche en premier lieu à la juridiction inférieure de ne pas avoir statué dans sa décision du 16 mars 1998 sur le moyen de nullité formulé à l'encontre de la décision du comité-directeur du 23 octobre 1997.

Il ressort de la procédure versée en cause que l'appelant avait, dans son recours du 1er décembre 1997, conclu à l'annulation de la susdite décision pour défaut sinon insuffisance de motifs alors qu'elle se bornait, d'après lui, à faire référence à un courrier antérieur qui n'était pas reproduit. Dans la motivation de sa décision du 16 mars 1998, le Conseil arbitral a pris position quant à ce moyen, tout en omettant de

le faire au dispositif du jugement. Cet oubli ne saurait tirer à conséquence dans la mesure où il s'agit d'une simple erreur matérielle que la juridiction inférieure aurait pu redresser si elle avait été saisie d'une demande afférente.

C'est à raison que le Conseil arbitral a exposé que la décision critiquée du comité-directeur, en se référant expressément à une lettre envoyée auparavant à l'appelant, dans laquelle les motifs du retrait de la pension d'invalidité étaient indiqués, était suffisamment motivée.

Dans les conditions données, le moyen est à rejeter comme non fondé.

L'appelant reproche en second lieu au Conseil arbitral d'avoir confié une mission d'expertise à un médecin interniste au lieu d'en charger un cardiologue, seul compétent d'après lui pour pouvoir se prononcer sur l'ampleur et les conséquences de sa maladie. Il reproche encore au médecin saisi de n'avoir procédé qu'à un examen très sommaire de sa personne.

L'article 432 du nouveau code de procédure civile dispose que le juge peut commettre toute personne de son choix pour l'éclairer sur une question de fait qui requiert les lumières d'un technicien. Le juge est libre dans son choix et peut confier une mission à toute personne qu'il estime capable de le renseigner. Il ressort en l'espèce du rapport versé en cause que l'homme de l'art commis a procédé à un électrocardiogramme et a donc pu se prononcer en connaissance de cause sur l'affection dont l'appelant souffrait en 1991. Pour ce qui est du prétendu examen sommaire auquel l'expert aurait procédé, il échet de relever qu'il a auparavant pris inspection de toutes les pièces du dossier, qu'il connaissait donc l'anamnèse d'Alfred L. et a ainsi pu se limiter à certaines vérifications ponctuelles.

Il suit des développements qui précèdent que les reproches en question sont à rejeter comme non fondés.

Pour ce qui est du jugement du 26 octobre 1998, l'appelant reproche à la juridiction inférieure d'avoir rejeté sa demande en institution d'une nouvelle expertise et d'avoir déclaré son recours non fondé, alors qu'il résultait clairement des certificats des docteurs B. et P. que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'il n'était plus à même d'exercer son ancienne profession de cambiste.

Il ajoute dans ce contexte qu'il n'a pas d'autre formation et ne peut se donner à une autre occupation.

L'intimé demande la confirmation du jugement en question.

Le libellé de l'article 187 du Code des assurances sociales et les critères y repris ne permettent pas de tenir compte d'éléments d'ordre économique tels que problèmes de trouver un nouvel emploi, taux de chômage élevé pour travailleurs non qualifiés, manque d'instruction, d'expérience ou de formation ; seul est invalide celui qui ne peut plus exercer ni son ancienne profession ni toute autre occupation correspondant à ses possibilités physiques et intellectuelles.

Dans son rapport du 8 juin 1998, le docteur W. retient que depuis 1992, date où l'appelant a subi un quintuple pontage coronarien, il ne présente plus aucun trouble cardio-vasculaire. Il conclut à une amélioration de son état de santé le rendant apte à partir du premier novembre à exercer soit son ancienne profession soit une autre correspondant à ses forces et aptitudes.

En lisant les certificats du docteur P., on constate que l'intéressé n'a pas saisi ni le sens ni surtout la portée de l'article 187 CAS. En effet, dans sa lettre du 20 septembre 1998, il se borne à affirmer que l'appelant est incapable d'exercer la profession de cambiste ou une profession comparable, visant sans doute tout le secteur bancaire. Or le médecin en question passe sous silence l'autre hypothèse visée par le législateur de sorte que son avis n'est pas de nature à énerver totalement le rapport Weber. La même remarque s'impose pour le certificat du docteur Boisante qui se limite lui aussi à prendre position quant à l'ancienne profession de l'appelant.

Compte tenu des conclusions formelles de l'expert W., il échet de dire que c'est à raison que le Conseil arbitral a rejeté le recours d'Alfred L.

Il n'y a pas non plus lieu d'instituer une nouvelle expertise, l'appelant n'ayant pas rapporté la preuve que l'homme de l'art commis ait manqué à sa mission et se soit trompé dans ses conclusions.

L'appelant n'a pas droit à une indemnité de procédure, celle-ci étant réservée aux litiges en matière civile et commerciale.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, rejette la demande d'institution d'une expertise médicale, dit l'appel non fondé, confirme les jugements des 16 mars et 26 octobre 1998, déboute l'appelant de sa demande en allocation d'une indemnité de procédure

27

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**21 avril 1999**

*La signature d'un recours constitue une formalité substantielle en l'absence de laquelle l'acte n'existe pas. Par sa signature, le demandeur arrête et s'approprie le contenu de l'acte et certifie que l'acte en question exprime sa volonté définitive. Il s'ensuit qu'un recours non signé, même s'il n'est pas contesté qu'il émane de la demanderesse, ne peut constituer qu'un simple projet de recours qui est impropre de saisir une juridiction sociale.*

*Toutefois, en soulevant d'office ce moyen, sans inviter au préalable l'assuré à présenter ses observations, le Conseil arbitral viole les dispositions de l'article 6 alinéa premier de la convention européenne des droits de l'homme.*

**S. Marie Marguerite c/CPEP**

No du reg:E 146/98 No: 59/99

**Arrêt**

Par requête du 4 décembre 1998, Marie Marguerite S. a régulièrement fait relever appel d'un jugement contradictoirement rendu le 26 octobre 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant irrecevable son recours dirigé contre une décision du comité-directeur de la Caisse de pension des employés privés du 23 avril 1998.

Elle expose à l'appui de son recours que c'est à tort que la juridiction inférieure a dit que la signature de la requête du recours constitue une formalité substantielle dont l'inobservation entraîne l'irrecevabilité du recours. Elle ajoute que le législateur n'a prévu aucune sanction en cas de défaut de signature. Elle fait plaider dans un autre ordre d'idées que le règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 n'est pas d'ordre public de sorte que le Conseil arbitral a à tort soulevé d'office le problème de l'absence de signature. Elle invoque encore l'attitude de la partie intimée qui l'a informée de la possibilité d'attaquer la décision du 23 avril 1993 sans mettre l'accent sur la nécessité d'une signature.

Quant au fond, elle se base sur les rapports des docteurs H. et J. pour conclure à l'existence d'une invalidité au sens de l'article 187 du Code des assurances sociales dans son chef.

Elle demande au Conseil supérieur de dire, par réformation du jugement entrepris, le recours du 27 mai 1998 recevable et la demande en obtention d'une pension d'invalidité fondée.

Se basant sur une jurisprudence bien établie quant à la nécessité d'une signature sur une requête valant recours, la partie intimée conclut à la confirmation du jugement entrepris. Quant au fond, elle renvoie à l'avis du contrôle médical du 8 janvier 1998 pour demander le rejet de la demande de Marie S.. Il ressort de la procédure versée en cause que le recours de Marie S. contre la décision du comité-directeur de la Caisse de pension des employés privés du 23 avril 1998 n'est pas signé. L'article 1<sup>er</sup> alinéa 2 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993 dispose que la requête portant recours doit être signée par le demandeur ou son représentant légal ou son mandataire.

La signature d'un recours constitue une formalité substantielle en l'absence de laquelle l'acte n'existe pas. Par sa signature, le demandeur arrête et s'approprie le contenu de l'acte et certifie que l'acte en question exprime sa volonté définitive. Il s'ensuit qu'un recours non signé, même s'il n'est pas contesté qu'il émane de la demanderesse, ne peut constituer qu'un simple projet de recours qui est impropre de saisir une juridiction sociale.

C'est toutefois à tort que le Conseil arbitral a soulevé d'office le moyen en question sans inviter au préalable la requérante à présenter ses observations, cela en violation des dispositions de l'article 6 alinéa premier de la convention européenne des droits de l'homme. Dans les conditions données, il échet d'annuler le jugement du 26 octobre 1998.

La matière étant disposée à recevoir une décision définitive, le Conseil supérieur évoque l'affaire et statue au fond, en application de l'article 472 du code de procédure civile.

Ayant exposé ci-dessus que la signature d'un recours est une formalité substantielle et ayant constaté que la requérante Marie S. a omis de signer ou de faire signer par son mandataire ou représentant légal son recours du 27 mai 1998, il échet de déclarer ce recours irrecevable.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, annule le jugement du 26 octobre 1998, évoquant et statuant au fond, déclare irrecevable le recours du 27 mai 1998 de Marie S.

---

28

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**27 janvier 1999**

*Un père agissant en sa qualité d'assuré auprès de l'Union des caisses de maladie et pour le compte de son enfant bénéficiaire d'une coassurance découlant de l'assurance obligatoire de son père, peut valablement tenter seul un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales contre les décisions de l'Union des caisses de maladie qui lui font grief.*

*A supposer que le père agisse en sa qualité de représentant légal de son enfant mineur la représentation en justice du mineur est régie par sa loi personnelle, en l'occurrence la loi allemande qui prévoit une représentation en commun des deux parents, avec toutefois la possibilité qu'un parent peut conférer pouvoir à l'autre en vue de représenter l'enfant. Ce pouvoir peut même être conféré tacitement.*

*La loi allemande prévoit également que la notification d'une décision peut être effectuée à un seul parent.*

**N. T et I. W, agissant en leur qualité de représentants légaux de la personne et des biens de leur enfant mineur N. Patrick c/ UCM**

No du reg:U.C.M. No 24/99

**Arrêt**

Saisi d'un recours formé par Théodore N. père de l'enfant mineur Patrick, contre une décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 20 juin 1997 déclinant la compétence de l'Union des caisses de maladie pour la prise en charge des prestations dont le remboursement est réclamé par la Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) suivant la procédure instituée par le formulaire E 125 et décidant de suspendre avec effet immédiat le remboursement des prestations allouées au mineur Patrick N. en vertu de la législation allemande sur l'assurance dépendance, le Conseil arbitral des assurances sociales a, par jugement rendu contradictoirement à l'encontre de Théodore N. et de l'Union des caisses de maladie et par défaut à l'encontre de Waltraud I., mère du mineur, déclaré le recours irrecevable au motif que Théodore N. n'a pas pu introduire seul le recours au nom de son enfant mineur étant donné que celui-ci aurait dû être représenté en justice par ses deux parents agissant ensemble.

Par requête déposée le 19 juin 1998 au greffe du Conseil supérieur des assurances sociales, Théodore N. et son épouse Waltraud I., agissant en leur qualité de représentants légaux de la personne et des biens de leur enfant mineur, ont, dans le délai légal, formé appel du jugement pour entendre, par réformation de la décision entreprise, annuler la décision du 20 juin 1997 du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie.

Les appelants argumentent à l'appui de leur recours que le Conseil arbitral des assurances sociales, en déclarant irrecevable le recours introduit par le seul Théodore N., aurait encore dû annuler la décision du 20 juin 1997 du conseil

d'administration de l'Union des caisses de maladie qui n'avait été notifiée qu'au seul Théodore N..

Ils font encore valoir que Théodore N. a pu agir en sa qualité d'assuré auprès de l'Union des caisses de maladie et pour le compte de son enfant bénéficiaire en vertu de l'article 7, alinéa 1er, du Code des assurances sociales, de l'assurance obligatoire de son père.

Ils demandent enfin que la cause soit renvoyée par-devant le Conseil arbitral des assurances sociales autrement composé pour qu'il y soit statué au fond.

L'intimée se rapporte à prudence de justice quant à la recevabilité du recours formé par Théodore N. contre la décision du 20 juin 1997.

L'appel formé par Waltraud I. est à déclarer irrecevable en vertu du principe que seules peuvent former appel les personnes qui étaient parties ou représentées en 1<sup>re</sup> instance.

Théodore N. agissant en sa qualité d'assuré auprès de l'Union des caisses de maladie et pour le compte de son enfant bénéficiaire en vertu de l'article 7, alinéa 1er, du Code des assurances sociales, de l'assurance obligatoire de son père, peut valablement intenter seul un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales contre les décisions de l'Union des caisses de maladie qui lui font grief (Cassation 25 avril 1996, . K. c/ l'Union des caisses de maladie).

En outre, à supposer que Théodore N. agisse en sa qualité de représentant légal de son enfant mineur Patrick, toujours est-il que la représentation en justice du mineur est régie par sa loi personnelle.

La capacité pour agir en justice est une question qui échappe à la loi de la procédure et à la loi applicable au fond du litige. Elle est soumise au régime de l'incapacité générale, donc à la loi personnelle, car il s'agit de protéger l'individu en raison d'une caractéristique permanente.

Comme le mineur est de nationalité allemande, sa représentation est régie par l'article 1629 du B.G.B. qui pose le principe de la représentation commune de l'enfant par ses deux parents " *die Eltern vertreten das Kind gemeinschaftlich* ". Cependant ce principe n'est pas absolu et la jurisprudence admet qu'un parent peut conférer pouvoir à l'autre en vue de représenter l'enfant (*Ermächtigung zur Alleinvertretung*). Ce pouvoir peut même être conféré tacitement.

En l'espèce, la circonstance que la mère de l'enfant a entrepris le jugement du 11 mai 1998 ensemble avec son mari, prouve à suffisance sa volonté d'habiliter son époux à former seul un recours contre la décision du 20 juin 1997.

Il s'ensuit que Théodore N. pouvait valablement agir seul devant le Conseil arbitral des assurances sociales.

L'appel est partant fondé dans la mesure où il a trait à la qualité, respectivement au pouvoir pour agir de Théodore N..

L'appel est cependant à déclarer non fondé en ce qu'il conclut à l'annulation de la notification de la décision de l'Union des caisses de maladie du 20 juin 1997.

En effet, en vertu de l'article 1629 du B.G.B., alinéa 1, 1<sup>re</sup> phrase, qui dispose : " *ist eine Willenserklärung gegenüber dem Kind abzugeben, so genügt die Abgabe*

*gegenüber einem Elternteil*” l’Union des caisses de maladie a valablement pu notifier sa décision au seul Théodore N.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l’assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties, déclare l’appel relevé par I. irrecevable, déclare l’appel formé par Théodore N. recevable, dit l’appel partiellement fondé, réformant : déclare recevable le recours formé par Théodore N. par-devant le Conseil arbitral des assurances sociales par requête déposée le 7 août 1997, dit non fondée la demande tendant à l’annulation de la notification de la décision de l’Union des caisses de maladie du 20 juin 1997, renvoie la cause par-devant le Conseil arbitral des assurances sociales autrement composé pour qu’il y soit statué au fond.

---

29

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**03 février 1999**

*Le remboursement par l’UCM des prestations en nature fournies dans un autre pays que celui de la résidence de l’assuré est subordonné à la condition que le remboursement de ces prestations est prévu par l’institution compétente du pays dans lequel les prestations ont été servies.*

**S. Marco c/ UCM**

No du reg:UCM 125/97 No 15/99

**Arrêt**

Marco S. a présenté en août 1996 à l’Union des caisses de maladie une demande de transfert à l’étranger sur base d’un certificat médical établi par le Dr. Juliane S., médecin généraliste à Francfort / Main (Allemagne) pour un traitement auprès du Dr. S. à Greifswald (Allemagne).

Le certificat fait état des problèmes suivants :

- “ ...leidet seit 8 Jahren an den Folgen von HIV-Positivität  
Das Immunsystem ist fast vollständig zusammengebrochen ”
- “ ...leidet ausserdem an einer seit Jahren bestehenden schweren Psoriasis. ”

pour conclure : “ Es besteht die dringende Notwendigkeit einer Behandlung, um eine Verschlimmerung der Erkrankung aufzuhalten ”.

L’autorisation de transfert a été refusée par décision du 9 août 1996 du président de l’Union des caisses de maladie sur base des articles 25, 26 et 27 des statuts de l’Union des caisses de maladie au motif “ que les conditions pour l’autorisation de transfert à l’étranger ...ne sont pas remplies ”.

Saisi d’une réclamation de l’assuré, le conseil d’administration de l’Union des caisses de maladie a décidé le 16 octobre 1996 de ne pas faire droit à la demande, alors que les statuts disposent qu’il faut une demande émanant d’un médecin établi au

Luxembourg dans la même discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas ou du domaine d'une discipline apparentée.

Contre cette décision, Marco S. a introduit le 26 novembre 1996 un recours visant à l'annulation et à la réformation de la décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 16 octobre 1996.

Le 19 décembre 1996, Marco S. a introduit une deuxième demande d'autorisation de transfert à l'étranger toujours pour un traitement chez le Dr. S.. La demande fut signée par le Dr. K., dermatologue à Differdange.

Le médecin a fait état dans son diagnostic d'une " HIV-Positive Reaktion (AIDS ?) gekoppelt mit einer Psoriasis papulo-postulosa in generalisierter Ausbreitung ".

L'autorisation de transfert a été refusée le 16 janvier 1997 par le président de l'Union des caisses de maladie au motif " que le traitement préconisé vise la déficience immunitaire générale du patient et non pas le traitement du psoriasis en particulier ". Dès lors " la demande de transfert émanant d'un médecin-spécialiste en dermatologie pour un traitement qui n'est pas spécifiquement en rapport avec ses problèmes dermatologiques ne répond pas aux conditions formelles posées par les statuts de l'Union des caisses de maladie ".

Saisi d'une réclamation, le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie a décidé le 26 février 1997 de ne pas faire droit à la demande en retenant notamment :

" le traitement sollicité vise une amélioration de l'état de santé général du sieur S.. Comme le patient souffre du SIDA une demande de transfert établie par un dermatologue ne répond pas aux exigences de l'article 27 al. 1 des statuts qui exige une demande émanant d'un spécialiste établi au Luxembourg dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas.

un transfert à l'étranger auprès d'un médecin généraliste est contraire aux dispositions de l'article 27 al. 2 des statuts qui requiert un transfert chez un médecin-spécialiste ou dans un centre spécialisé.

le traitement préconisé par le Dr. S. est dénué de tout fondement juridique et n'est pas remboursé par les caisses allemandes.

une trithérapie (seul traitement de base reconnu par la communauté scientifique) a été interrompu par l'assuré.

d'après les renseignements recueillis, le traitement aurait déjà été fait de sorte que la condition de l'accord préalable (article 20 du Code des assurances sociales) fait également défaut. "

Marco S. a également introduit le 21 mars 1997 un recours contre cette décision.

Par jugement du 30 juin 1997, le Conseil arbitral des assurances sociales, joignant les recours, considérant que la formalité substantielle de l'autorisation préalable est prévue par l'article 22 du règlement (CEE) No 1408/71, que le travailleur ... qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour selon les dispositions de la législation qu'elle applique comme s'il y était affilié, que selon l'article 34 du règlement (CEE) 574/72 (règlement d'application), au cas où les formalités prévues à l'article 21 du

règlement d'application n'ont pu être accomplies pendant le séjour sur le territoire d'un autre Etat membre, les frais exposés sont remboursés à la demande du travailleur par l'institution compétente aux tarifs de remboursement appliqués par l'institution du lieu de séjour, que le traitement préconisé par le Dr. S. n'est pas remboursé par les caisses de maladie allemandes et qu'il ne s'agit pas de médicaments admis à la vente en Allemagne, que les demandes présentées auprès de l'Union des caisses de maladie n'ouvrent pas droit à la prise en charge en vertu des dispositions précitées, a déclaré les recours non fondés et confirmé les décisions entreprises.

De ce jugement, Marco S. a régulièrement relevé appel par requête déposée le 21 juillet 1997, concluant à la réformation et demandant à voir annuler les décisions du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 16 octobre 1996 et du 26 février 1997, partant à voir accorder l'autorisation sollicitée pour le traitement médical à l'étranger.

L'Union des caisses de maladie conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Dans la mesure où les deux demandes de transfert ont pour objet un traitement médical en Allemagne en faveur d'un assuré social résidant au Luxembourg qui invoque la nécessité de se rendre dans un autre Etat membre pour y recevoir des soins appropriés, c'est l'article 22 du règlement (CEE) No 1408/71, ainsi que l'ont retenu à juste titre les premiers juges, qui s'applique.

Cette disposition [art 22-1c) i] prévoit que " le travailleur salarié ou non salarié qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'Etat compétent pour avoir droit aux prestations... et qui est autorisé par l'institution compétente à se rendre sur le territoire d'un autre Etat membre pour y recevoir des soins appropriés à son état, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié,... ".

Dès lors que les prestations en nature sont servies selon les dispositions de la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour ou de résidence comme si le travailleur y était affilié, il importe de savoir si en l'espèce le traitement préconisé par le Dr. S. peut faire l'objet d'un remboursement par les caisses de maladie allemandes.

Or il résulte d'une lettre de l'AOK Mecklenburg-Vorpommern du 29 avril 1997 que le remboursement des frais du traitement préconisé n'est pas pris en charge par cette institution.

L'appelant ne rapporte pas la preuve du contraire, les décisions récentes des tribunaux allemands invoquées à l'appui de sa thèse ne concernant pas les caisses de maladie publiques, mais l'assurance-maladie privée (" Private Krankenversicherung ").

L'argument tiré de l'article 20 du Code des assurances sociales que " l'autorisation ne peut être refusée si le traitement n'est pas possible au Grand-Duché de Luxembourg " est également à rejeter, dès lors que cette disposition ne fait pas obstacle à l'exigence que la prestation en nature doive pouvoir être servie par l'institution du lieu de séjour ou de résidence selon les dispositions de la législation qu'elle applique.

C'est donc à bon droit que les premiers juges ont retenu que les demandes présentées auprès de l'Union des caisses de maladie n'ouvrent pas droit à la prise en charge en vertu du règlement (CEE) No 1408/71.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral du président-magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit non fondé, confirme le jugement du 30 juin 1997.

---

30

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**03 février 1999**

*Quant au fond : est à qualifier de traitement non dispensé au Luxembourg une opération qui se fait au Luxembourg exclusivement sous anesthésie totale, alors qu'elle peut se faire à l'étranger sous anesthésie locale.*

*Quant à la procédure : en cours d'instance, il n'appartient ni aux parties ni au juge de suppléer aux motifs invoqués en y ajoutant des motifs supplémentaires.*

*Le fait pour un assuré de se soumettre à un traitement à l'étranger nonobstant le refus de l'administration n'a aucune influence sur le recours introduit par l'assuré, le juge se plaçant au moment de la demande de l'assurée pour apprécier le bien-fondé de sa demande.*

**M. Alexandra c/UCM**

No du reg: U.C.M. No 18/99

**Arrêt**

Par jugement du 21 mai 1996 le Conseil arbitral des assurances sociales a débouté Alexandra M. de son recours dirigé contre une décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 20 décembre 1995 lui ayant refusé, par confirmation de la décision présidentielle du 31 octobre 1995, l'autorisation de la prise en charge d'un transfert pour un traitement chirurgical à Bruxelles.

Les décisions de l'Union des caisses de maladie étaient motivées par le fait que le traitement pour lequel le transfert avait été sollicité était possible au Grand-Duché de Luxembourg et que partant le transfert n'était pas justifié.

Le Conseil arbitral des assurances sociales, dans son jugement du 21 mai 1996, a débouté l'assurée Alexandra M. de son recours contre la décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie au motif

- que sa demande de transfert ne répondait pas aux conditions de l'article 27 des statuts de l'Union des caisses de maladie étant donné qu'elle a été présentée par un médecin-généraliste et non pas par un spécialiste établi au Luxembourg dans la discipline médicale spécifique du domaine de laquelle relève le cas,

- que selon l'avis du médecin-conseil du Contrôle médical de la sécurité sociale, le traitement chirurgical dont la prise en charge était demandée, était parfaitement réalisable au Luxembourg,
- que l'assurée, ayant suivi au mois de novembre 1995 à Bruxelles le traitement dont la prise en charge avait été refusée, a par conséquent enfreint les dispositions d'ordre public de l'article 20 du Code des assurances sociales qui prévoit que les prestations à l'étranger ne sont prises en charge qu'en cas de traitement d'urgence ou qu'après autorisation préalable donnée par le Contrôle médical de la sécurité sociale.

De ce jugement, Alexandra M. a relevé appel par requête déposée au greffe du Conseil supérieur des assurances sociales le 1er juillet 1996.

Cet appel introduit dans les forme et délai de la loi est recevable.

L'appelante s'oppose à la décision du Conseil arbitral des assurances sociales dans la mesure où il a soulevé d'office la non-observation de l'article 27 des statuts de l'Union des caisses de maladie, ce moyen ne lui ayant jamais été opposé par l'intimée auquel cas elle aurait pu y remédier.

En ce qui concerne le traitement chirurgical lui-même, elle fait plaider que le traitement chirurgical pour lequel elle sollicitait le transfert à Bruxelles n'était pas pratiqué au Luxembourg étant donné que le traitement qu'elle préconisait était différent en ce qu'il était effectué sous anesthésie locale et non pas totale comme au Luxembourg.

Elle conclut partant à la réformation du jugement entrepris et à la prise en charge de son traitement chirurgical pour lequel l'Union des caisses de maladie lui a refusé son accord.

L'intimée conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Alexandra M. a demandé le 19 octobre 1995 son transfert à Bruxelles pour un traitement chirurgical étant donné qu'elle souffrait de varices de la saphène interne du membre inférieur gauche. A Luxembourg il lui fut proposé comme remède l'enlèvement de la saphène interne sous anesthésie totale avec une hospitalisation de plusieurs jours (méthode du stripping). Ayant subi antérieurement un traumatisme sévère à la cheville gauche, elle a estimé opportun de refuser le traitement lui proposé au Luxembourg et de se soumettre à un traitement ambulatoire sous anesthésie locale et contrôle échographique en présence d'un phlébologue à Bruxelles. D'après l'assurée le traitement tel que pratiqué à Bruxelles n'était pas effectué à Luxembourg.

Il échet tout d'abord de constater que le premier juge a soulevé d'office un moyen de refus non soulevé par l'intimée elle-même, c'est-à-dire la non-observation de l'article 27 des statuts de l'Union des caisses de maladie, le médecin traitant de l'assurée ayant appuyé la demande de l'assurée pour son transfert à l'étranger.

L'Union des caisses de maladie ayant le choix des motifs de refus qu'elle entend invoquer, elle est limitée en cours d'instance à faire état des motifs qu'elle a invoqués dans sa décision de refus et il n'appartient ni à elle ni au juge de première instance d'y suppléer en y ajoutant des motifs supplémentaires.

Le moyen tiré par le premier juge de la non-observation des statuts de l'Union des caisses de maladie est par conséquent à rejeter.

En ce qui concerne le traitement lui-même, l'intimée ne conteste pas qu'un traitement ambulatoire sous anesthésie locale en présence d'un phlébologue n'est pas pratiqué au Luxembourg ; elle est d'avis que l'assurée aurait pu et dû se soumettre à la méthode pratiquée au Luxembourg, c'est-à-dire à la méthode du stripping effectuée sous anesthésie totale.

Il en résulte que le traitement auquel l'assurée entendait se soumettre n'existait pas au Grand-Duché au moment de la demande d'autorisation de transfert à l'étranger; par conséquent c'est à tort que l'Union des caisses de maladie a refusé de prendre en charge les frais d'un traitement chirurgical de l'assurée Alexandra M. à l'étranger.

Le fait par Alexandra M. de se soumettre à ce traitement à l'étranger nonobstant le refus de transfert de l'Union des caisses de maladie ne saurait en aucun cas avoir la moindre influence sur le recours introduit par l'assurée, le juge se plaçant au moment de la demande de l'assurée pour apprécier le bien-fondé de sa demande. C'est partant à tort que le premier juge a tenu compte du fait que néanmoins Alexandra M. s'était soumise à ce traitement.

Il échet de dire, par réformation du jugement entrepris, que c'est à tort que l'Union des caisses de maladie a refusé d'accorder à l'assurée Alexandra M. l'autorisation préalable qu'elle sollicitait pour se soumettre à un traitement chirurgical à l'étranger.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme,

le dit fondé,

réformant:

déclare fondé le recours de Alexandra M. contre la décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 20 décembre 1995,

dit qu'il y a lieu d'accorder à Alexandra M. l'autorisation préalable telle que sollicitée le 19 octobre 1995.

---

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**10 février 1999**

*Les juges européens, dans un arrêt K. c/UCM, avaient retenu que s'il est vrai que la réglementation nationale en cause ne prive pas les assurés de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services établi dans un autre Etat membre, il n'en reste pas moins qu'elle subordonne à une autorisation préalable le remboursement des frais encourus dans cet Etat et refuse un tel remboursement aux assurés qui ne sont pas munis de cette autorisation, alors pourtant que les frais encourus dans l'Etat d'affiliation ne sont cependant pas soumis à ladite autorisation.*

*Dans la mesure où cette réglementation subordonne le transfert pour un traitement médical à l'étranger à une autorisation préalable, il faut considérer qu'elle constitue une entrave à la libre prestation des services.*

**O. Cécile, épouse M. c/UCM**

No du reg: UCM 63/97 No: 17/99

**Arrêt**

Le 6 avril 1995, Cécile O., épouse M., a introduit, par l'intermédiaire du Dr. Joseph R., médecin en gynécologie-obstétrique, une demande d'autorisation de transfert à l'étranger pour une intervention chirurgicale, l'assurée présentant selon son médecin une stérilité primaire et un utérus myomateux.

Par une décision préalable du président de l'Union des caisses de maladie du 13 avril 1995, il a été retenu que le transfert n'était pas à charge de l'assurance maladie au motif que "le traitement est possible au Grand-Duché de Luxembourg et qu'un transfert à l'étranger n'est pas justifié".

Le conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie, saisi d'une opposition, a décidé le 7 juin 1995 de maintenir la décision entreprise en considérant qu'aucun élément médical nouveau n'a été apporté et qu'il n'a pas été établi qu'une qualité de soins suffisante ne peut être assurée au Luxembourg et qu'une motivation exposant les faits et critères de qualité de soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg n'a pas été donnée.

O. ayant introduit un recours contre la décision du 7 juin 1995, le Conseil arbitral des assurances sociales, par jugement du 24 février 1997, considérant que le traitement a été réalisé à Paris le 24 mai 1995 sans que la formalité substantielle de l'autorisation préalable requise par les dispositions légales applicables ait été remplie et qu'il ne s'est pas agi en l'occurrence de premiers soins urgents en cas d'accident ou de maladie survenue à l'étranger, que la disposition légale et statutaire de l'autorisation préalable est une disposition impérative et obligatoire de stricte application et que la formalité substantielle de l'autorisation préalable est prévue par l'article 22 du règlement (CEE) 1408/71, a déclaré le recours non fondé et a confirmé la décision de refus entreprise du 7 juin 1995.

Contre ce jugement, O. a régulièrement interjeté appel par requête déposée le 14 avril 1997 en faisant valoir que l'article 22 précité à l'appui de la décision viole le principe de la libre circulation des services institué par le Traité de Rome.

Lors de l'instruction de l'affaire à l'audience du 20 janvier 1999, le mandataire de l'appelante s'est référé principalement à l'arrêt rendu le 28 avril 1998 par la Cour de justice des communautés européennes dans l'affaire Raymond K. contre l'Union des caisses de maladie, estimant que le Conseil supérieur des assurances sociales n'avait qu'à reprendre le raisonnement développé dans le prédict arrêt.

Le représentant de l'Union des caisses de maladie a fait valoir que la décision en question concerne uniquement les soins dispensés de manière ambulatoire, et que la question des soins dispensés en milieu hospitalier a été laissée ouverte.

Il échet de constater que les juges européens ont, dans l'espèce citée, certes statué dans une affaire concernant un litige devant le juge de renvoi portant sur un traitement

pratiqué par un orthodontiste établi dans un autre Etat membre, en dehors de toute infrastructure hospitalière. Ils ont cependant retenu que s'il est vrai que la réglementation nationale en cause ne prive pas les assurés de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services établi dans un autre Etat membre, il n'en reste pas moins qu'elle subordonne à une autorisation préalable le remboursement des frais encourus dans cet Etat et refuse un tel remboursement aux assurés qui ne sont pas munis de cette autorisation, alors pourtant que les frais encourus dans l'Etat d'affiliation ne sont cependant pas soumis à ladite autorisation. En conclusion, ils ont considéré qu'une telle réglementation décourage les assurés sociaux de s'adresser aux prestataires de services médicaux établis dans un autre Etat membre et constitue, tant pour ces derniers que pour leurs patients, une entrave à la libre prestation des services.

Les articles 25, 26 et 27 des statuts de l'Union des caisses de maladie ont pour objet de réglementer le transfert à l'étranger pour l'obtention d'actes, services et fournitures à charge de l'assurance maladie, c'est-à-dire de prestations de services. Dans la mesure où cette réglementation subordonne le transfert pour un traitement médical à l'étranger à une autorisation préalable, il faut considérer qu'elle constitue une entrave à la libre prestation des services au sens de l'arrêt du 28 avril 1998, dès lors que cette décision vise la prestation de services médicaux en général sans distinguer s'ils sont dispensés de façon ambulatoire ou de façon stationnaire en milieu hospitalier.

Il échet donc de rejeter l'argumentation de l'Union des caisses de maladie consistant à soutenir que le prédit arrêt ne vise pas les soins dispensés en milieu hospitalier.

Pour autant que le représentant de l'Union des caisses de maladie a entendu soutenir que la réglementation est objectivement justifiée pour des raisons de sauvegarde de la santé publique en ce sens qu'ainsi se trouve assuré un service médical et hospitalier équilibré et accessible à tous les affiliés, compte tenu de ce que le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale sur le territoire national essentiel pour la santé publique permet selon l'article 56 du traité aux Etats membres de restreindre la libre prestation des services médicaux et hospitaliers, il échet de constater qu'en l'espèce l'Union des caisses de maladie

reste en défaut d'établir en quoi la réglementation litigieuse est nécessaire pour assurer le but ci-dessus décrit.

Dans la mesure où l'Union des caisses de maladie estime que l'autorisation de transfert pour des traitements médicaux à l'étranger risque d'avoir une incidence significative sur le financement du système de sécurité sociale en ce sens qu'il y aurait risque réel et effectif de rupture de l'équilibre financier du régime de sécurité sociale, il échet encore de constater que l'intimée omet de soumettre au Conseil supérieur des assurances sociales des éléments permettant de juger si en l'espèce la réglementation litigieuse est objectivement justifiée.

Force est de constater que des considérations vagues et d'ordre général ne sont pas, en l'absence d'indications concrètes, chiffrées ou chiffrables, de nature à ôter à la réglementation litigieuse son effet restrictif au sens des articles 59 et 60 du traité instituant la CEE (traité de Rome).

Compte tenu des considérations qui précèdent, c'est à tort que le jugement entrepris a confirmé une décision de refus d'autorisation de transfert à l'étranger se basant sur une absence de preuve qu'une qualité de soins suffisante ne peut être assurée au

Luxembourg et un défaut de motivation exposant les faits et critères de qualités de soins qui rendent impossible ou inadéquat le traitement au Luxembourg.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral du président-magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, le dit fondé, réformant: déclare fondé le recours de Cécile O. contre la décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 7 juin 1995, dit qu'il y a lieu d'accorder à Cécile O. l'autorisation préalable sollicitée le 6 avril 1995.

32

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**10 février 1999**

*Les caisses de maladie sont compétentes pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés.*

*Comme il s'agit dans le cas présent d'une demande en remboursement de frais exposés, l'Union des caisses de maladie est incompétente pour en connaître.*

**W. Jean Marie c/UCM**

No du reg: UCM 154/96 No: 12/99

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 27 décembre 1996, Jean-Marie W. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 11 novembre 1996 par le Conseil arbitral des assurances sociales entre lui-même et l'Union des caisses de maladie, jugement qui a déclaré non fondé son recours dirigé contre une décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie ayant refusé l'autorisation d'un transfert à la clinique St. Joseph à Arlon et la prise en charge d'une opération et des frais d'hospitalisation y relatifs pour la période du 29 mai 1995 au 6 juin 1995.

L'appelant demande en l'état actuel de la procédure au Conseil supérieur des assurances sociales de dire par réformation du jugement entrepris que les frais exposés pour les prestations de soins fournies à la clinique St. Joseph d'Arlon sont à rembourser par l'assurance-maladie.

La partie intimée a à l'audience du 13 janvier 1999 relevé appel incident contre le jugement de première instance et conclut à l'incompétence de l'Union des caisses de maladie pour connaître de la demande de Jean-Marie W. Elle conclut en ordre subsidiaire à la confirmation du jugement entrepris.

Aux termes de l'article 45 du code des assurances sociales, 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. L'article 51 donne compétence aux caisses de maladie pour la liquidation des prestations de soins de santé avancées par les assurés.

S'agissant en l'espèce d'une demande en remboursement de frais exposés, l'Union des caisses de maladie est incompétente pour en connaître. C'est donc à bon droit qu'elle invoque, dans le cadre de la présente instance, son incompétence, moyen qui d'un point de vue procédural constitue un défaut de qualité dans son chef. Il échet partant de dire l'appel incident fondé et de déclarer la demande de Jean-Marie W. irrecevable.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit les appels principal et incident en la forme ; dit l'appel principal non fondé; dit l'appel incident fondé; réformant: déclare la demande de Jean-Marie W. irrecevable.

---

33

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**24 novembre 1999**

*Le fait pour un assuré de demander dans une première étape l'autorisation d'un transfert à l'étranger et de demander ensuite le remboursement d'une partie des frais de l'intervention chirurgicale à l'étranger constitue une modification de l'objet de la demande.*

*Cette façon de procéder est permise lorsque pareille modification est régulièrement portée à la connaissance de l'administration et que celle-ci a accepté ce changement et lorsque de surcroît la demande nouvelle est implicitement contenue dans la demande originaire.*

**I. Helmuth c/UCM**

No du reg:UCM 42/99 No: 170/99

**Arrêt**

Par requête du 1<sup>er</sup> mars 1999, Helmuth I. a régulièrement relevé appel d'un jugement contradictoirement rendu le 16 février 1999 par le Conseil arbitral des assurances sociales, ayant déclaré non fondé son recours dirigé contre une décision du conseil d'administration de l'Union des caisses de maladie du 6 mai 1998 qui avait renvoyé le dossier pour raison de compétence à la Caisse de maladie des ouvriers.

Il expose à l'appui de son recours ne pas avoir pu présenter de demande d'autorisation d'un transfert à l'étranger conforme aux exigences prévues aux statuts de l'Union des caisses de maladie alors qu'un médecin-spécialiste, demeurant à Ettelbruck aurait refusé de l'examiner, qu'un deuxième spécialiste n'aurait pas présenté de demande en son nom vu qu'il était un patient à hauts risques et qu'il se serait rendu dans ces conditions en Allemagne où il fut opéré le lendemain de son arrivée en raison de son état très précaire. Il demande actuellement le remboursement des frais de l'intervention chirurgicale, selon les tarifs appliqués au Luxembourg.

La partie intimée conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Il ressort des actes de procédure versés en cause que Helmuth I. a demandé dans une première étape l'autorisation d'un transfert à l'étranger. Dans sa réclamation du 24 avril 1998, qui est postérieure à l'intervention chirurgicale effectuée à Nuremberg, Helmuth I. ne sollicite plus d'autorisation d'un transfert à l'étranger, mais il demande le remboursement d'une partie des frais de ladite intervention. Ce faisant, il a modifié l'objet de sa demande, ce qui est permis lorsque pareille modification fut régulièrement portée à la connaissance du défendeur et que celui-ci a accepté ce changement. Ceci est d'autant plus vrai que la demande nouvelle est implicitement contenue dans la demande originaire.

L'intimée a accepté de suite ce changement et a examiné la demande sous le nouvel aspect, sans élever aucune protestation. En plus, la demande nouvelle est implicitement contenue dans celle du 23 mars 1998, le but poursuivi dès le début par l'assuré étant d'obtenir la prise en charge des frais d'un traitement à l'étranger.

Dans les conditions données, il échet de dire que Helmuth I. a valablement pu modifier l'objet de sa demande.

Quant au bien-fondé de la demande actuelle de l'appelant, le jugement attaqué est à confirmer par adoption intégrale de ses motifs.

L'appelant, bien que dûment convoqué, ne s'est pas présenté.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué, les conclusions de la partie intimée et par défaut à l'égard de l'appelant, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, confirme le jugement du 16 février 1999.

---

34

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**15 juillet 1999**

*Seuls les gérants des sociétés à responsabilité limitée sont habilités à agir au nom et pour compte de la société et à la représenter en justice. Un chef d'agence n'a pas la qualité pour agir.*

*C'est à tort qu'une juridiction sociale prononce un jugement contradictoire si la notification n'a pas été faite au gérant représentant ladite société en justice.*

**M. s.à.r.l. c/CMO**

No du reg:C.M.O. No: 1236/99

**Arrêt**

Par courrier du 18 juin 1998, entré au greffe du Conseil arbitral des assurances sociales en date du 22 juin 1998, la s.à r.l. M. a exercé un recours contre une décision du comité-directeur de la CAISSE DE MALADIE DES OUVRIERS du 29 mai 1998 par laquelle il lui avait été infligé une amende d'ordre de 40.000.- francs en raison de la

violation des obligations découlant à sa charge des articles 11, alinéa 3 du Code des assurances sociales et 176, alinéa 1<sup>ier</sup> des statuts des caisses de maladie. Ce recours était signé par " S. C. ; chef d'agence ".

Statuant sur ce recours en son jugement du 23 décembre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant en l'absence de tout représentant de la s.à r.l. M. statuer contradictoirement en application de l'article 75 du Nouveau Code de Procédure Civile, a déclaré le recours irrecevable au motif qu'il n'était pas signé par un avocat, habilité aux termes de la loi du 10 août 1991 sur la profession d'avocat à signer les actes de procédure, mais par une personne se trouvant au service de la requérante n'indiquant pas la qualité en laquelle elle agissait, de sorte qu'il n'était pas établi que le recours avait été signé par le gérant de la s.à r.l. M., également habilité aux termes de la législation sur les sociétés commerciales à signer les actes de procédure pour les sociétés.

De ce jugement, la s.à r.l. M. a interjeté appel suivant requête déposée au greffe du Conseil supérieur des assurances sociales en date du 2 février 1999.

Cet appel, fait dans les forme et délai de la loi, est recevable.

L'appelante demande à voir dire que c'est à tort que le Conseil arbitral des assurances sociales a fait application de l'article 75 du Nouveau Code de Procédure Civile, que c'est à tort qu'il a déclaré son recours irrecevable et au fond demande à voir réformer la décision du comité-directeur de la CAISSE DE MALADIE DES OUVRIERS.

Sur le premier moyen, c'est à tort que le Conseil arbitral des assurances sociales a prononcé un jugement contradictoire, dès lors que la notification n'a pas été faite au gérant représentant ladite société en justice.

Le jugement intervenu est donc censé être prononcé par défaut.

Le jugement entrepris est donc à réformer en ce sens. Le Conseil supérieur des assurances sociales se trouve néanmoins saisi par l'effet dévolutif de l'appel de l'intégralité du litige.

Sur le deuxième moyen, il y a lieu de confirmer purement et simplement le premier jugement par adoption de ses motifs. En effet, seuls les gérants des sociétés à responsabilité limitée sont habilités à agir au nom et pour compte de la société et à la représenter en justice. En l'espèce, il résulte de l'instruction menée à l'audience que le recours du 18 juin 1998 avait été signé par Stéphane C., qui revêt la fonction de chef d'agence, et non pas celle de gérant. Aux termes de la loi, il n'avait donc pas qualité pour agir au nom et pour compte de la s.à r.l. M. Celle-ci est par ailleurs restée en défaut de rapporter la preuve que ses statuts contiendraient une disposition permettant au chef d'agence d'agir en justice en son nom et pour son compte.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, dit que le jugement du 23 décembre 1998 a été rendu par défaut, confirme le jugement du 23 décembre 1998 pour le surplus.

---

35

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**12 mai 1999**

*L'indemnité spéciale visée à l'article 30 de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail et l'indemnité pécuniaire de maladie naissent de causes différentes. L'indemnité pécuniaire de maladie est destinée à compenser la perte de salaire pour raison de maladie et l'indemnité spéciale prémentionnée constitue un dédommagement forfaitaire du préjudice subi par un salarié dont le contrat de travail a cessé, en l'occurrence, par la faillite de l'employeur.*

*L'indemnité spéciale, ne constituant pas un salaire, peut donc se cumuler avec l'indemnité pécuniaire de maladie.*

**F. Joaquim c/CMO**

No du reg.: C.M.O. 13/99 No: 74/99

**Arrêt**

Suite à un recours de Joaquim F. contre une décision du comité-directeur de la CAISSE DE MALADIE DES OUVRIERS du 10 juillet 1998 lui ayant refusé le versement des indemnités pécuniaires de maladie pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1997 au 16 mai 1997, le Conseil arbitral des assurances sociales, par jugement rendu contradictoirement le 4 janvier 1999, déclara le recours non fondé au motif pris de ce que la compensation de la perte de salaire aurait été opérée dans le cadre de la déclaration de créance et que l'assuré aurait bénéficié d'un salaire de remplacement cotisable pour la période de référence.

Ce jugement a été régulièrement entrepris par Joaquim F. Selon l'appelant " les premiers juges ont mésestimé le caractère des montants dus par la masse de la faillite, pour la période postérieure à la déclaration en faillite. Le créancier-salarié peut produire au passif de la faillite pour des arriérés de salaire, rédus pour une prestation de travail antérieure au prononcé de la faillite, et pour les indemnités spéciales de rupture, rédues par la masse spécialement en cas de faillite, et qui ne correspondent pas à des salaires. Ces indemnités sont dues à chaque salarié en cas de faillite, même pour ceux qui retrouvent un nouvel emploi de suite, ou pour ceux qui touchent des indemnités de chômage. Il ne s'agit pas de cumul de salaires ".

L'ouvrier malade aurait suite à ce refus subi un préjudice manifeste par rapport à ses collègues de travail qui auraient, à partir du 1<sup>er</sup> avril 1997, pu cumuler les indemnités leur revenant à la suite de la déclaration en état de faillite avec des indemnités de chômage, tandis que lui-même, en raison de sa maladie, n'aurait pas pu s'inscrire immédiatement au chômage.

L'intimée conclut à la confirmation de la décision entreprise.

Les faits de la cause

Joaquim F. était en tant qu'ouvrier engagé par la S. A. SOTRAROUTE, déclarée en état de faillite par jugement du 14 février 1997.

Il a été, pour cause de maladie, incapable de travailler pendant la période du 13 mars au 16 mai 1997.

En tant que créancier de la faillite, il a produit au passif pour ses arriérés de salaire et indemnités de licenciement couvrant les mois de janvier 1997 à juin 1997. Sa créance a été admise au passif privilégié pour le montant net de 49.624 francs et pour le montant brut de 461.283 francs.

Selon lettre du curateur du 6 août 1997, l'Administration de l'Emploi lui aurait viré le 7 mai 1997 un montant net de 277.649 francs correspondant aux salaires des mois de février 1997 à avril 1997 (73.531x3) et un montant net de 57.056 francs pour le mois de mai 1997. La période d'incapacité de travail du 13 mars 1997 au 30 avril 1997 serait dès lors comprise dans les indemnités versées au salarié au titre de sa déclaration de créance.

A la suite de cette lettre, le versement des indemnités pécuniaires a été refusé à l'assuré social pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1997 au 16 mai 1997 au motif que la compensation de la perte de salaire aurait été opérée dans le cadre de la déclaration de créance.

#### Les textes de loi applicables

Aux termes de l'article 9 du code des assurances sociales " En cas d'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident non professionnel, la perte de revenu professionnel est compensée par l'attribution d'une indemnité pécuniaire de maladie".

Selon l'article 11, alinéa 2, " L'indemnité pécuniaire est suspendue en cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération ".

D'après l'article 30 de la loi du 24 mai 1989 sur le contrat de travail, le salarié, en cas de déclaration en état de faillite de l'employeur, a droit :

1. au maintien des salaires ou traitements se rapportant au mois de la survenance de l'événement et au mois subséquent et
2. à l'attribution d'une indemnité égale à 50% des mensualités se rapportant au délai de préavis auquel le salarié aurait pu prétendre conformément aux dispositions de l'article 20 de la loi.

#### Discussion

La période en litige pour laquelle l'assuré social réclame des indemnités pécuniaires de maladie est celle courant du 1<sup>er</sup> avril au 16 mai 1997, donc celle pour laquelle la loi du 24 mai 1989 n'accorde plus le maintien du salaire – en l'espèce le maintien du salaire couvrait les mois de février et mars 1997 - mais seulement une indemnité plus spécialement déterminée en son article 30.

Cet article 30, qui régleme en général la résiliation d'office du contrat de travail en cas de cessation de travail par suite de décès, d'incapacité physique ou de déclaration en état de faillite de l'employeur, en accordant au salarié une indemnité de 50% des mensualités se rapportant au délai de préavis auquel ce salarié aurait pu prétendre, renvoie, pour le calcul de l'indemnisation, aux délais de préavis, sauf à limiter l'indemnité en découlant à la moitié.

Cette indemnité quoique déterminée en fonction de la rémunération réduite ne constitue pas un salaire, mais un dédommagement spécifique destiné à compenser la

perte injustifiée et immédiate du travail. Elle a donc le caractère de dommages-intérêts.

Le droit à l'indemnité tirée de l'article 30 et l'indemnité pécuniaire de maladie naissent partant de causes différentes, l'indemnité pécuniaire de maladie étant destinée à compenser la perte de salaire pour raison de maladie et l'indemnité stipulée par l'article 30 constituant un dédommagement forfaitaire du préjudice subi par un salarié dont le contrat de travail a cessé, en l'occurrence, par la faillite de l'employeur.

Le fait que de l'indemnité de préavis des cotisations sociales sont déduites en vertu de l'article 34 du code des assurances sociales, de même qu'un impôt sur le revenu, n'enlève pas la qualification d'allocation compensatoire à l'indemnité prévue à l'article 30, vu la nature spécifique de cette indemnité qui à proprement parler n'est pas une indemnité de préavis, vu encore la formulation de l'article 30 de la loi de 1989 qui précisément emploie le terme " indemnité " et vu le fait que, contrairement à la législation belge, aucune disposition de notre code des assurances sociales n'assimile cette indemnité à une rémunération au regard de l'article 11 du code des assurances sociales.

L'article 11 du code des assurances sociales ne prévoit la suspension de l'indemnité pécuniaire que pour le cas de conservation légale ou conventionnelle de la rémunération, hypothèses non données en l'occurrence, le salarié n'ayant pas bénéficié d'une continuation de son salaire, mais seulement de l'octroi d'une indemnité spéciale de cessation de son contrat de travail.

Même soumise à des cotisations sociales et à un impôt sur le revenu, cette indemnité se distingue d'un salaire.

Ne s'agissant pas d'un salaire, elle peut se cumuler avec l'indemnité pécuniaire de maladie.

Décider le contraire, reviendrait à défavoriser le salarié par rapport à ses collègues de travail qui à partir du 1<sup>er</sup> avril 1997 ont pu cumuler leur indemnité de chômage avec l'indemnité de préavis spéciale contrairement à l'appelant qui, par le biais de l'article 13, e) 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 a été exclu du bénéfice de l'indemnité de chômage pendant sa maladie.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président et contradictoirement entre parties, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant dit que Joaquim F. a droit aux indemnités pécuniaires de maladie pour la période du 1<sup>er</sup> avril 1997 au 16 mai 1997, renvoie l'affaire devant les organes compétents de la CAISSE DE MALADIE DES OUVRIERS pour y voir déterminer le montant exact revenant à l'assuré social.

---

36

**CONSEIL DES ASSURANCES SOCIALES**  
**12 mai 1999**

*La faculté de donner mainlevée intégrale ou partielle du non-paiement de l'indemnité pécuniaire ne vise que le cas de la déclaration tardive de l'incapacité de travail, à l'exclusion de celui d'une constatation tardive de l'incapacité de travail*

**C.M.O. c/K. Antoine**

No du reg: C.M.O. 5/99 No: 74/99

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 8 janvier 1999, la Caisse de maladie des ouvriers a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 1er décembre 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales entre elle-même et Antoine K. jugement qui a déclaré fondé le recours dirigé par celui-ci contre une décision du comité-directeur de la Caisse de maladie des ouvriers ayant refusé le versement des indemnités pécuniaires de maladie pour la période allant du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995.

Il résulte des pièces versées et des renseignements fournis en cause que Antoine K. fut en arrêt de travail du 15 novembre 1995 au 28 novembre 1995.

Le 9 janvier 1996, la Caisse de maladie des ouvriers reçut une déclaration prolongeant l'incapacité de travail de Antoine K. du 29 novembre 1995 du 31 décembre 1995.

Le 21 mars 1996, elle reçut une nouvelle déclaration pour la même période avec la mention " COPIE ORIGINAL EGARE ".

Lors de sa séance du 24 mai 1996 le comité-directeur de la Caisse de maladie des ouvriers confirma la décision de la caisse refusant le paiement des indemnités pécuniaires pour la période allant du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995 en application des dispositions de l'article 168 alinéas 2 et 3 des statuts de l'Union des caisses de maladie.

Antoine K. forma un recours contre la décision en question en exposant dans sa requête avoir déclaré son incapacité de travail à la caisse de maladie le 30 novembre 1995, sans préjudice de la date exacte.

Lors des plaidoiries en première instance le requérant fit plaider que l'employeur n'aurait pas transmis le certificat d'incapacité de travail qu'il lui avait remis à la Caisse de maladie. Il demanda subsidiairement la mainlevée du non-paiement de l'indemnité pécuniaire en application de l'article 168, alinéa 3 phrase finale des statuts de l'Union des caisses de maladie.

Par jugement du 1er décembre 1998, le Conseil arbitral dit, par réformation de la décision entreprise, que Antoine K. avait droit aux indemnités pécuniaires de maladie pour la période du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995.

Les premiers juges ont relevé qu'il résultait des éléments de la cause ( notamment des pièces versées au dossier et des renseignements fournis à l'audience ) que le requérant avait été gravement malade, que la période litigieuse est immédiatement précédée et suivie de périodes pour lesquelles les indemnités pécuniaires de maladie ont été versées, que la déclaration d'incapacité de travail établie le 18 mars 1996 et signée avec la mention " COPIE ORIGINAL EGARE " par le médecin-traitant, le docteur Michel N., retient la durée du 29 novembre 1995 jusqu'au 31 décembre 1995 comme période d'incapacité de travail, qu'une lettre établie le 3 août 1997 par le même médecin n'est pas négative pour la thèse du requérant et qu'il y a eu des disputes entre le travailleur et l'employeur.

Ils ont estimé qu'en présence de ce faisceau d'indices le certificat d'incapacité de travail du 18 mars 1996 doit être considéré comme conforme à l'alinéa 2 de l'article 168 des statuts de l'Union des caisses de maladie.

La Caisse de maladie des ouvriers demande au Conseil supérieur des assurances sociales de déclarer le recours intenté par Antoine K. contre la décision du comité-directeur, par réformation du jugement entrepris, non fondé.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement de première instance.

Aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 168 des statuts de l'Union des caisses de maladie, si l'incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident se prolonge au-delà de la période fixée initialement, la prolongation doit être déclarée moyennant un certificat prévu à l'article 171 établi le jour prévu initialement pour la reprise du travail ou au plus tard le lendemain. Le certificat doit être adressé à la caisse de maladie dans un délai de trois jours à partir du jour prévu initialement pour la reprise du travail, le cachet postal faisant foi.

En cas de déclaration ou de constatation tardives de l'incapacité de travail, l'indemnité pécuniaire n'est due respectivement qu'à partir du jour de la déclaration à la caisse de maladie ou de l'établissement du certificat médical. En cas de déclaration tardive la caisse

a la faculté de donner mainlevée intégrale ou partielle du non-paiement de l'indemnité pécuniaire.

Il est constant en cause que la Caisse de maladie des ouvriers a reçu le 9 janvier 1996 une déclaration d'incapacité de travail établie la veille par le médecin-traitant de Antoine K., le docteur Michel N., et se rapportant à la période allant du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995.

Il ne se dégage d'aucune pièce versée au dossier ni d'aucun autre élément soumis au Conseil supérieur des assurances sociales que le médecin-traitant de Antoine K. ait établi avant le 8 janvier 1996 un certificat médical d'incapacité de travail pour la période du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995 ni à fortiori que la Caisse de maladie des ouvriers ait reçu avant le 9 janvier 1996 une déclaration d'incapacité de travail pour la période en question. C'est partant à bon droit que le comité-directeur de la Caisse de maladie des ouvriers a refusé le paiement des indemnités pécuniaires se rapportant à la période allant du 29 novembre 1995 au 31 décembre 1995, l'alinéa 3 de l'article 168 des statuts de l'Union des caisses de maladie stipulant que l'indemnité pécuniaire n'est due en cas de constatation tardive de l'incapacité de travail qu'à partir du jour de l'établissement du certificat médical.

C'est encore à bon droit que le comité-directeur de la Caisse de maladie des ouvriers a refusé de donner mainlevée intégrale ou partielle du non-paiement de l'indemnité pécuniaire.

En effet la faculté de donner mainlevée intégrale ou partielle du non-paiement de l'indemnité pécuniaire ne vise que le cas de la déclaration tardive de l'incapacité de travail, à l'exclusion de celui d'une constatation tardive de l'incapacité de travail. Or en l'espèce l'incapacité de travail a été constatée tardivement, le médecin-traitant de Antoine K. n'ayant établi son certificat médical qu'en date du 6 janvier 1996.

Il résulte des développements qui précèdent que l'appel de la Caisse de maladie des ouvriers est fondé et que le recours dirigé par Antoine K. contre la décision du comité-directeur de ladite caisse est par réformation du jugement entrepris à déclarer non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant : déclare le recours de Antoine K. non fondé.

---

37

**CONSEIL ARBITRAL DES ASSURANCES SOCIALES**  
**19 juin 1998**

*Constitue une décision implicite de refus, l'absence pour le comité-directeur du Fonds National de Solidarité de se prononcer sur la demande en octroi des intérêts de retard dans le cadre d'un litige qui comprend également la question des intérêts moratoires.*

*Les intérêts moratoires de l'article 1153 du code civil constituent un accessoire d'une obligation de paiement exécutée avec retard, donc, en l'occurrence, l'accessoire d'un principal qui s'analyse en une prestation sociale de nature civile relevant de la compétence des juridictions sociales.*

*L'article 1153 du code civil est un texte d'application générale avec portée générale qui s'applique sans distinguer selon que les relations des parties sont de nature contractuelle, légale ou statutaire.*

**R. Antonio c/FNS**

Reg. No: FNS 23/96

**Arrêt**

Vu le recours formé par Monsieur R. contre la décision du comité - directeur du Fonds National de Solidarité du 25 janvier 1996 ayant liquidé les arriérés du complément RMG à un montant de 617.835.- francs;

Attendu que Monsieur Antonio R. critique la décision en question en ce qu'elle n'aurait pas tenu compte des intérêts de retard courus sur ces prestations sociales pendant la période du 1er décembre 1993 au 1er février 1996.

Attendu que le mandataire du Fonds National de Solidarité conclut en ordre principal à l'irrecevabilité de la demande pour défaut de décision préalable;

qu'au cas où le recours devait néanmoins être déclaré recevable, il conclut à l'incompétence du Conseil arbitral pour en connaître, la question à examiner constituant une question de droit civil relevant de la compétence exclusive des tribunaux de droit commun;

qu'en ordre subsidiaire et quant au fond, il conteste qu'il y ait jamais eu une sommation de payer de sorte que les prétendus intérêts moratoires n'auraient jamais commencé à courir.

#### LES ANTECEDENTS DE L'AFFAIRE

Monsieur Antonio R. s'était vu accorder une pension d'invalidité du 23 novembre 1991 au 30 novembre 1993. Suivant décision du 26 novembre 1993 de l'Etablissement d'Assurance Contre la Vieillesse et l'Invalidité, cette pension lui fut retirée avec effet au 1er décembre 1993.

Le 31 décembre 1993, Monsieur Antonio R. a présenté une première demande en obtention du complément RMG qui fut rejetée par décision du comité - directeur du Fonds national de Solidarité du 21 avril 1994 au motif qu'il n'était pas disponible pour le marché de l'emploi.

Contre cette décision, il a fait un recours devant le Conseil arbitral des assurances sociales en date du 19 mai 1994.

La requête tendait d'une part à la réformation de ladite décision du 21 avril 1994 en ce que celle - ci n'avait pas fait droit à demande en obtention du complément RMG.

Elle tendait d'autre part, et pour le cas où le recours devait être déclaré fondé, à l'allocation des intérêts au taux légal sur les prestations allouées à partir du jour de la demande en obtention du complément RMG, 31 décembre 1993, sinon à partir du dépôt du recours, 19 mai 1994.

Par décision du 27 novembre 1995, le Conseil arbitral a déclaré le recours fondé en constatant que depuis le 28 mai 1993, Monsieur R. était inscrit sans interruption comme demandeur d'emploi et que pendant toute sa période d'inscription, il n'avait refusé aucun emploi. Le conseil arbitral a dès lors retenu que Monsieur R. devait être considéré comme disponible pour le marché de l'emploi de sorte qu'il remplissait les conditions prévues à l'article 2 (1) b) de la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti.

Pour autant que le deuxième point du recours était concerné à savoir l'allocation d'intérêts moratoires, le Conseil arbitral s'est déclaré incompétent pour en connaître en argumentant qu'il n'existait pas de décision antérieure du comité - directeur sur ce point de litige et qu'un nouvel élément du litige qui n'avait pas été analysé par l'autorité administrative ne pouvait être déféré à la juridiction sociale.

Contre cette décision, Monsieur R. a interjeté appel en limitant son appel à la disposition du jugement concernant la déclaration d'incompétence pour connaître de la demande en allocation d'intérêts moratoires.

Par arrêt du 24 avril 1996, le Conseil supérieur des assurances sociales, déclara l'appel non fondé.

Comme le jugement du 27 novembre 1995 du Conseil arbitral des assurances sociales avait déclaré le recours fondé et renvoyé l'affaire devant le comité - directeur du Fonds National de Solidarité pour fixation du complément, celui-ci a, par décision du 25 janvier 1996, effectué le calcul des prestations, en fixant le complément dû à partir du 1er février 1996 à 24.583.- francs et en chiffrant les arriérés dus pour la période du 1er décembre 1993 au 1er février 1996 à 617.835.- francs.

C'est cette décision qui fait l'objet du présent recours, Monsieur Antonio R. reprochant au comité - directeur de ne pas lui avoir alloué les intérêts au taux légal sur les prestations en question.

#### QUANT AU MOYEN DE L'IRRECEVABILITE DE LA DEMANDE TIRE DE L'ABSENCE DE DECISION ADMINISTRATIVE PREALABLE

Attendu que le mandataire du Fonds National de Solidarité se base sur l'article 293 du code des assurances sociales aux termes duquel le Conseil arbitral et, en appel, le Conseil supérieur des assurances sociales, est compétent pour connaître des prestations nées ou à naître du code en question;

qu'il donne à considérer que la demande de Monsieur R. devait être déclarée irrecevable pour défaut de décision préalable du comité directeur du Fonds de solidarité national sur la question des intérêts;

que la décision entreprise du 25 janvier 1996 du comité-directeur serait en effet muette à cet égard;

Attendu cependant qu'il résulte des pièces produites en cause que Monsieur R. a dans sa première requête du 19 mai 1994, dans laquelle il formait un recours contre la décision de refus du comité - directeur du 21 avril 1994, -déjà demandé l'allocation d'intérêts moratoires sur les prestations sociales à l'allocation desquelles il concluait par réformation de la décision entreprise,

Attendu que s'il pouvait éventuellement exister un doute sur la question de savoir s'il y avait décision préalable au moment où le conseil arbitral a statué une première fois en date du 27 novembre 1995, étant donné que Monsieur R. n'avait pas expressément manifesté sa volonté de se voir allouer des intérêts moratoires dans sa demande en obtention du complément RMG du 31 décembre 1993, tout doute à cet égard se trouve actuellement dissipé,

Attendu que la décision de renvoi du Conseil arbitral du 27 novembre 1995, confirmée par arrêt du 24 avril 1996, a eu pour effet de saisir le comité-directeur du Fonds National de Solidarité de l'ensemble du litige y compris de la question des intérêts moratoires de sorte qu'il aurait dû se prononcer sur la demande en octroi des intérêts de retard;

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

Attendu que décider que l'assuré ne disposerait pas d'un recours devant les juridictions sociales lorsque l'organe compétent surseoit anormalement à statuer, équivaldrait à le livrer aux caprices d'un pouvoir arbitraire, solution qui est inadmissible dans un Etat de droit; (Conseil Supérieur des Assurances Sociales, 26 mars 1997, Roger Quintus / Caisse de Pension des Employés privés),

Attendu qu'à cela s'ajoute que les intérêts moratoires de l'article 1153 du code civil constituent un accessoire d'une obligation de paiement exécutée avec retard, donc, en l'occurrence, l'accessoire d'un principal qui s'analyse en une prestation sociale de nature civile relevant de la compétence des juridictions sociales,

qu'il est admis que les intérêts moratoires sont dus par l'effet de la loi et courent même en l'absence d'un chef de conclusions les réclamant (Boris STARCK, Les obligations, 5e édition, 1995, no 1514) de sorte que par le fait d'avoir déterminé les divers montants réduits à Antonio R. sans tenir compte des intérêts courus, le comité-directeur a implicitement refusé de lui accorder l'accessoire qu'il prétend lui revenir. (cf. décision précitée du Conseil Supérieur);

Attendu que le recours doit donc être déclaré recevable.

#### QUANT A LA COMPETENCE DU CONSEIL ARBITRAL POUR CONNAÎTRE DE LA DEMANDE

Attendu que le mandataire du Fonds National de Solidarité conclut ensuite à l'incompétence du Conseil arbitral pour connaître de la demande en allocation d'intérêts moratoires qui relèverait de la compétence exclusive des juridictions de droit commun,

Attendu qu'à donner à considérer que le Conseil arbitral constituerait une juridiction administrative ad hoc relevant en appel non pas du tribunal d'arrondissement ou de la Cour d'appel mais du Conseil supérieur des assurances sociales qui lui - même serait encore une juridiction administrative à part;

que le seul point commun avec les juridictions de droit commun consisterait dans le fait que les décisions prises par les juridictions sociales relèveraient en dernier ressort du contrôle de la Cour de cassation;

qu'il s'ensuivrait que ces juridictions spéciales ne sauraient connaître que du contentieux social proprement dit sans cependant pouvoir se pencher sur des questions de droit civil;

Attendu que le Conseil arbitral ne saurait suivre ce raisonnement;

Attendu que pour trancher le problème, il y a lieu de préciser la nature même de la juridiction sociale, le caractère juridique de la demande et la définition juridique des intérêts de retard;

Attendu que les juridictions en matière sociale ne sont ni des tribunaux ordinaires, ni des juridictions administratives, mais des juridictions spéciales (Pierre Pescatore, Introduction à la science du droit);

que les décisions rendues en dernier ressort par les juridictions sociales relèvent du contrôle de la Cour de cassation, ce qui n'est pas le cas pour les décisions rendues par une juridiction administrative, et la procédure applicable est, en principe sauf les exceptions prévues par le règlement grand - ducal du 24 décembre 1993 déterminant la procédure à suivre devant le conseil arbitral et le conseil supérieur des assurances sociales, la procédure civile (cf articles 20 et 29 du prédit règlement),

Attendu qu'en tant que juridictions spéciales, le Conseil arbitral et le Conseil supérieur ont certes une compétence d'attribution limitée aux matières qui leur sont expressément attribuées et il est inconcevable qu'il puisse y avoir prorogation de

compétence en raison de la connexité, si cette prorogation est de nature à mettre en cause l'ordre des juridictions, les articles 84 et 85 de la Constitution et le code de procédure civile s'y opposant;

Attendu que la Constitution considère la nature civile ou politique du droit subjectif qui est l'objet de la contestation pour déterminer la juridiction compétente;

Attendu qu'à cet égard, il y a lieu de spécifier que les droits dérivant de la législation sur la sécurité sociale des travailleurs salariés et indépendants sont de nature civile, qu'il ne saurait en être autrement que si la sécurité sociale avait été établie par la loi dans un but politique, c'est-à-dire pour la stabilité et la paix intérieure de l'Etat et non en faveur de la personne du citoyen comme tel (Cour trav. Bruxelles 13 janvier 1978, JTT 1978, 350);

Or, l'objet des prestations sociales consiste à fournir, après la reconnaissance du droit subjectif à prestation, un revenu de remplacement aux assurés qui ont subi une perte de revenu à la survenance d'un risque social, c'est-à-dire d'un événement ayant entraîné la perte de l'emploi ou diminué le niveau de vie d'une personne exerçant une activité professionnelle;

que le complément RMG tout comme une pension d'invalidité, constitue donc un droit civil; (cf décision précitée du Conseil supérieur des assurances sociales du 26 mars 1997);

Attendu que si l'article 293 du code des assurances sociales donne compétence au Conseil arbitral et, en appel, au Conseil supérieur, pour connaître des prestations nées ou à naître du code en question, prestations dont on vient de voir qu'elles sont de nature civile, alors les juridictions sociales doivent nécessairement également avoir compétence pour connaître de tous les accessoires nécessaires desdites prestations;

Attendu que la dernière question à examiner par le Conseil arbitral pour déterminer sa compétence est alors celle de rechercher si les intérêts de retard constituent un tel "accessoire nécessaire" même s'ils ne sont pas prévus *expressis verbis* dans le code des assurances sociales;

Attendu que l'article 1153 du code civil est un texte d'application générale avec portée générale qui peut être invoquée tant devant les juridictions spéciales que devant les juridictions ordinaires (Cassation belge, 29.12.1986, JTT, 20.5.1987, no 378) et qui s'applique sans distinguer que les relations des parties sont de nature contractuelle ou de nature légale ou statutaire (Cour d'appel lux. 1ère chambre, 17 janvier 1978 AAA/ Marbrerie Focant, Cass. fr. 11 mars 1987, Bull. civi. 5, no 129; Cour Trav. Mons 17.5.1995 JTT 1995, p. 386);

Attendu qu'il s'ensuit qu'à supposer même, quod non ainsi qu'on vient de le démontrer, que le paiement des prestations sociales constitue une obligation spécifique découlant de la législation sur la sécurité sociale et serait à considérer comme étant de nature politique, il n'en reste pas moins que ce paiement tombe sous l'application de l'article 1153 du code civil;

qu'il s'ensuit que le Conseil arbitral est compétent pour connaître de la demande.

## QUANT AU FOND

Attendu qu'il y a lieu de constater que si le mandataire du Fonds National de Solidarité a longuement discuté la recevabilité du recours et la compétence du Conseil arbitral pour en connaître, il n'est plus autrement revenu sur la question de principe si le retard dans l'allocation d'une prestation sociale peut donner lieu à des intérêts moratoires se limitant quant au fond à contester l'existence d'une sommation qui seule pouvait faire courir d'éventuels intérêts de retard;

Attendu que le Conseil arbitral s'estime de ce fait dispensé de revenir sur la question de principe, rappelant à cet égard simplement que l'article 1153 du code civil est un texte d'application générale avec portée générale qui s'applique sans distinguer selon que les relations des parties sont de nature contractuelle, légale ou statutaire;

que le retard dans l'allocation du complément RMG peut de ce fait donner lieu à allocation d'intérêts moratoires;

Attendu que seul reste alors à déterminer le point de départ du cours des intérêts;

Attendu que Monsieur Antonio R.a demandé l'obtention du complément RMG en date du 31 décembre 1993;

Attendu que les intérêts de retard sont dus dès le jour de la sommation de payer même s'ils n'ont pas été réclamés par un chef spécial des conclusions (Cass. fr, 17.7.1962, Bull. civ. 1962, 4, no 648), la mise en demeure ne devant pas contenir plus que l'expression claire et non équivoque de la volonté du créancier à voir exécuter l'obligation principale (Cass. belge, 25.11. 1991, JTT. 1992, p. 64 et 221);

Attendu qu'aux termes de l'article 1146-1 du code civil, dans la rédaction à lui donnée par la loi du 15 mai 1987, la mise en demeure se fait par sommation d'huissier ou par lettre recommandée à la poste,

qu'avant cette loi, il était unanimement admis que la sommation devait se faire par acte d'huissier:

Attendu que le Conseil arbitral ignore si la demande en obtention du complément RMG faite par Monsieur R.a été envoyée par voie recommandée au Fonds National de Solidarité;

que tel n'a d'ailleurs pas été soutenu par son mandataire;

Attendu que la seule demande ne saurait donc valoir en elle - même mise en demeure au sens de la loi;

Attendu cependant qu'une demande en justice vaut incontestablement mise en demeure;

que l'effet d'une demande en justice doit. être attaché au recours déposé au greffe du Conseil arbitral des assurances sociales en date du 19 mai 1994 4 l'encontre de la décision du comité - directeur du Fonds National de Solidarité du 21 avril 1994 portant refus d'accorder à Monsieur R.le complément RMG; qu'il faut d'ailleurs souligner que cette requête contenait *expressis verbis* la demande en allocation des intérêts moratoires au cas où il devait être fait droit à la demande;

Attendu que Monsieur R.a donc droit à des intérêts moratoires à partir du 19 mai 1994; que ces intérêts moratoires correspondront au taux légal et seront dus, depuis le 19

mai 1994 sur les prestations échues à cette date, et, depuis chaque échéance, sur les prestations ultérieures.

Par ces motifs,

le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, reçoit le recours en la forme, le déclare recevable, se déclare compétent pour en connaître, dit le recours fondé, réformant, dit que Monsieur Antonio R. a droit à des intérêts moratoires à partir du 19 mai 1994, dit que ces intérêts correspondront au taux légal, dit qu'il seront dus, depuis le 19 mai 1994, sur les prestations échues à cette date et, depuis chaque échéance, sur les prestations ultérieures, renvoie le dossier devant le comité - directeur du Fonds National de Solidarité pour y voir procéder au calcul des intérêts moratoires.

---

38

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**06 janvier 1999**

*Le refus par une personne d'accepter les conditions d'une nouvelle affectation temporaire auprès de l'Union Grand-Duc Adolphe autorise l'administration à lui retirer le bénéfice du complément RMG.*

**F. Jean c/ FNS**

No du reg.: F.N.S. 102/98 No: 3/99

**Arrêt**

Par requête du 3 août 1998, Jean F. a régulièrement fait relever appel d'un jugement contradictoirement rendu le 16 juin 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, déclarant non fondé son recours dirigé contre une décision du comité-directeur du Fonds national de solidarité du 23 janvier 1998.

L'appelant conteste avoir refusé de se plier aux exigences d'une occupation temporaire à effectuer au profit de l'Union Grand-Duc Adolphe, mesure sociale complémentaire prévue à l'article 11 de la loi modifiée du 26 juillet 1986.

Qualifiant les divergences surgies lors de l'entrevue du 17 novembre 1997 de grand malentendu, il sollicite, par réformation du jugement entrepris, l'octroi du complément prévu par la susdite loi pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 1998.

La partie intimée demande la confirmation du jugement du 16 juin 1998.

C'est à raison que la juridiction inférieure a insisté sur les dispositions de l'article 12 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 pour conclure sur base des éléments du dossier administratif que l'intéressé avait refusé d'accepter les conditions d'une nouvelle affectation temporaire auprès de l'Union Grand-Duc Adolphe. Dans les conditions données, la partie intimée était autorisée à lui retirer le bénéfice du complément RMG.

Il s'ensuit que l'appel est à rejeter comme non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant contradictoirement sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, confirme le jugement du 16 juin 1998.

39

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**24 février 1999**

*Le retrait du complément RMG au motif que la bénéficiaire vit en communauté domestique dont les revenus globaux dépassent le plafond ouvrant droit au versement dudit complément est licite du moment que l'administration peut prouver que l'adresse indiquée par la personne vivant en communauté domestique avec la bénéficiaire du complément n'est que fictive.*

**L. Anne Jeanne c/FNS**

No du reg: F.N.S. 106/98 No: 24/99

**Arrêt**

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 7 août 1998, L. Anne Jeanne a relevé appel des jugements rendus par le Conseil arbitral des assurances sociales les 3 avril 1998 et 3 juillet 1998 dans la cause pendante entre elle et le Fonds national de solidarité et dont le dispositif du jugement du 3 juillet 1998 est conçu comme suit : Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, vidant le jugement du 3 avril 1998, dit le recours non fondé, en déboute.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 27 janvier 1999, à laquelle madame le président fit le rapport oral.

Maître Sonja Vinandy, pour l'appelante, maintint les conclusions de la requête d'appel du 5 août 1998, déposée au siège du Conseil supérieur le 7 août 1998.

Maître Pierre Bermes, pour l'intimé, conclut à la confirmation des jugements du Conseil arbitral des 3 avril 1998 et 3 juillet 1998.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur refixa à l'audience publique du 10 février 1999, à laquelle le prononcé avait été fixé, le prononcé au 24 février 1999. A cette audience, le Conseil supérieur rendit l'arrêt qui suit :

Par requête déposée le 7 août 1998, Anne Jeanne L. a entrepris deux jugements rendus contradictoirement par le Conseil arbitral des assurances sociales les 3 avril et 3 juillet 1998.

Ces jugements sont intervenus suite à un recours de Anne L. contre une décision du 28 novembre 1996 du FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE lui attribuant à titre de complément RMG le montant de 1.610 francs à partir du 1<sup>er</sup> février 1997 et pour arriérés du 1<sup>er</sup> mars 1995 au 1<sup>er</sup> février 1997 le montant global de 38.236 francs. Anne LORDONG critiqua cette décision pour avoir fixé discrétionnairement un montant fictif

à titre d'obligation alimentaire dans le chef des enfants majeurs habitant avec elle et conclut à un recalcul du complément.

Le premier jugement du Conseil arbitral des assurances sociales avait, après avoir retenu qu'il n'appartient pas au Conseil arbitral des assurances sociales d'annuler la décision du FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE du 28 novembre 1996, notifiée le 15 février 1997, pour violation de l'article 8 alinéa 3 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant a) création du droit à un revenu minimum garanti, b) création d'un service national d'action sociale, c) modification de la loi du 30 juillet 1960 concernant la création d'un fonds national de solidarité, faute d'avoir été requis de ce faire, et d'examiner le moyen d'ordre privé de l'autorité de la chose décidée, non soulevé, a retenu qu'il ne saurait être fait grief au FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE d'avoir tenu compte des facultés contributives globales des débiteurs d'aliments et refixé l'affaire pour permettre au FONDS de prendre position par écrit par rapport aux moyens de la requérante selon lesquels il n'aurait pas tenu compte dans la fixation de ses ressources des dispositions de l'article 3bis et 6 alinéa 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986.

Le jugement du 3 juillet 1998 déclara le recours non fondé, motif pris de ce que la requérante n'aurait pas établi être en droit de bénéficier de l'article 3 bis faute par elle de justifier de verser régulièrement et actuellement un loyer à son fils et que le législateur aurait donné au FONDS un pouvoir d'appréciation en ce qui concerne l'examen de la situation du demandeur au regard de sa possibilité de faire valoir ses droits alimentaires à l'égard d'une personne qui est tenue à son égard d'une dette alimentaire, le FONDS pouvant fixer l'aide alimentaire à un montant approprié qui sera, aux termes des articles 6 et 8, compté comme revenu du requérant.

L'appelante reproche en substance au premier juge de n'avoir pas examiné le moyen tiré de l'autorité de la chose jugée, dès lors qu'il se dégagerait sans aucun doute de la procédure qu'elle aurait soulevé le moyen même si le terme " autorité de chose jugée " n'aurait pas été utilisé et d'avoir retenu que l'article 3 bis de la loi de 1986 ne trouverait pas application. L'appelante conclut au renvoi du dossier devant le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE pour le recalcul du complément lui revenant depuis le 1<sup>er</sup> mars 1995 et demande l'octroi d'intérêts sur le montant à elle redû.

Les faits de la cause et les antécédents procéduraux peuvent se résumer comme suit :

Anne L., qui est née le 15 avril 1942, avait présenté le 31 mars 1995 une demande en octroi du complément RMG. Elle vivait à l'époque séparée de son mari, dont elle est actuellement divorcée, auprès de ses trois enfants, dans un immeuble appartenant à son fils Nicolas S.. Les trois enfants, tous majeurs disposaient à l'époque des revenus suivants : S. Madeleine : 52.500 francs, S. Arsène 72.411 francs, S. Nicolas 52.500 francs, donc d'un total de 177.411 francs.

Après mise en compte de prestations en nature à raison de 25.333 francs, Anne L. se vit, suivant notification du 15 août 1995, allouer à partir du 1<sup>er</sup> août 1995 un complément de 5.686 francs. Les arriérés à elle redus pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 1<sup>er</sup> août 1995 s'élevaient à 26.948 francs. Aucune contribution à titre de pension alimentaire de la part des enfants ne fut considérée.

Par jugement du tribunal de paix de Luxembourg du 14 juillet 1995, siégeant sur le fondement de l'article 864 du code de procédure civile, elle fut autorisée à percevoir

sur la pension de son époux un montant mensuel de 15.000 francs, lié à l'indice officiel du coût de la vie.

Suite à cette décision, le paiement du complément fut arrêté à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1995 avec comme motif " changement des revenus de la communauté domestique à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1995.

Un recours fut introduit devant le Conseil arbitral des assurances sociales et celui-ci décida le 5 novembre 1996 que les prestations en nature ne seraient pas à prendre en considération pour déterminer les ressources mensuelles de Anne L. et le dossier fut renvoyé devant le comité-directeur du FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE.

Par décision du 1<sup>er</sup> avril 1996, le FONDS réclama la restitution du montant indûment touché de 28.430 francs.

Un recours contre cette décision devant le Conseil arbitral des assurances sociales n'a pas été vidé. Suite au jugement du 5 novembre 1996, le comité-directeur réexamina l'affaire dans sa séance du 28 novembre 1996. Le procès-verbal de la réunion retient ce qui suit : " Le comité réforme sa décision et fait procéder au recalcul du complément sans tenir compte des prestations en nature. A l'examen du dossier, il est apparu que le ménage dispose tout de même d'un revenu total de 177.411.- Frs hormis la pension alimentaire de 19 000.- Frs revenant à Mme F. Le comité en convient que si on considère individuellement les revenus de chacun des 3 enfants, aucun d'entre eux n'entre en ligne de compte pour une obligation alimentaire. Or le comité est d'avis que les enfants sont solidairement tenus à l'obligation alimentaire vu qu'ils forment ensemble avec leur mère une communauté domestique. En application des dispositions des art. 8 et 23bis de la loi modifiée du 27.07.1986 et de la règle générale définie par le comité-directeur, il est décidé de fixer cette obligation alimentaire à 11 544. - Frs. par mois. (Total des revenus des 3 enfants : 177.411.- Frs. - 131.232.- Frs. (plafond groupe impôt I) = 46 179.- Frs. X 25% = 11 544.- Frs.).

La décision afférente, notifiée le 15 février 1997, reconnaît à l'appelante un complément mensuel de 1.610 francs, les arriérés pour la période du 1<sup>er</sup> mars 1995 au 1<sup>er</sup> février 1997 étant fixés à 38.236 francs.

C'est cette décision et les jugements du Conseil arbitral des assurances sociales des 3 avril et 3 juillet 1998 qui ont fondé l'appel dont est saisi le Conseil supérieur des assurances sociales.

Il convient de relever d'emblée que Anne L. ne touche pas un secours alimentaire de 19.000 francs, mais que le jugement du 2 juillet 1998, prononçant le divorce entre parties, a fixé à seulement 15.000 francs le secours personnel à charge de son époux divorcé, montant qui, selon affirmations de l'appelante non contredites à l'audience, était toujours le même tout au long de l'instance en divorce et pendant la période de séparation de fait.

### **L'autorité de chose jugée**

L'appelante, dans sa requête d'appel, entend tirer l'autorité de la chose jugée de ce que, dans une première décision, le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE n'a pas tenu compte d'une obligation alimentaire à charge des enfants, leur faible revenu s'y opposant, mais que dans une décision subséquente une contribution fictive a été mise en compte.

L'autorité de chose jugée exige une décision juridictionnelle prise soit par un tribunal de l'ordre administratif, soit par un tribunal de l'ordre judiciaire de droit commun. Se trouvent de fait exclues non seulement les décisions émanant d'organes administratifs, les actes administratifs acquérant seulement l'autorité de la chose décidée, mais également les mesures d'administration des organes juridictionnels.

L'on ne saurait, en l'espèce, pas non plus parler d'autorité de chose décidée. D'une part, la décision visée a fait l'objet d'un recours et se trouve de ce fait dépourvue de tout effet juridique. D'autre part, le FONDS n'est pas revenu sur sa décision de dispenser les enfants d'un secours personnel individuel, mais leur a imposé une obligation solidaire.

Selon précisions fournies à l'audience, l'appelante, entend tirer l'exception de chose jugée encore d'une lettre et d'une note explicative que le FONDS a adressées les 17 et 20 juin 1996 à son mandataire. Or ces écrits ne constituent pas des décisions administratives, mais ne font qu'expliquer le calcul et la démarche opérés par le FONDS pour justifier la mise en compte de prestations en nature et aboutir à la décision du 23 novembre 1995. Le moyen tiré de l'exception de chose décidée est donc à rejeter. Par ailleurs, s'il est vrai que l'appelante avait fait plaider en première instance qu'aucune obligation alimentaire ne saurait être mise à charge de ses enfants, elle a plaidé le fond du litige et non pas l'exception de chose décidée, qui précisément s'oppose à ce qu'une partie remette en question ce qui précédemment a été décidé.

#### Le principes de calcul du revenu minimum garanti

##### a) La compensation de loyer.

Selon l'appelante, le premier juge lui aurait à tort refusé, lors du calcul de son complément RMG, une compensation de loyer.

Le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE reprend en appel son argumentation déjà développée devant les premiers juges et consistant à dire que la communauté domestique comprendrait une mère et trois enfants majeurs dont le fils qui est le propriétaire de l'immeuble cohabité par la mère et que ce fils ne saurait être considéré comme tiers au sens de l'article 3 bis dès lors qu'il serait tenu d'une obligation alimentaire envers sa mère.

Aux termes de l'article 3 bis de la loi du 26 juillet 1986 portant entre autre création du droit à un revenu minimum garanti, la personne bénéficiaire d'un revenu minimum garanti qui doit s'acquitter à l'égard d'un tiers d'un loyer pour le logement occupé, a droit à une compensation à charge de loyer.

L'article 5 de la loi modifiée de 1986 qui définit la communauté domestique (existence d'un foyer et d'un budget communs) et établit une présomption de communauté, considère toutefois, dans l'hypothèse où dans le foyer commun aucun complément n'est demandé, les ascendants vivant avec leurs descendants comme formant seuls une communauté domestique. En d'autres termes, les ascendants sont considérés comme formant seuls une communauté domestique lorsque la communauté domestique dans laquelle ils vivent ne présente pas de demande à titre de complément au revenu minimum garanti. A cet égard le fils, propriétaire de l'immeuble, qui avec ses frères et sœurs fait partie d'une autre communauté domestique, est donc à considérer comme tiers par rapport à la communauté

domestique de sa mère, la notion de “ tiers ” non définie par l'article 3bis devant être prise dans son sens large de toute personne étrangère à une situation juridique.

Il est à remarquer que le projet de loi avait initialement prévu de considérer l'ascendant seulement “ subsidiairement ” comme constituant une communauté domestique et à condition qu'aucune obligation alimentaire d'un autre membre du ménage n'existe envers lui, mais que ces restrictions n'ont pas été reprises dans le texte de loi final (cf. Projet de loi no 3249, commentaire des articles).

La loi n'accorde une augmentation du revenu minimum garanti à titre de compensation que pour frais de loyer effectivement versés. A titre de preuve du paiement l'appelante verse en cause un certificat établi par Nico S. et libellé comme suit : Ich Unterzeichnender S. Nico bestätige hiermit dass Frau L. Anne mir 8.000 Fr monatlich für Kost und Logis (Unterhalt) bezahlt.

L'appelante avait déjà présenté une pièce similaire devant le tribunal de paix dans le cadre de l'instance introduite sur le fondement de l'article 864 du code de procédure civile, mais avait déclaré à l'époque qu'elle ne serait pas à même de payer les mensualités eu égard au fait qu'elle ne toucherait pas de pension alimentaire.

Vu cette déclaration, la pièce versée en cause n'est, en l'absence de quittances ou de virements ou d'autres modes de preuve, pas susceptible de valoir preuve d'un paiement effectif et régulier de loyer. Le premier juge est donc à confirmer en ce qu'il a rejeté la demande en compensation de loyer.

#### b) La prise en compte d'une obligation alimentaire

Le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE qui, dans sa décision du 20 juillet 1995 n'avait retenu à charge des enfants aucune obligation alimentaire individuelle vu leurs faibles revenus respectifs, avait estimé lors de sa décision du 28 novembre 1996 devoir imposer aux enfants une obligation alimentaire solidaire eu égard au fait que le total de leurs revenus serait de 177.411 francs et qu'ils formeraient ensemble avec leur mère une communauté domestique. La décision est basée sur les articles 8 et 23 bis de la loi modifiée du 27 juillet 1986.

Il a été répondu ci avant à l'argument de la communauté domestique et le Conseil supérieur des assurances sociales s'y réfère.

Selon l'article 6 de la loi de 1986 il faut tenir compte pour la détermination des revenus d'un ayant droit des obligations alimentaires fixées conformément à l'article 8.

L'article 8 se réfère pour l'appréciation des ressources expressément aux obligations alimentaires telles que déterminées par les dispositions afférentes du code civil, à savoir les articles 203, 205 à 212, 214, 238, 267bis, 268, 277, 300, 334-1 et 362 et permet au Fonds de fixer l'aide alimentaire à un montant approprié dans le cas où les débiteurs ne s'acquittent qu'imparfaitement ou manquent de s'acquitter de leur dette alimentaire.

Il se dégage de l'esprit de cette disposition que les obligations des articles 205 et suivants du code civil doivent prendre le pas sur le devoir de solidarité de la collectivité et que l'obligation alimentaire incombant aux proches parents doit passer avant la contribution de la collectivité nationale qui, à cet égard, doit garder un caractère subsidiaire.

Il s'en dégage encore que pour l'appréciation des ressources, il est tenu compte de l'aide à laquelle sont tenues certaines personnes en vertu des dispositions du code civil. Le Fonds évalue donc l'aide qu'apportent ou devraient apporter au requérant du RMG les personnes tenues à l'obligation alimentaire conformément au code civil, un montant approprié, quoique virtuel et fictif étant mis en compte.

Pour la détermination de ce montant il sera, entre autre, tenu compte de l'article 208 du code civil aux termes duquel les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame, et de la fortune de celui qui les doit. Il résulte de cette disposition que s'il existe plusieurs débiteurs alimentaires solvables du même degré, le créancier ne peut réclamer à chacun que la part qui est la sienne, compte tenu des aliments que les autres débiteurs légaux, qu'ils soient à la cause ou non, sont en mesure de payer. La décision par laquelle le juge du fond a condamné deux enfants in solidum à payer une pension alimentaire à leur mère est dès lors illégale (Rev. trim. de droit fam. 1997, p. 415).

Chaque débiteur étant tenu de l'obligation alimentaire proportionnellement à ses propres ressources, toute solidarité ou indivisibilité entre les débiteurs est exclue. En matière d'obligation alimentaire aucun texte ne prévoit d'ailleurs la solidarité ; or, celle-ci aux termes de l'article 1202 du code civil ne se présume pas (Encycl. Dalloz, vo Aliments no 225 et 226).

C'est donc en violation de l'article 208 du code civil qu'une obligation alimentaire solidaire a été mise en compte par l'intimé.

Il ressort des investigations de l'intimé – qui tiennent compte du fait que les enfants vivent dans le cadre d'un foyer commun - et de sa propre décision administrative dernière en cause qu'aucun des enfants de la requérante n'est en mesure de contribuer personnellement aux frais d'entretien de leur mère. Pour la détermination des revenus de la requérante, aucune pension alimentaire ne sera donc prise en considération.

Il y a, en conséquence, lieu à renvoi de l'affaire devant le comité-directeur du FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE pour procéder au recalcul du complément RMG.

### **Les intérêts de retard**

L'appelante avait sollicité dans sa requête d'appel l'octroi d'intérêts sur le montant à elle redû à partir du 1<sup>er</sup> mars 1995. A l'audience, elle a considéré sa demande en octroi du complément RMG comme constituant une mise en demeure lui ouvrant droit aux intérêts, reportant ainsi sa demande au 31 mars 1995, jour du dépôt de la requête.

Cette demande, contrairement à l'avis de l'intimé n'est pas formulée subsidiairement, mais par contre cumulativement. Il appartient donc au Conseil supérieur des assurances sociales d'y statuer.

L'intimé s'oppose à la demande en faisant valoir en substance que :

- le FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE n'aurait jamais pris de décision sur les intérêts
- la loi ne prévoirait pas l'octroi d'intérêts,
- les intérêts relèveraient du droit commun et non pas du droit social
- le droit civil ne jouerait pas

- les tribunaux spéciaux ne seraient pas justiciables de ces intérêts

le Conseil supérieur des assurances sociales en statuant sur les intérêts dépasserait sa compétence au regard des articles 290 et suivants du code des assurances sociales.

Par arrêt de la Cour de cassation du 18 décembre 1997 (No 1418 Caisse de Pension des Employés Privés c/ Q.) il a été décidé que le Conseil supérieur des assurances sociales, juridiction spéciale en matière de sécurité sociale, a compétence pour connaître d'une demande en paiement d'intérêts moratoires sur base de l'article 1153 du code civil, ces intérêts constituant un accessoire d'une prestation sociale relevant de la compétence des juridictions sociales. Le même arrêt a retenu la portée générale de l'article 1153 du code civil.

Un complément RMG destiné à assurer à tous les citoyens un minimum de moyens d'existence et à lutter ainsi contre la pauvreté par le biais de la solidarité nationale constitue pour l'ayant droit un droit de nature civile.

Les intérêts moratoires de l'article 1153 du code civil - le texte emploie le terme de dommages-intérêts - constituent un accessoire d'une obligation de paiement exécutée avec retard, donc, en l'occurrence, l'accessoire d'un principal qui s'analyse en une prestation sociale de nature civile relevant de la compétence des juridictions sociales. Les intérêts moratoires sont dus par l'effet de la loi et courent même en l'absence d'un chef de conclusions les réclamant ( Boris STARCK, Les obligations, 5<sup>me</sup> édit. 1995 no 1514 et ss).

Le texte s'applique indiscutablement à toute créance de somme d'argent dès l'instant que celle-ci est liquide, c'est-à-dire précisément chiffrée, ou du moins déterminable.

Le droit à prestation dans le chef de Anne L. est, selon décision du FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE, certes ouvert à partir du 1<sup>er</sup> mars 1995.

Comme sa créance n'était toutefois pas déterminée à cette date, mais seulement depuis le présent arrêt, qui fournit tous les éléments d'appréciation, les intérêts moratoires correspondant au taux légal ne courront qu'à partir du jour de la notification de la présente décision.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président et contradictoirement entre parties, reçoit l'appel en la forme, le dit partiellement fondé, rejette le moyen tiré de l'autorité de la chose jugée, dit que pour la détermination des revenus de la requérante, aucune pension alimentaire ne sera prise en considération.

---

40

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**10 novembre 1999**

*Le retrait du complément RMG au motif que le bénéficiaire a refusé les mesures sociales complémentaires n'est pas illicite du fait que l'appelante est mère de trois enfants dont l'un nécessite la présence continue de la mère au foyer en raison de son état de santé précaire.*

**K. Marianne c/FNS**

No du reg: F.N.S 28/99 No: 157/99

**Arrêt**

Par jugement rendu par le Conseil arbitral des assurances sociales le 29 décembre 1998 le recours dirigé par K. Marianne contre une décision du comité-directeur du Fonds national de solidarité du 22 mai 1998 lui ayant retiré avec effet au 1<sup>er</sup> juin 1998 le complément RMG prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti, au motif qu'elle se serait soustraite aux mesures sociales complémentaires, a été déclaré non fondé.

Par requête déposée en date du 16 février 1999 K. Marianne a fait relever appel du jugement susvisé.

Cet appel, introduit dans les forme et délai de la loi, est recevable.

L'appelante conclut à la réformation du jugement entrepris qui n'aurait pas suffisamment tenu compte de sa situation personnelle de mère de trois enfants dont l'un nécessite la présence continue de la mère au foyer en raison de son état de santé précaire.

L'intimé Fonds national de solidarité demande la confirmation du jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 29 décembre 1998.

L'article 12 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti stipule que le complément n'est pas dû au cas où le requérant refuse l'une des mesures prévues à l'article 11 de cette même loi. D'après ledit article le service national d'action sociale définit ensemble avec le bénéficiaire du revenu minimum garanti un projet d'insertion sociale et professionnelle.

C'est à bon droit et pour des motifs que le Conseil supérieur des assurances sociales adopte que les premiers juges ont retenu que l'attitude de K. Marianne doit être considérée comme un refus des mesures sociales complémentaires prévues à l'article 11 de la loi modifiée du 26 juillet 1986 précitée.

Il s'ensuit que l'appel est à déclarer non fondé et le jugement entrepris à confirmer dans toute sa teneur.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et sur les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le déclare non fondé, partant confirme le jugement entrepris.

41

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**10 novembre 1999**

*Les jugements qui tranchent dans leur dispositif une partie du principal et ordonnent une mesure d'instruction ou une mesure provisoire peuvent être immédiatement frappés d'appel comme les jugements qui tranchent tout le principal ; il en est de même lorsque le jugement qui statue sur une exception de procédure, une fin de non-recevoir ou tout autre incident met fin à l'instance; les autres jugements, et notamment ceux qui n'ordonnent qu'une mesure d'instruction, ne peuvent être frappés d'appel indépendamment des jugements sur le fond, que dans les cas spécifiés par la loi.*

*En l'espèce le Conseil arbitral des assurances sociales, en rejetant un moyen de nullité et en ordonnant, avant dire droit au fond une expertise, n'a pas mis fin à l'instance et n'a, dans le dispositif du jugement, rien tranché au principal .*

**G. Cyrille c/FNS**

No du reg:F.N.S 29/99 No: 155/99

**Arrêt**

Statuant sur le recours de Cyrille G. introduit contre une décision du comité-directeur du Fonds national de solidarité du 26 juin 1998 informant le requérant que le paiement de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées lui accordée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1984 prendra fin avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales a, par jugement du 29 décembre 1998, après avoir rejeté un moyen visant à l'annulation de la décision entreprise pour non-respect de la procédure contradictoire et violation des droits de la défense, avant dire droit nommé expert le Dr Fernand W. avec la mission de se prononcer dans un rapport détaillé sur la question de savoir si à la date du 1<sup>er</sup> juillet 1998 le requérant remplit toujours les conditions prévues par la loi pour l'obtention d'une allocation spéciale pour personnes gravement handicapées.

De ce jugement, G. a relevé appel par requête déposée le 17 février 1999, concluant en ordre principal à voir annuler la décision pour non-respect de la procédure contradictoire et violation des droits de la défense, et en ordre subsidiaire, à voir réformer la décision et à voir maintenir le requérant au bénéfice de l'allocation spéciale pour personnes gravement handicapées prévue par la loi du 16 avril 1979.

Interpellées par le président sur la recevabilité de l'appel au regard du dispositif du jugement entrepris, les parties ont chacune estimé que l'appel était à considérer comme recevable.

Aux termes des articles 579, 580 et 355 du nouveau code de procédure civile, les jugements qui tranchent dans leur dispositif une partie du principal et ordonnent une mesure d'instruction ou une mesure provisoire peuvent être immédiatement frappés d'appel comme les jugements qui tranchent tout le principal ; il en est de même lorsque le jugement qui statue sur une exception de procédure, une fin de non-recevoir ou tout autre incident met fin à l'instance; les autres jugements, et notamment ceux qui n'ordonnent qu'une mesure d'instruction, ne peuvent être frappés d'appel indépendamment des jugements sur le fond, que dans les cas spécifiés par la loi.

Il en résulte que l'appel est irrecevable lorsque le jugement ne met pas fin à l'instance et ne tranche, dans son dispositif, rien au principal. Pour l'application de ce principe, il faut distinguer entre les différents chefs indépendants de la demande.

Force est de constater qu'en l'espèce le Conseil arbitral des assurances sociales, en rejetant un moyen de nullité et en ordonnant, avant dire droit au fond une expertise, n'a pas mis fin à l'instance et n'a, dans le dispositif du jugement, rien tranché au principal quant au recours introduit par G.

La demande visant à l'annulation de la décision entreprise pour inobservation de la procédure contradictoire prévue par l'article 9 du règlement grand-ducal du 8 juin 1979 relatif à la procédure à suivre par les administrations relevant de l'Etat et des communes ne constitue en fait qu'un moyen produit par le requérant à l'effet d'être maintenu au bénéfice de l'allocation spéciale.

Le fait que le rejet de ce moyen se trouve inséré de façon superflue dans le dispositif du jugement est irrelevant, seule une décision relative au maintien ou à la suppression de l'allocation spéciale litigieuse constituant une décision au fond tranchant le principal au sens des articles précités.

Il s'ensuit que l'appel de G. est irrecevable en l'état.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président-magistrat et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, déclare irrecevable l'appel de Cyrille G.

*Si l'administration peut disposer en certaines matières d'un pouvoir dit discrétionnaire, il n'en est pas pour autant soustrait à tout contrôle juridictionnel dans ce sens que sous peine de consacrer un pouvoir arbitraire, le juge, saisi d'un recours, doit se livrer à l'examen de l'existence et de l'exactitude des faits matériels qui sont à la base de la décision attaquée, et vérifier si les motifs dûment établis sont de nature à motiver légalement la décision attaquée.*

*Pour ailleurs, 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.*

### **F. Ernestina c/FNS**

No du reg: F.N.S. 108/99 No: 162/99

#### **Arrêt**

Par jugement du 11 mai 1999, le Conseil arbitral des assurances sociales a rejeté le recours introduit par Ernestina F. contre une décision du comité-directeur du Fonds National de Solidarité du 18 décembre 1998 portant rejet de sa demande en obtention du complément prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986, au motif que, le Fonds National de Solidarité ayant fait application de l'article 5, § 4 de la loi modifiée de 1986 lui conférant un pouvoir discrétionnaire pour considérer certaines personnes comme formant une communauté domestique à elles seules en dépit du fait d'avoir été recueillies dans un ménage, il avait fait une application correcte de cette disposition légale en refusant de considérer Ernestina F. comme formant seule une communauté domestique.

Par requête régulièrement déposée le 17 juin 1999, partant endéans le délai légal, Ernestina F. a interjeté appel contre cette décision, et demande à se voir considérer comme formant à elle seule une communauté domestique, de sorte que seuls ses revenus seraient à prendre en considération pour la détermination du droit au complément prévu par la loi modifiée de 1986.

Il est constant en cause que Ernestina F. vit actuellement dans le ménage de Joao F. et de son épouse Aldina M., sans qu'il n'existe de lien de famille, par le sang ou par alliance, entre ces deux personnes et Ernestina F. Elle y vit depuis l'année 1972, année au cours de laquelle son époux est décédé sans avoir travaillé pendant une période suffisamment longue pour ouvrir droit au profit de sa veuve d'une rente quelconque. Ernestina F. se trouve actuellement sans revenus propres.

Faisant application de l'article 6, § 1<sup>er</sup> de la loi modifiée de 1986 (aux termes duquel «pour la détermination des ressources d'un ayant droit sont pris en considération son revenu brut intégral et sa fortune ainsi que les revenus et la fortune des personnes qui vivent avec lui en communauté domestique») et de l'article 5, § 1<sup>er</sup> (aux termes duquel «sont présumées faire partie d'une communauté domestique toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun et dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun»), et en refusant de faire application au cas de Ernestina F. de l'article 5, § 4 de la loi modifiée de 1986 (aux termes duquel «le Fonds National de Solidarité peut considérer les personnes majeures, recueillies dans un ménage pour lequel elles créent des charges sans y apporter une contribution quelconque, comme formant seules une communauté domestique»), le Fonds National de Solidarité a pris en considération l'intégralité des revenus de Joao F. et de son épouse Aldina M. pour statuer sur le droit de Ernestina F. à toucher le complément prévu par la loi modifiée de 1986.

Le Fonds National de Solidarité oppose à la demande de Ernestina F. deux arguments tendant à voir déclarer son recours irrecevable ab initio. Dans un premier ordre d'idées, le Fonds National de Solidarité expose que Ernestina F. avait antérieurement bénéficié du complément prévu par la loi à une époque à laquelle les revenus du

couple Joao F.-Aldina M. étaient moins élevés, mais qu'en tout état de cause, il aurait toujours été tenu compte pour la fixation du montant du complément auquel pouvait prétendre Ernestina F. de la communauté domestique formée par celle-ci avec Joao F. et Aldina M. Or, Ernestina F. n'aurait jamais entrepris le moindre recours contre ces décisions, de sorte qu'il faudrait admettre qu'il s'agirait d'une décision coulée en force de chose décidée que Ernestina F. ne pourrait plus remettre en cause actuellement.

Ce moyen doit être rejeté dans la mesure où les décisions dont fait état le Fonds National de Solidarité ont été prises dans le cadre d'une demande introduite par Ernestina F. en 1993 et d'une demande introduite par Joao F. en 1996. Elles n'ont pas été prises dans le cadre de la demande du 28 octobre 1998 dont le Conseil supérieur des assurances sociales se trouve actuellement saisi. Or, 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.

Le Fonds National de Solidarité expose en second lieu que par l'emploi du verbe «pouvoir» dans l'article 5, § 4 de la loi modifiée de 1986, le législateur aurait entendu lui confier un pouvoir discrétionnaire soustrait à tout contrôle juridictionnel. Ernestina F. ne saurait partant remettre en cause par la voie d'une action en justice son appréciation souveraine faite de l'application de cette disposition légale.

Cet argument doit de même être rejeté. Si l'administration peut disposer en certaines matières d'un pouvoir dit discrétionnaire, il n'en est pas pour autant soustrait à tout contrôle juridictionnel dans ce sens que sous peine de consacrer un pouvoir arbitraire, le juge, saisi d'un recours, doit se livrer à l'examen de l'existence et de l'exactitude des faits matériels qui sont à la base de la décision attaquée, et vérifier si les motifs dûment établis sont de nature à motiver légalement la décision attaquée.

En l'espèce, Ernestina F. remplit toutes les conditions requises par l'article 5, § 4 : elle est majeure, elle a été recueillie dans un ménage, elle crée pour ce ménage des charges sans y apporter une quelconque contribution. Dans ces conditions, c'est à tort que le Fonds National de Solidarité et le premier juge ont refusé de faire application de cette disposition légale en refusant de considérer Ernestina F. comme formant seule une communauté domestique.

Il en résulte qu'il y a lieu à réformation du jugement entrepris.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, partant dit que Ernestina F. est à considérer comme formant seule une communauté domestique en application de l'article 5, § 4 de la loi modifiée du 26 juillet 1986, renvoie le dossier devant le comité-directeur pour le calcul du complément revenant à Ernestina F.

---

43

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**11 novembre 1999**

*Le retrait du complément RMG au motif que la bénéficiaire vit avec une autre personne en communauté domestique dont les revenus globaux dépassent le plafond ouvrant droit au versement dudit complément est licite du moment qu'il existe un faisceau d'indices graves et concordants en faveur de la réalité de cette communauté domestique tels que témoignages, adresse fictive de l'un des partenaires.*

**A. Lucie c/FNS**

No du reg: F.N.S. 36/99 No: 163/99

**Arrêt**

Par jugement du 5 janvier 1999, le Conseil arbitral des assurances sociales a rejeté le recours introduit par Lucie A. contre une décision du comité-directeur du Fonds National de Solidarité du 18 septembre 1998 portant retrait avec effet au 1<sup>er</sup> juin 1999 du complément prévu par la loi modifiée du 26 juillet 1986 portant création du droit à un revenu minimum garanti, au motif qu'elle vivait en communauté domestique avec un dénommé Raymond H. et que les revenus globaux de cette communauté dépassaient le plafond ouvrant droit au versement dudit complément. Pour statuer comme il l'a fait, le premier juge a considéré qu'il résultait à suffisance de droit des pièces du dossier que Lucie A. vivait en communauté domestique avec Raymond H. et qu'il y avait partant lieu à application de l'article 6, § 1<sup>er</sup> de la loi modifiée de 1986.

Par requête régulièrement déposée le 23 février 1999, partant endéans le délai légal, Lucie A. a interjeté appel contre cette décision. A l'appui de son recours, elle fait valoir que les conditions de la communauté domestique telles qu'elles résultent de l'article 5, § 1<sup>er</sup> de la loi modifiée 1986, à savoir vie dans un foyer commun avec un budget commun, ne seraient pas réalisées en l'espèce, dès lors d'une part qu'il résulterait des pièces du dossier que Raymond H. ne vivrait pas auprès d'elle, mais à une toute autre adresse, et d'autre part qu'il ne serait pas prouvé par le Fonds National de Solidarité qu'elle disposerait d'un budget commun avec Raymond H.

Aux termes de l'article 5, § 1<sup>er</sup> de la loi modifiée de 1986, «sont présumées faire partie d'une communauté domestique toutes les personnes qui vivent dans le cadre d'un foyer commun et dont il faut admettre qu'elles disposent d'un budget commun ». Cette disposition légale est à appliquer en ce sens qu'à partir du moment où la preuve de la vie commune entre deux personnes est établie, il faut présumer qu'elles assurent cette vie commune à l'aide d'un budget commun, cette présomption pouvant être combattue par tous moyens.

En l'espèce, il résulte des pièces du dossier administratif établi par les services du Fonds National de Solidarité au mois de juillet 1998, et notamment des faits y relatés par la sœur de Lucie A. et par le prétendu bailleur de Raymond H., que ce dernier n'habitait pas au moment de ladite enquête à l'adresse qu'il avait indiquée, mais auprès de Lucie A.. Ce fait est encore confirmé par le certificat de résidence de Raymond H. versé aux débats par Lucie A., duquel il résulte qu'en date du 15 octobre 1998, Raymond H. a été rayé d'office de l'adresse à laquelle il était inscrit. Cette

adresse n'était partant que fictive. En présence de ces éléments constants, Lucie A. reste encore en défaut de fournir d'autres précisions ou indications sur le domicile réel de Raymond H. au courant de l'année 1998.

L'offre de preuve par témoins présentée par Lucie A. est sans incidence sur la solution du litige. Dans le premier point, elle tend à établir que lors de la visite à son domicile de l'enquêtrice du Fonds National de Solidarité, Raymond H. était bien présent, mais seulement pour effectuer de menus travaux, « sans pourtant n'y avoir jamais résidé ou vécu dans le cadre d'un foyer commun avec l'appelante ». Cette offre de preuve n'est pas de nature à contredire les éléments rapportés aux débats par la sœur de Lucie A. et par le prétendu bailleur de Raymond H., et elle ne tend pas à prouver le domicile réel de Raymond H. à l'encontre de ces éléments constants.

Le second point de cette offre de preuve, en ce qu'il tend à démontrer le domicile réel de Raymond H. à une autre adresse que celle de Lucie A. depuis le 1<sup>er</sup> mars 1999 est sans pertinence pour la solution du présent litige, doit s'apprécier en fonction des éléments de fait du mois de juillet 1998.

Il existe donc un faisceau d'indices graves et concordants en faveur de la réalité d'une communauté domestique de Lucie A. avec Raymond H., de sorte que le jugement entrepris est à confirmer.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit non fondé, partant en déboute et confirme le jugement du 5 janvier 1999.

---

44

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**08 décembre 1999**

*A défaut de disposition légale prévoyant que le silence de l'administration 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.*

**L. B. (Q. Roger) c/Ministère de la Santé**

No du reg: M.S. 14/99 No: 173/99

**Arrêt**

(La dame L. Berthe, veuve Q., étant décédée le 19 septembre 1999, Roger Q. a, par lettre du 26 octobre 1999, déclaré reprendre l'instance d'appel introduite par sa mère )

Par requête déposée au Conseil arbitral des assurances sociales le 11 avril 1995 Berthe L. forma un recours contre une décision du Ministre de la Santé du 23 mars 1995 ayant confirmé le rejet de la demande en allocation des soins par elle présentée au titre de la loi du 22 mai 1989 et signée le 25 août 1994.

Suivant demande datée au 30 mai 1997 et entrée au Conseil arbitral des assurances sociales le 2 juin 1997 Berthe L. sollicite en outre l'octroi d'intérêts moratoires au taux légal à partir du 10 avril 1995 sur les prestations échues à cette date et depuis chaque échéance sur les prestations ultérieures.

Par jugement rendu contradictoirement le 23 juillet 1997 le Conseil arbitral des assurances sociales a :

- par réformation, dit que la requérante a droit au bénéfice de l'allocation de soins à partir du 30 août 1994 sous réserve de l'application de l'article 5, alinéa premier de la loi du 22 mai 1989 en ce qui concerne les périodes de séjour dans un établissement hospitalier dépassant un mois ;
- déclaré irrecevable la demande en allocation d'intérêts moratoires sur ladite allocation, d'une part, pour cause de tardiveté étant donné qu'elle n'a pas été formulée dans le recours à présenter endéans le délai prévu et, d'autre part, au motif que cette demande n'a pas été analysée par le Ministre de la Santé qui n'a pas statué préalablement par une décision susceptible de recours au sujet d'éventuels intérêts à accorder à l'intéressée sur ladite allocation et que le Conseil arbitral ne peut statuer sur un élément qui n'était pas litigieux avant sa saisine et qui ne fut pas soumis pour décision au Ministre de la Santé appelé par la loi à trancher préalablement aux juridictions sociales.

En date du 11 août 1997 un décompte relatif au versement des allocations de soins pour la période d'août 1994 à décembre 1995 fut adressé par le Ministère de la Santé au fils de la requérante.

Par lettre recommandée avec avis de réception du même jour Berthe L. a sollicité auprès du Ministre de la Santé une décision relative aux intérêts moratoires sur les prestations de soins échues, susceptible de recours auprès des juridictions compétentes en la matière.

Elle a fait parvenir au Ministre de la Santé deux rappels relatifs à cette demande en date des 3 décembre 1997 et 7 janvier 1998.

Par requête adressée le 2 février 1998 au Président du Conseil arbitral des assurances sociales Berthe L. demanda à voir condamner le Ministre de la Santé au paiement des intérêts moratoires à partir du 10 avril 1995 jusqu'à solde sur les prestations de soins échues à cette date et depuis jusqu'à échéance sur les prestations ultérieures.

Le 20 mars 1998 le Ministre de la Santé adressa à Berthe L. le courrier recommandé de la teneur suivante : « Suite à votre courrier du 3 décembre, j'ai l'honneur de vous informer que conformément à la décision du Conseil arbitral des assurances sociales du 23 juillet 1997 votre demande en allocation d'intérêts moratoires est irrecevable pour les motifs décrits dans cette dernière. »

Par jugement rendu le 15 décembre 1998 par défaut à l'égard de la partie L. et contradictoirement à l'égard de l'ETAT, représenté par son Ministre de la Santé, le Conseil arbitral des assurances sociales a déclaré le recours irrecevable au motif que la « présente demande se heurte à l'autorité de la chose jugée attachée au jugement du Conseil arbitral du 23 juillet 1997 .»

De cette décision – remise à la poste pour notification aux parties le 24 décembre 1998 – Berthe L. a régulièrement relevé appel par requête entrée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 28 janvier 1999.

Par réformation du jugement entrepris elle conclut à se voir allouer les intérêts moratoires sur les allocations de soins tels que de droit à partir du 30 août 1994, sous réserve de l'application de l'article 5, alinéa premier de la loi du 22 mai 1989 en ce qui concerne les périodes de séjour dans un établissement hospitalier dépassant un mois.

À l'appui de son recours Berthe L. a fait valoir que l'autorité de la chose jugée s'attache à la seule question qu'il n'y avait pas de décision contre laquelle un recours pouvait être formé et que le changement de la situation en fait, celui que le Ministre de la Santé a gardé le silence pendant une période de trois mois valant implicitement refus de la demande de la requérante, entraîne que l'autorité de la chose jugée ne saurait être invoquée.

Quant au fond elle a fait plaider que l'article 1153 du code civil est un texte d'application générale avec portée générale qui s'applique sans distinguer selon que les relations sont de nature contractuelle, légale ou statutaire.

La partie intimée a conclu à la confirmation de la décision du 15 décembre 1998 et s'est rapportée à prudence de justice quant au fond.

Suite à une rupture du délibéré ordonnée par le Conseil supérieur des assurances sociales pour permettre à la partie appelante de préciser sur quel texte légal elle base ses conclusions selon lesquelles le silence gardé pendant une période de trois mois vaut en la matière décision implicite de refus de la demande, l'affaire parut pour continuation des débats à l'audience du 10 novembre 1999 lors de laquelle le fils de l'appelante, Roger Q. a suite au décès de sa mère le 19 septembre 1999 régulièrement repris l'instance pendante contre le Ministre de la Santé.

La partie appelante déclare qu'elle ne s'est basée sur aucun texte spécifique pour estimer que le silence gardé pendant une période de trois mois vaut en la matière décision implicite de refus de la demande, qu'en date du 2 février la partie L. a décidé d'introduire un recours auprès du Conseil arbitral des assurances sociales étant donné qu'il s'était écoulé un délai raisonnable pour croire que le Ministre de la Santé ne donnerait pas de suite à la demande, refusant par là-même l'octroi des intérêts moratoires en cause, que partant le délai de trois mois a été cité comme un délai suffisant pour lui permettre de croire que la partie adverse refusera de lui allouer les intérêts moratoires pourtant dus.

L'intimé estime que la partie adverse aurait dû faire un recours contre la décision du Conseil arbitral des assurances sociales du 23 juillet 1997.

À 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.

Compte tenu de ce qui précède et à défaut de décision rendue par le Ministre de la Santé au moment de l'introduction par Berthe L. devant le Conseil arbitral des assurances sociales du recours du 3 février 1998, celui-ci était irrecevable, le Conseil arbitral n'ayant pouvoir que de statuer sur un élément ayant fait l'objet d'une décision du Ministre appelé par la loi à trancher préalablement aux juridictions sociales.

Il s'ensuit que l'appel est à déclarer non fondé et que la décision entreprise est, par d'autres motifs, à confirmer.

Comme la partie appelante succombe dans ses prétentions, sa demande présentée sur base de l'article 240 du nouveau code de procédure civile est à son tour à rejeter.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et contradictoirement à l'égard des parties en cause,

reçoit l'appel en la forme, reçoit la reprise d'instance faite par Roger Q. suite au décès de la partie appelante Berthe L. dit l'appel non fondé, confirme le jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 15 décembre 1998, rejette la demande de la partie appelante en obtention d'une indemnité de procédure.

---

45

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**20 mai 1998**

*Une personne requérant l'octroi d'une allocation de soins doit établir qu'elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins continuels, et non occasionnels d'une tierce personne.*

**S. Eleonore, veuve H. c/Ministère de la Santé**

No du reg: M.S. 10/98 No: 119/98

**Arrêt**

Par jugement du 16 décembre 1997 le Conseil arbitral des assurances sociales a déclaré non fondé le recours formé par Eleonore S. contre une décision du Ministre de la Santé du 26 juin 1996 ayant confirmé le rejet de la demande en obtention de l'allocation de soins présentée le 16 novembre 1995 par la requérante sur base de la loi du 22 mai 1989.

De cette décision Eleonore S. a régulièrement relevé appel par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur des assurances sociales le 19 janvier 1998.

Par réformation du jugement entrepris elle conclut, en ordre principal, à se voir accorder l'allocation de soins sollicitée et, en ordre subsidiaire, à se voir admettre à prouver par une expertise, respectivement une contre-expertise, qu'elle est atteinte d'une diminution d'une ou de plusieurs fonctions physiques ou mentales à un point tel que, malgré un traitement ou une rééducation approprié(e) et nonobstant l'utilisation d'un équipement adéquat, elle ne peut subsister sans l'assistance et les soins constants d'une tierce personne.

Al'appui de son appel la partie S. invoque divers certificats de son médecin-traitant, le docteur Claude L. et elle fait valoir que sa situation s'est aggravée suite à son hospitalisation à la fin de l'année 1997.

L'ETAT conclut à la confirmation de la décision rendue par le Conseil arbitral des assurances sociales.

Parmi les conditions légales posées pour l'octroi de l'allocation de soins, celle qui est litigieuse est prévue sub 3) de l'article 2. de la loi du 22 mai 1989 dans les termes suivants :

“ Peut prétendre à l'allocation de soins toute personne qui : ( ...) est atteinte d'une diminution d'une ou de plusieurs fonctions physiques ou mentales à tel point que, malgré un traitement, une formation ou une rééducation approprié et nonobstant l'utilisation d'un équipement adéquat, elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins constants d'une tierce personne.”

Cette rédaction du texte fut proposée par le Conseil d'Etat dans son avis relatif au projet de loi dont l'article 2 prévoyait que : “ le droit à l'allocation est ouvert si le requérant : (...) 3) a une diminution des fonctions physiques ou mentales telle qu'une subsistance sans l'aide ou les soins permanents ou réguliers d'une tierce personne n'est pas possible ou pour le moins difficile (...)”.

Le Conseil d'Etat releva : “ Quant à la définition de l'infirmité grave, (...) le présent projet présente une définition qui diffère des définitions retenues dans les textes législatifs divers cités aux considérations générales, notamment dans la loi du 16 avril 1979 et dans la loi du 26 juillet 1986 qui parlent ” d'assistance et de soins constants d'une tierce personne “ alors que le présent projet parle ” d'une subsistance sans l'aide ou les soins permanents ou réguliers d'une tierce personne” Alors que les termes “ constant” et “permanent” peuvent apparaître comme étant synonymes, en indiquant un état qui persiste, qui ne s'interrompt pas ou qui demeure sans discontinuer ou changer, le terme “régulier” indique plutôt un renouvellement à intervalles égaux qui peuvent être très espacés ou très rapprochés. Sur ce point le Conseil d'Etat est également d'avis qu'il n'est pas indiqué de présenter un texte différent de celui inscrit dans la loi du 16 avril 1979 qui figure par ailleurs également dans la loi du 26 juillet 1986 portant création d'un revenu minimum garanti et à l'article 97 paragraphe 7 du code des assurances sociales.”(cf. doc. parl. No.3277<sup>2</sup>)

Eu égard aux termes employés par le législateur suite aux considérations du Conseil d'Etat la personne requérant l'octroi d'une allocation de soins doit donc, en ce qui concerne la troisième condition exigée par l'article 2 de la loi du 22 mai 1989, établir qu'elle ne peut subsister sans l'assistance ou les soins continuels, et non occasionnels d'une tierce personne.

Aux fins d'examiner le bien-fondé de l'appel interjeté contre la décision du Conseil arbitral des assurances sociales ayant statué sur un recours relatif à une décision prise par le Ministre de la Santé en réponse à une demande présentée le 16 novembre 1995, le Conseil supérieur des assurances sociales doit vérifier si à ce moment les conditions requises pour l'octroi d'une allocation de soins étaient remplies, sans qu'il y ait lieu d'analyser la situation actuelle ni les pièces afférentes.

Les certificats médicaux du docteur Claude L. des 30 janvier et 9 février 1996 attestent que la partie appelante présente une cardiopathie ischémique sévère avec une très importante altération de la fonction du VG, que de ce fait il est tout à fait indispensable qu'elle évite les efforts, respectivement que l'exécution indépendante de ses travaux ménagers habituels lui est rendue impossible de par sa cardiopathie et que de ce fait elle nécessite une assistance quotidienne.

L'enquête médico-sociale du 14 décembre 1995 note sous la rubrique “ dépendance ” que Eleonore S. a des difficultés à se déplacer, que la toilette et l'habillement se font sans

problème, que sa fille lui prépare les repas et qu'elle est dépendante de sa fille qui vient tous les jours pour l'aider.

Dans son rapport actualisé du 5 juin 1996 l'assistante sociale constate une situation inchangée et remarque : " Madame H. semble fort dépressive. Elle aurait besoin d'aide dans son ménage et pour ses courses. Mais malgré ses problèmes cardiaques elle dispose encore d'une certaine autonomie."

Après avoir procédé à l'examen clinique de la partie S. et à l'analyse des pièces du dossier médical le docteur Fernand W., nommé expert par jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 30 juin 1997, constate que :

" La patiente peut se déplacer sans l'aide d'une tierce personne, elle peut se déshabiller, elle peut manger, elle peut aller aux toilettes sans aucune aide particulière. Ce n'est que pour les efforts plus importants qu'elle ressentirait encore une douleur précordiale probablement due à son affection cardiaque. (...)

Au total (...) la patiente présente certes une cardiopathie sévère ainsi que des troubles arthrosiques qui sont des affections sérieuses, mais qui ne handicapent actuellement pas tellement la patiente dans son activité journalière.

La demanderesse n'est donc pas atteinte d'une diminution d'une ou de plusieurs fonctions physiques ou mentales à tel point que malgré un traitement ou une rééducation approprié(e) et nonobstant l'utilisation d'un équipement adéquat, elle ne peut subsister sans l'assistance et les soins constants d'une tierce personne."

L'examen des certificats médicaux du docteur Claude L. susvisés et du rapport d'enquête médico-sociale ne permet de retenir que la nécessité d'une aide ponctuelle pour certains travaux dans le chef de Eleonore S..

Cette conclusion est corroborée par celle prise en termes exprès par l'expert suite à un examen détaillé de la situation de la requérante.

Compte tenu de ce qui précède et à défaut de critique précise formulée à l'encontre du rapport d'expertise, la demande de l'appelante tendant à l'institution d'une expertise supplémentaire est à déclarer irrecevable pour être superfétatoire.

Eu égard aux éléments du dossier et à l'observation faite par l'ETAT et non contredite, selon laquelle Eleonore S. vit toujours seule, donc sans l'assistance d'une personne soignante, seule la nécessité d'une assistance occasionnelle et non celle d'une assistance respectivement de soins constants est établie en ce qui concerne la situation au moment de la présentation de la demande, de sorte que l'appel est à rejeter comme non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel, déclare irrecevable la demande de l'appelante tendant à l'institution d'une expertise supplémentaire, dit l'appel non fondé, partant confirme le jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 16 décembre 1997.

---

46

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**13 octobre 1999**

*L'ajout du ministre sur un permis de catégorie B (permis B = permis de travail d'une durée de 4 ans, valable pour une seule profession, mais pour tout employeur,) que le permis perdrait sa validité en cas d'interruption de la relation de travail avec l'employeur spécifié sur l'autorisation n'est pas licite, une décision ministérielle ne pouvant déroger au texte qui lui sert de base en imposant des obligations contraignantes contraires et encore plus astreignantes.*

*C'est par conséquent à tort que l'ADEM a refusé les indemnités de chômage au motif que l'assurée n'aurait pas été disponible pour le marché de l'emploi.*

**ADEM c/M. Maria, épouse S.**

No du reg: F.E. 141/98 No: 142/99

**Arrêt**

Par jugement rendu contradictoirement le 5 octobre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales statuant sur un recours de Maria M. contre une décision du 19 janvier 1998 de la commission spéciale de réexamen des demandes en octroi de l'indemnité de chômage complet, réforma ladite décision et accorda à la requérante le bénéfice de l'indemnité de chômage complet à partir du 15 novembre 1997. La même décision déclara irrecevable la demande tendant au paiement d'intérêts moratoires.

Pour décider comme ils l'ont fait, les premiers juges ont retenu que la demanderesse en tant que ressortissante non communautaire était détentrice d'un permis de travail de la catégorie B délivré le 2 août 1994 et valable jusqu'au 1<sup>er</sup> août 1998 pour la profession de femme de charge, qu'un tel permis est valable pour une seule profession, mais pour tout employeur et qu'ayant travaillé pour son dernier employeur en tant que femme de charge, elle n'était pas indisponible pour le marché du travail au vu des dispositions de l'article 2 du règlement grand-ducal du 12 mai 1972.

Cette décision a été régulièrement entreprise par le l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg par requête déposée le 23 novembre 1998. Selon l'appelant, l'intimée devrait être considérée comme n'étant pas disponible pour le marché du travail dès lors que :

- son permis de travail du 2 août 1994 l'autorisant à travailler auprès de la S.A. COMCO MCS portait la mention «le permis de travail perd validité s'il y a interruption de la relation de travail avec l'employeur »
- son contrat de travail auprès de cette société cessait le 22 août 1995 ( son permis A était venu à expiration le 14 novembre 1995 vu son préavis de la part de l'employeur Lux International Cleaning Enterprise),
- deux dispositions réglementaires doivent être combinées : l'article 2,2 qui retient la validité du permis pour tout employeur et l'article 1<sup>er</sup>al.2, qui défend à un travailleur étranger de changer sans autorisation de profession ou d'employeur

- l'article 4.al.3 du même règlement exige que la déclaration d'engagement préalable doit être faite avant l'entrée en service du travailleur.
- le règlement grand-ducal modifié du 12 mai 1972 prévoit des sanctions pénales et est d'ordre public

L'intimée conclut à la confirmation de la décision entreprise sauf à demander la rectification d'une erreur matérielle qui s'est glissée dans le dispositif, son droit à indemnité de chômage étant acquis à partir du 15 novembre 1995 et non pas à partir du 15 novembre 1997.

Elle est d'accord à admettre l'application cumulative des articles 1<sup>er</sup> et 2 du règlement, mais donne à la lecture des textes une interprétation différente de l'appelant, en soutenant que par la délivrance d'un permis de travail B, le ministre du travail aurait d'ores et déjà donné son autorisation à un changement d'employeur.

Les faits de la cause peuvent se résumer comme suit :

Par décision du Ministre du Travail du 2 août 1994, Maria M., de nationalité capverdienne, s'était vu délivrer le permis de travail B no 024608 pour une durée de 4 ans expirant le 1<sup>er</sup> août 1998 avec l'autorisation de prendre emploi auprès de COMCO MCS S.A. en qualité de femme de charge. Le permis a été délivré sous la restriction suivante : *Le permis de travail perd sa validité s'il y a interruption de la relation de travail avec l'employeur et en cas d'absence de plus de six mois de son titulaire du territoire luxembourgeois.*

Le 22 août 1995 son contrat de travail avec COMCO MCS S.A. cessa et l'intimée fut engagée en qualité de femme de charge par la s. à r. I. ORGANIC MEDIA. Elle perdit son emploi, après préavis, le 14 novembre 1995.

Sa demande en octroi de l'indemnité de chômage complet du 18 octobre 1995 fut rejetée au motif qu'elle ne serait pas en possession d'un permis de travail valable dès lors que son permis aurait perdu sa validité au moment de la cessation des relations d'emploi avec COMCO MCS S.A. Dépourvue d'un certificat de travail valable, elle ne serait pas à considérer comme étant disponible pour le marché de l'emploi luxembourgeois.

L'emploi de la main-d'œuvre étrangère est réglementé par la loi du 28 mars 1972 qui en son article 26 pose le principe qu'aucun travailleur étranger ne pourra être occupé sur le territoire du Grand-Duché sans permis de travail et qui en son article 24 habilite le gouvernement à prendre par voie de règlement grand-ducal les mesures nécessaires pour réglementer l'emploi des travailleurs étrangers sur le territoire du Grand-Duché.

Ces mesures ont été prises par un règlement grand-ducal du 12 mai 1972, modifié dans la suite. L'article 1<sup>er</sup> reprend le principe stipulé par l'article 26 de la loi en ce qu'il défend à tout étranger (à l'exception des ressortissants de l'UE ou de l'Espace Economique Européen) d'occuper un emploi, en qualité de travailleur manuel ou intellectuel, sans y être autorisé conformément aux dispositions du règlement. L'alinéa 2 précise qu'il ne peut sans autorisation, changer ni de profession, ni d'employeur.

L'article 2 confirme en son alinéa 1<sup>er</sup> que cette autorisation est constatée par la délivrance d'un des permis de travail prévus par le texte, soit un :

- permis A d'une durée maximum d'un an, valable pour une seule profession ainsi qu'un employeur déterminé,
- permis B d'une durée de 4 ans, valable pour une seule profession, mais pour tout employeur,
- permis C de durée illimitée, valable pour toute profession et tout employeur.

En délivrant à l'intimée un permis de la catégorie B, le ministre du travail lui a d'ores et déjà donné l'autorisation de travailler durant quatre années pour tout employeur dans une seule profession – i. e. celle de femme de charge.

L'ajout du ministre que le permis perdrait sa validité en cas d'interruption de la relation de travail avec l'employeur spécifié sur l'autorisation, ne saurait tenir à conséquence en présence des termes formels du texte du règlement grand-ducal, une décision ministérielle ne pouvant déroger au texte qui lui sert de base en imposant des obligations contraignantes contraires et encore plus astreignantes. Il n'est d'ailleurs pas sans intérêt de faire remarquer que tous les permis de travail quelle que soit la catégorie pour laquelle ils sont délivrés contiennent cette clause qui en somme ne vaut, pour ce qui est de sa première branche, que pour les permis de la catégorie A.

Ayant été autorisée de plein droit à changer d'employeur au cours des quatre années de validité du permis, l'intimée, dont la profession est toujours restée la même, était au moment de sa demande en octroi de l'indemnité de chômage en possession d'un permis de travail valable et ne se trouvait pas dans une des hypothèses prévues à l'article 27 de la loi du 28 mars 1972 autorisant le retrait de son permis. Elle était donc disponible pour le marché de l'emploi luxembourgeois, étant entendu que l'analyse de cette disponibilité est faite, en l'espèce, au regard du permis de travail B et abstraction faite de toutes autres considérations juridiques susceptibles de se poser.

Les premiers juges sont, en conséquence, à confirmer en ce qu'ils ont alloué à l'intimée son indemnité de chômage.

S'il y a de la part de l'employeur infraction à l'article 5 du règlement grand-ducal l'obligeant à faire avant l'embauche déclaration à l'Office national du Travail, omission qui au demeurant ne se dégage pas du dossier administratif, cette infraction exclusivement imputable à l'employeur n'est pas de nature à faire perdre au travailleur son permis de travail.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de son président et contradictoirement entre parties, reçoit l'appel en la forme,

le dit non fondé, partant confirme la décision entreprise, sauf à dire que par rectification de l'erreur matérielle, l'intimée a droit à l'indemnité de chômage complet à partir du 15 novembre 1995.

---

47

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**16 juin 1999**

*Le conseil arbitral des assurances sociales et le conseil supérieur des assurances sociales sont compétents pour connaître d'une demande d'intérêts moratoires étant donné que :*

- *les juridictions en question sont à qualifier de juridictions spéciales et non de juridictions administratives (censure de la Cour de cassation, procédure applicable en matière civile)*
- *un litige ne devient pas nécessairement et automatiquement de nature administrative par le seul fait qu'il mette en cause une administration publique*
- *les prestations sociales sont des droits de nature civile*
- *les intérêts moratoires sont des accessoires des prestations sociales*
- *l'article 1153 du Code civil est un texte à portée générale applicable devant les juridiction.*

**G. Francesco c/ADEM**

No du reg: F.E. 32/99 No: 98/99

**Arrêt**

Par décision du 3 juillet 1995, le directeur de l'Administration de l'emploi a rejeté la demande de Francesco G. tendant à l'allocation des indemnités de chômage complet, au motif que le requérant ne remplissait pas la condition de stage prévue par la loi.

Par courrier du 10 juillet 1995, entré à l'Administration de l'emploi en date du 11 juillet 1995, Francesco G. a demandé à voir procéder, par la commission spéciale de réexamen, à un réexamen de la décision du directeur de l'Administration de l'emploi. Dans ce même courrier, Francesco G. a demandé à se voir allouer les intérêts moratoires sur les indemnités de chômage lui revenant, ce à partir de la date de son inscription, respectivement à partir des différentes échéances mensuelles jusqu'à solde, cette demande étant basée sur l'article 1153 du Code civil.

A défaut de décision de la part de la commission spéciale de réexamen, Francesco G. a adressé en date du 19 mars 1998 un recours contre la décision du directeur de l'Administration de l'emploi auprès du Conseil arbitral des assurances sociales, demandant à se voir accorder le droit aux indemnités de chômage complet à partir du 9 septembre 1994, jour suivant la cessation de sa relation de travail auprès de son employeur, et à se voir allouer les intérêts moratoires à partir du 10 juillet 1995.

La commission spéciale de réexamen a pris une décision en date du 5 août 1998, par laquelle elle a dit que Francesco G. avait droit aux indemnités de chômage complet à partir du 2 décembre 1994. La commission spéciale de réexamen ne s'est pas prononcée dans cette décision sur la demande de Francesco G. tendant à se voir allouer les intérêts moratoires sur les indemnités lui revenant.

Contre cette décision, Francesco G. a introduit un recours auprès du Conseil arbitral des assurances sociales en date du 14 septembre 1998. Dans ce recours, il demande à se voir accorder le bénéfice des indemnités de chômage complet à partir du 20 septembre 1994, sinon à partir du 4 octobre 1994, jusqu'au 5 février 1995, date à laquelle il avait retrouvé un emploi. Il a demandé en outre à se voir allouer les intérêts moratoires à partir du 10 juillet 1995.

Statuant sur les recours introduits par Francesco G. en dates des 19 mars 1998 et 14 septembre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales, dans un jugement du 6 janvier 1999, a déclaré le recours du 19 mars 1998 irrecevable pour avoir été dirigée contre une décision du directeur de l'Administration de l'emploi, non susceptible de recours. Statuant dans le cadre du recours du 14 septembre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales a déclaré celui-ci recevable et au fond, l'a déclaré non fondé en ce qu'il portait sur la date de début des prestations d'indemnisation du chômage, confirmant partant l'attribution des allocations de chômage complet à partir du 2 décembre 1994, et l'a déclaré fondé en ce qu'il portait sur l'allocation des intérêts moratoires, disant partant que Francesco G. avait droit aux intérêts moratoires au taux légal à partir du 11 juillet 1995 sur les prestations rédues. Le Conseil arbitral des assurances sociales a renvoyé le dossier devant le directeur de l'Administration de l'emploi pour procéder au calcul des intérêts moratoires.

De ce jugement, Francesco G. a relevé appel suivant requête déposée au greffe du Conseil supérieur des assurances sociales en date du 19 février 1999, demandant par voie de réformation à voir dire qu'il avait droit aux indemnités de chômage complet à partir du 20 septembre 1994, sinon à partir du 4 octobre 1994.

L'Etat du Grand-Duché de Luxembourg, se disant représenté par son Ministre du Travail et de l'Emploi, a, par requête déposée au greffe du Conseil supérieur des assurances sociales en date du 22 février 1999, à son tour relevé appel du jugement du Conseil arbitral des assurances sociales du 6 janvier 1999, demandant à voir débouter Francesco G. de sa demande en allocation des intérêts moratoires et à voir rétablir la décision de la commission spéciale de réexamen du 5 août 199 (il faut lire 5 août 1998).

Les deux appels, faits dans les forme et délai de la loi, sont recevables.

Dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice, il y a lieu des les joindre pour y statuer par un seul et unique arrêt.

#### Sur l'appel de Francesco G.

Francesco G. fait valoir qu'il s'est inscrit auprès de l'Administration de l'emploi non seulement en date du 2 décembre 1994, date à partir de laquelle les indemnités lui ont été attribuées, mais déjà en date du 4 octobre 1994, tel que cela résulterait des propres relevés de l'Administration de l'emploi. Dès lors, et en application de l'article 19, alinéa 3 de la loi du 30 juin 1976 portant 1) création d'un fonds pour l'emploi 2) réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet, il demande à se voir attribuer les indemnités de chômage à partir d'une date fixée à 14 jours de calendrier précédant la date de son inscription auprès de l'Administration de l'emploi.

Pour le débouter de ces prétentions, les premiers juges ont retenu que la date du 2 décembre 1994 constituait la date d'inscription de Francesco G. comme demandeur d'emploi et que c'était à partir de cette date qu'il remplissait les conditions pour

bénéficiaire des indemnités de chômage conformément aux dispositions de la loi du 30 juin 1976, notamment la condition de la présentation régulière au bureau de placement et de la disponibilité pour le marché de l'emploi.

L'Etat ne conteste pas que Francesco G. se soit inscrit dès le 4 octobre 1994 auprès de l'Administration de l'emploi en tant que demandeur d'emploi et qu'il aurait dès cette inscription demandé à pouvoir bénéficier des indemnités de chômage complet. Il fait cependant valoir que Francesco G. aurait omis de se présenter régulièrement auprès du bureau de placement. Ainsi, s'il s'était présenté en dates des 4 octobre et 26 octobre 1994, il aurait cependant omis de ce faire en dates des 18 octobre et 9 novembre 1994. Suite au défaut de présentation après le 26 octobre 1994, le dossier de Francesco G. aurait été suspendu en date du 15 novembre 1994 et définitivement clôturé en date du 21 novembre 1994. Il n'aurait dès lors plus eu droit au paiement des indemnités de chômage pour cette période, ce droit n'ayant resurgi que suite à une nouvelle inscription et demande en date du 2 décembre 1994, suite à laquelle il aurait rempli ses obligations de présentation au bureau de placement.

Face aux contestations de Francesco G. consistant à dire qu'il n'avait jamais reçu de convocation à se présenter au bureau de placement, qu'il ne s'était jamais vu remettre la carte de présentation à exhiber lors de chaque présentation et qu'il aurait appartenu à l'Administration de l'emploi de suivre la procédure légalement prévue pour le sanctionner si elle avait estimé qu'il ne respectait pas les obligations mises à sa charge, l'Etat ne présente aucune pièce ou argumentation pour contrer les moyens tirés de l'absence de convocations et de remise de carte de présentation, tandis qu'il fait valoir qu'à l'époque des faits, les fonctionnaires de l'Administration de l'emploi auraient eu d'autres choses à faire (assistance à un audit interne, déménagement des bureaux) que de suivre les dispositions légales de l'article 35 de la loi de 1976 à l'égard d'un chômeur à l'égard duquel il n'était pas établi à l'époque s'il était en droit de bénéficier des indemnités de chômage complet.

Cette argumentation est sans relevance aucune. La surcharge de travail, momentanée ou permanente, d'une administration n'est pas élisive de son obligation de respecter les termes de la loi et d'observer à l'égard de tout administré les règles de la procédure administrative légalement prévues. Dès lors, compte tenu de ce que Francesco G. avait présenté dès le 4 octobre 1994 une demande d'inscription et d'indemnisation et de ce qu'aucune décision de suspension ou de retrait des indemnités de chômage complet n'est régulièrement intervenue à son encontre, il y a lieu de dire que Francesco G. a droit à l'attribution des indemnités de chômage complet à partir de sa première inscription en date du 4 octobre 1994.

Il n'est par ailleurs pas contesté par l'Etat que Francesco G. remplit les conditions de l'article 19, alinéa 3 de la loi de 1976, aux termes duquel " en cas d'introduction tardive de la demande d'indemnisation (i.e. plus de deux semaines après la date d'ouverture du droit à l'indemnité), l'indemnité est accordée avec effet rétroactif portant sur 14 jours de calendrier au maximum ", de sorte que les indemnités de chômage lui sont à allouer à partir du 20 septembre 1994.

L'appel de Francesco G. est partant fondé, et il y a lieu à réformation en ce sens du jugement entrepris.

### Sur l'appel de l'ETAT DU DE LUXEMBOURG

A l'appui de son appel, l'Etat fait valoir que le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales, en tant que juridictions administratives spéciales, seraient sans compétence pour allouer à un administré des intérêts moratoires, ceux-ci étant de nature civile et relevant partant de la seule compétence des juridictions de l'ordre judiciaire. La compétence du Conseil arbitral des assurances sociales et du Conseil supérieur des assurances sociales se limiterait à vérifier si les organes de décision des organismes de sécurité sociale, respectivement en l'espèce de l'Administration de l'emploi, statuant par voie de décisions administratives, auraient correctement appliqué la loi et attribué les prestations sociales, respectivement en l'espèce les prestations de chômage, dans le cadre des limites tracées par la loi. Or, aucune disposition légale ne prévoirait dans le cas de l'espèce la faculté pour l'Administration de l'emploi d'attribuer aux chômeurs, outre les prestations de chômage, des intérêts moratoires sur ces prestations, et ni le Conseil arbitral des assurances sociales, ni le Conseil supérieur des assurances sociales ne sauraient compléter la loi sur ce point en allouant ces intérêts au titre d'accessoires " des prestations de chômage. Dès lors, ce serait dans le strict respect de la loi que ces intérêts auraient été refusés par l'Administration de l'emploi, de même que le fait d'inviter les organes de décision de l'Administration de l'emploi à attribuer à un chômeur des intérêts moratoires reviendrait pour le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales à inviter lesdits organes à violer la loi.

Francesco G. conclut, par entérinement de ses motifs, à la confirmation du jugement du 6 janvier 1999 sur ce point.

Toute l'argumentation de l'Etat repose sur la pétition de principe que le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales seraient à qualifier de juridictions administratives et que partant leurs compétences et pouvoirs seraient circonscrits par l'article 84 de la Constitution.

A cette pétition, il faut opposer en premier lieu que contrairement au droit français, un litige ne devient pas nécessairement et automatiquement de nature administrative par le seul fait qu'il mette en cause une administration publique. Le seul fait qu'il faille statuer en l'espèce à la suite d'une décision rendue par une administration relevant des pouvoirs publics, en l'espèce l'Administration de l'emploi, n'est donc pas suffisant pour voir qualifier le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales comme juridictions administratives.

Pour le surplus, ayant eu à statuer à la suite d'un arrêt du Conseil supérieur des assurances sociales du 26 mars 1997 (No 43/97) qui avait retenu la compétence de cette juridiction pour statuer sur une demande en allocation d'intérêts moratoires sur des prestations d'invalidité aux motifs d'une part que le Conseil arbitral des assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales n'étaient pas à qualifier de juridictions administratives mais de juridictions spéciales (sur base notamment des fortes considérations que leurs décisions étaient soumises à la censure de la Cour de cassation, juridiction suprême de l'ordre judiciaire, et que la procédure à suivre devant eux était, sauf disposition dérogatoire expresse, la procédure applicable en matière civile), d'autre part que les prestations sociales étaient des droits de nature civile, de troisième part que les intérêts moratoires étaient un accessoire des prestations sociales à l'égard desquelles le Conseil arbitral des

assurances sociales et le Conseil supérieur des assurances sociales avaient compétence et finalement de ce que l'article 1153 du Code civil était un texte à portée générale applicable devant toutes juridictions, la Cour de cassation a retenu dans un arrêt du 18 décembre 1997 (No 67/97), à la suite d'un moyen de cassation formulé dans les mêmes termes que le moyen d'appel actuellement développé par l'Etat, que l'arrêt attaqué avait fait l'exacte application de la loi (voir dans le même sens CSAS 24 février 1999, No 24/99, L./FNS ; CSAS 10 mars 1999, No 36/99, R./FNS ; Cour de cassation 29 avril 1999, No 31/99, D./ CMEP).

En présence de cette situation juridique claire et précise en droit luxembourgeois, il n'y a plus lieu d'approfondir autrement la situation historique en Allemagne, où le législateur, en présence d'une disposition légale relative aux intérêts moratoires différente par rapport à celle existant au Luxembourg (nécessité d'une faute dans le chef du débiteur, voir les articles 285 et 288 du BGB), est intervenu afin de mettre fin à une controverse juridique. L'organisation des juridictions belges est de même sans incidence sur la solution du présent litige, dès lors que le fait pour le droit belge de conférer le contentieux des prestations sociales à des juridictions expressément qualifiées de juridictions judiciaires (i.e. les juridictions du travail et connues comme telles également au Luxembourg) n'exclut pas la faculté de reconnaître également ce caractère au Conseil arbitral des assurances sociales et au Conseil supérieur des assurances sociales, respectivement la faculté pour ceux-ci d'appliquer des règles propres aux droits civils.

Finalement il faut relever que le fait de renvoyer le dossier au directeur de l'Administration de l'emploi afin que celui-ci procède au calcul des intérêts moratoires ne revient pas à inviter celui-ci à violer la loi du 30 juin 1976, mais à respecter le droit civil, et notamment l'article 1153 du Code civil.

Par ces motifs,

Le Conseil Supérieur, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit les appels de Francesco G. et de l'ETAT DU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG en la forme, les joint, dit l'appel de Francesco G. fondé, partant réformant, dit que Francesco G. a droit aux indemnités de chômage complet à partir du 20 septembre 1994, dit l'appel de l'ETAT DU GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG non fondé, partant en déboute.

---

48

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**1 juillet 1998**

*La mention d'un numéro de dossier se rapportant à un autre jugement dans une requête d'appel constitue une erreur purement matérielle et on ne saurait prendre comme date de l'introduction de la requête la date à laquelle cette erreur matérielle a été rectifiée.*

**M. Amandio c/ADM**

No du reg: FE 33/98 No: 154/98

**Arrêt**

Par jugement contradictoire du 28 juillet 1997 le Conseil arbitral des assurances sociales, statuant sur le recours dirigé par Amandio M. contre une décision de la commission spéciale de réexamen du 6 septembre 1996 ayant confirmé une décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 16 mai 1995 qui avait rejeté la demande en prolongation de l'indemnité de chômage au-delà de la limite de 365 jours de calendrier, a déclaré ledit recours non fondé.

Par requête déposée le 10 septembre 1997 au siège du Conseil supérieur des assurances sociales, le mandataire de Amandio M. a déclaré interjeter appel au nom et pour compte de son mandant contre un jugement rendu le 28 juillet 1997 par le Conseil arbitral, jugement qui aurait déclaré le recours de ce dernier non fondé, en précisant dans l'intitulé qu'il s'agit du jugement no G 262/96 rendu dans l'affaire M. c/ AAA.

L'appelant conclut dans la requête d'appel à ce que le Conseil supérieur des assurances sociales lui accorde, par réformation de la décision entreprise, une prolongation des indemnités de chômage. Il demande en ordre subsidiaire l'institution une nouvelle expertise médicale contradictoire.

Dans une lettre datée du 18 mars 1998 et déposée le 23 mars 1998 au siège du Conseil supérieur des assurances sociales, Maître François BILTGEN précise que le recours de son mandant vise le jugement no F CH 11/96 rendu le 28 juillet 1997 par le Conseil arbitral des assurances sociales et non le jugement no G 262/96 rendu dans l'affaire M. c/ AAA et ayant institué une expertise.

L'intimé conclut à l'irrecevabilité de l'appel au motif que le jugement no F CH 11/96 aurait seulement été attaqué en date du 23 mars 1998.

Il résulte des énonciations de la requête d'appel déposée en date du 10 septembre 1997 que Amandio M. a interjeté appel contre le jugement no F. CH. 11/96 rendu le 28 juillet 1997 entre lui-même et l'Etat luxembourgeois, la mention figurant dans l'intitulé étant le résultat d'une erreur purement matérielle.

L'appel de Amandio M. est recevable pour avoir été interjeté dans les forme et délai de la loi.

La décision du Conseil arbitral repose sur une analyse détaillée du dossier administratif et sur un examen consciencieux des constatations de l'expert commis.

Après examen du dossier administratif, des certificats médicaux, du rapport de l'expert commis et de l'avis du médecin-conseil du Conseil arbitral, le Conseil supérieur est d'avis que les premiers juges ont correctement et exhaustivement examiné les faits de la cause tels qu'à eux soumis. Par application de leurs motifs le jugement entrepris est à confirmer.

La demande subsidiaire en institution d'une expertise médicale est à rejeter, les certificats médicaux produits en cause n'étant pas de nature à énerver les conclusions de l'expert.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, déclare irrecevable la demande en institution d'une expertise ; dit l'appel non fondé et en déboute, partant confirme le jugement entrepris.

49

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**14 juillet 1999**

*Le fait de ne pas se présenter au bureau de placement n'autorise pas l'administration au retrait des indemnités de chômage du moment que le bénéficiaire peut prouver que les circonstances qui l'ont amené à se rendre en Roumanie et à y rester plus longtemps que prévu étaient particulièrement graves (problèmes de santé de la mère) et qu'en plus le bénéficiaire pouvait légitimement penser qu'il n'avait à se présenter que quinze jours plus tard, les présentations ayant eu lieu avant son départ pour la Roumanie seulement tous les quinze jours et l'intéressé n'ayant pu prendre connaissance des deux dernières convocations pour les 18 et 23 septembre 1997 qu'à son retour à Luxembourg.*

**B. Grigore c/ADM**

No du reg.: F.E. 17/99 No: 116/99

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 1er février 1999, Grigore B. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 14 décembre 1998 par le Conseil arbitral des assurances sociales, jugement qui statuant sur son recours dirigé contre une décision de la commission spéciale de réexamen du 5 janvier 1998 ayant confirmé une décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 24 septembre 1997 lui retirant les indemnités de chômage avec effet au 11 septembre 1997, a déclaré ledit recours non fondé.

L'appelant demande au Conseil supérieur des assurances sociales de l'admettre, par réformation de la décision entreprise, au bénéfice de l'indemnité de chômage au-delà du 10 septembre 1997.

Il expose à l'appui de son appel qu'il a dû se rendre d'urgence le 24 août 1997 en Roumanie en raison de graves problèmes de santé de sa mère ; qu'en date des 27

août 1997 et 11 septembre 1997 il aurait par téléphone averti le bureau de placement compétent qu'il devrait prolonger son séjour en Roumanie en raison du mauvais état de santé de sa mère ; que lors du dernier entretien téléphonique son interlocuteur ne l'aurait pas renseigné sur la date à laquelle il devait à nouveau se présenter de sorte qu'il a cru en toute bonne foi qu'il n'avait à se présenter que quinze jours plus tard, les présentations ayant eu lieu dans le passé tous les quinze jours ; que le fait d'être en Roumanie l'aurait empêché de prendre connaissance des lettres du directeur de l'Administration de l'emploi des 12 septembre et 19 septembre 1997 ; que ce n'est

qu'en rentrant au Grand-Duché de Luxembourg le 23 septembre 1997 qu'il aurait pris connaissance de ces lettres et qu'il se serait présenté immédiatement le jour suivant au bureau de placement.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Il est constant en cause que Grigore B. fut informé par décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 12 septembre 1997 qu'il perdait le droit à l'indemnité de chômage complet pour 7 jours de calendrier à partir du 11 septembre 1997 au motif qu'il ne s'était pas présenté au bureau de placement compétent le 11 septembre 1997.

Par une deuxième décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 19 septembre 1997 le droit à l'indemnité de chômage lui fut refusé pour 30 jours de calendrier à partir du 18 septembre 1997 étant donné qu'il ne s'était pas présenté au bureau de placement le 18 septembre 1997.

Par décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 24 septembre 1997 l'indemnité de chômage fut retirée à l'appelant au motif qu'il avait omis de se présenter à trois reprises successives, malgré convocations, pour les dates du 11 septembre 1997, 18 septembre 1997 et 23 septembre 1997 et qu'il n'était dès lors plus à considérer comme disponible pour le marché de l'emploi.

Le 5 janvier 1998 la commission spéciale de réexamen, statuant sur la demande de réexamen de Grigore B., rejeta cette demande au motif que les explications fournies par le requérant pour justifier ses absences répétées n'étaient pas à considérer comme valables.

Par jugement du 14 décembre 1998, le Conseil arbitral des assurances sociales déclara le recours formé par Grigore B. contre la décision de la commission spéciale de réexamen non fondé.

Pour statuer comme ils l'ont fait, les premiers juges ont dit que s'il résulte des renseignements recueillis à l'audience que le requérant a bénéficié d'un congé sans paiement de deux semaines du 28 août 1997 au 10 septembre 1997, il échet cependant de constater que son absence à l'étranger s'est prolongée au-delà du 10 septembre 1997 jusqu'au 24 septembre 1997 et que pendant cette période il n'a pas préalablement disposé d'une dispense de contrôle conformément aux dispositions de l'article 11 du règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié de sorte que ce serait à bon droit que la commission spéciale de

réexamen aurait confirmé le retrait des indemnités de chômage au motif que l'intéressé n'était plus à considérer comme disponible pour le marché de l'emploi.

S'il est un fait que Grigore B. ne s'est pas présenté au bureau de placement aux dates qui lui avaient été indiquées et s'il est vrai qu'il n'a pas préalablement disposé d'une dispense de contrôle pour la période du 10 septembre 1997 au 24 septembre 1997, on ne saurait cependant considérer l'appelant, eu égard aux circonstances qui l'ont amené à se rendre en Roumanie et à y rester plus longtemps que prévu ensemble le fait qu'il pouvait légitimement penser qu'il n'avait à se présenter que quinze jours plus tard, les présentations ayant eu lieu avant son départ pour la Roumanie seulement tous les quinze jours et l'intéressé n'ayant pu prendre connaissance des deux dernières convocations pour les 18 et 23 septembre 1997 qu'à son retour à Luxembourg, comme n'étant plus disponible pour le marché de l'emploi pour ne pas

s'être présenté en date des 11, 18 et 23 septembre 1997 au bureau de placement compétent.

Il échet partant par réformation du jugement entrepris de dire que Grigore B. continue à remplir au-delà du 10 septembre 1997 les conditions légales pour bénéficier des prestations de chômage et de renvoyer le dossier à l'Administration de l'emploi pour déterminer les montants devant lui revenir.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, réformant : déclare le recours de Grigore B. dirigé contre la décision de la commission spéciale de réexamen du 5 janvier 1998 fondé, dit que Grigore B. continue à remplir au-delà du 10 septembre 1997 les conditions légales pour bénéficier des prestations de chômage, renvoie le dossier devant l'Administration de l'emploi pour déterminer les montants devant revenir au requérant à titre d'indemnités de chômage.

---

50

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**15 juillet 1998**

Dire que l'appelante ne peut bénéficier de la dispense de la condition de stage pour avoir travaillé comme salariée après l'abandon d'une activité indépendante reviendrait à faire dépendre l'aptitude légale de l'appelante d'une condition supplémentaire non prévue par la loi.

**B. Josée c/ADM**

No du reg: F.E. 55/98 No: 162/98

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 29 avril 1998, Josée B. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 6 avril 1998 par le Conseil arbitral des assurances, jugement qui statuant sur son recours dirigé contre une décision de la commission spéciale de réexamen du 5 janvier 1998 ayant par confirmation d'une décision du directeur de l'Administration de l'emploi du 25 août 1997 rejeté sa demande en obtention d'une indemnité de chômage, a déclaré ledit recours non fondé.

L'appelante demande au Conseil supérieur des assurances sociales de dire, par réformation de la décision entreprise, qu'elle a droit à l'indemnité de chômage complet à partir du jour de son inscription comme demanderesse d'emploi.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Il est constant en cause que Josée B. a travaillé comme pédicure indépendante depuis 1984 jusqu'en 1996 et qu'elle a exploité un commerce de vêtements depuis le 1er juin 1996 jusqu'au 10 mars 1997, date à laquelle elle a dû cesser son activité commerciale en raison de difficultés économiques et financières. Josée B. a travaillé

par la suite du 1er avril 1997 au 23 juin 1997 comme vendeuse à l'essai auprès de l'entreprise San Ali Import-Export à Mersch. Elle s'est inscrite le 4 juin 1997 comme demanderesse d'emploi à l'Administration de l'emploi et y a introduit une demande d'octroi de l'indemnité de chômage en date du 5 juin 1997.

Par décision du 25 août 1997, le directeur de l'Administration de l'emploi a rejeté la demande au motif que l'intéressée ne remplit pas la condition de stage telle qu'elle est définie à l'article 16 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet.

Le 5 janvier 1998 la commission spéciale de réexamen, statuant sur la demande de réexamen de Josée B. rejeta cette demande quant au fond au motif que la requérante n'était pas en mesure de faire valoir d'autres périodes d'occupation que celles prises en considération par l'Administration de l'emploi pour le calcul de la condition de stage.

Par jugement du 6 avril 1998 le Conseil arbitral des assurances sociales déclara le recours formé par Josée B. contre la décision de la commission spéciale de réexamen non fondé.

Pour statuer comme ils l'ont fait les premiers juges ont dit que la condition de stage prévue à l'article 16 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet n'était pas remplie étant donné qu'au cours de la période de référence la requérante n'était occupée à titre de salariée que pendant 12 semaines.

Selon les premiers juges Josée B. ne saurait demander la prise en considération de son activité professionnelle comme travailleur indépendant et comme commerçante pour parfaire la condition de stage alors qu'il y aurait lieu de se référer exclusivement à la dernière occupation avant la survenance du chômage pour définir le statut de la demanderesse d'emploi.

Aux termes de l'article 16 de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet répondent à la condition de stage prévue à l'article 13 de la loi en question, le travailleur occupé à plein temps et le travailleur occupé habituellement à temps partiel sur le territoire luxembourgeois conformément à l'article 11 de cette même loi à titre de salarié lié par un ou plusieurs contrats de louage de services, pendant au moins vingt-six semaines au cours des douze mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics.

L'article 34 de la loi modifiée du 30 juin 1976 dispose de son côté que peuvent solliciter l'application des dispositions du titre 2 de cette loi, les travailleurs indépendants qui ont dû cesser leur activité en raison de difficultés économiques et financières ou par le fait d'un tiers, lorsqu'ils s'inscrivent comme demandeurs d'emploi auprès des bureaux de placement de l'Administration de l'emploi, à la condition qu'ils justifient de cinq années au moins d'assurance obligatoire à la caisse de pension des artisans, des commerçants et industriels, à la caisse de pension agricole ou à la caisse de pension des employés privés et qu'ils soient domiciliés sur le territoire luxembourgeois au moment de la cessation de leur activité.

Ils sont dispensés de la condition de stage visée à l'article 16 de la loi modifiée du 30 juin 1976 pourvu qu'ils se fassent inscrire comme demandeurs d'emploi auprès des

bureaux de placement publics dans les trois mois suivant la fin de leur activité et qu'ils introduisent leur demande d'indemnisation dans les deux mois au plus tard du droit à indemnité.

L'article 34 subordonne la dispense de la condition de stage uniquement à la double condition pour le chômeur de s'inscrire comme demandeur d'emploi auprès des bureaux de placement publics dans les trois mois suivant la fin de son activité et d'introduire sa demande d'indemnisation dans les deux mois au plus tard du droit à indemnité, condition qui se trouve remplie en l'espèce.

Il n'est nulle part question, ni à l'article 34 ni aux autres dispositions de la loi modifiée du 30 juin 1976, que la dispense de la condition de stage ne joue plus en cas de travail salarié effectué après l'abandon de l'activité indépendante.

Décider le contraire et dire que Josée B. ne peut bénéficier de la dispense de la condition de stage pour avoir travaillé comme salariée après l'abandon de son commerce reviendrait à faire dépendre l'aptitude légale de l'appelante d'une condition supplémentaire non prévue par la loi.

Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que Josée B. remplit les conditions pour pouvoir bénéficier de l'indemnité de chômage et qu'elle a droit à cette indemnité à partir du jour de son inscription comme demanderesse d'emploi.

L'appel est partant à déclarer fondé.

Le dossier est à renvoyer à l'Administration de l'emploi pour déterminer le montant de l'indemnité de chômage devant revenir à la requérante.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, le dit fondé, réformant : dit que Josée B. a droit à l'indemnité de chômage à partir du jour de son inscription comme demanderesse d'emploi, renvoie le dossier devant l'Administration de l'emploi pour déterminer le montant de l'indemnité de chômage devant revenir à la requérante.

---

51

**CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**  
**14 juillet 1999**

*Le refus non justifié du poste de travail approprié proposé entraîne la perte du droit au bénéfice de l'indemnité de chômage conformément à l'article 23 paragraphe 1 sub a) de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et la réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet.*

*Constitue un tel refus non justifié le fait pour une personne de ne pas avoir été engagé en raison de ses prétentions de salaire trop élevées compte tenu du montant de l'indemnité de chômage lui revenant et du fait que l'emploi assigné était un emploi approprié au sens de l'article 2 du règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous c de la loi modifiée du 30 juin 1976.*

**M. Vitantonio c/ADEM**

No du reg.: F.E. 62/99 No: 115/99

**Arrêt**

Par requête déposée en date du 31 mars 1999, Vitantonio M. a régulièrement relevé appel d'un jugement rendu contradictoirement le 16 février 1999 par le Conseil arbitral des assurances sociales, jugement qui statuant sur son recours dirigé contre une décision de la commission spéciale de réexamen du 7 novembre 1997 ayant confirmé une décision de retrait des indemnités de chômage avec effet au 4 novembre 1995 prise par le directeur de l'Administration de l'emploi en date du 14 décembre 1995, a déclaré ledit recours non fondé.

L'appelant demande au Conseil supérieur des assurances sociales d'annuler la décision entreprise.

L'intimé conclut à la confirmation du jugement entrepris.

Il est constant en cause que Vitantonio M., qui avait présenté en date du 21 juillet 1995 une demande en obtention de l'indemnité de chômage complet, s'était vu proposer le 31 octobre 1995 un emploi comme aide-cuisinier et plongeur auprès de la s.à r.l. La Caravelle à Bertrange, emploi qui lui fut refusé en raison de ses exigences de salaire.

Par décision du 14 décembre 1995 le directeur de l'Administration de l'emploi fit arrêter le paiement de l'indemnité de chômage avec effet au 4 novembre 1995 au motif que l'intéressé avait réclamé un salaire de 100.000. - francs par mois alors que son indemnité de chômage n'était que de 40.668.- francs et que dans les conditions données il n'était plus à considérer comme chômeur involontaire au sens de la loi.

Le 7 novembre 1997 la commission spéciale de réexamen, statuant sur la demande de réexamen de Vitantonio M., rejeta cette demande au motif qu'il résultait d'une enquête effectuée auprès du Centre commun de la sécurité sociale que le salaire du mois de juillet 1995 ayant donné lieu à affiliation s'élevait à 52.726.- francs brut et qu'une demande de redressement des salaires à 120.000. - francs bruts pour les mois de mars à juillet 1995 n'avait pas été prise en considération par le Centre commun de la sécurité sociale de sorte que selon la commission l'indemnité de chômage touchée par le requérant correspondait au salaire brut effectivement touché et qu'en conséquence l'emploi assigné par l'Administration de l'emploi était à considérer comme un emploi approprié au sens des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Par jugement du 16 février 1999, le Conseil arbitral des assurances sociales déclara le recours formé par Vitantonio M. contre la décision de la commission spéciale de réexamen non fondé.

Pour statuer comme ils l'ont fait, les premiers juges ont dit que la commission spéciale de réexamen a déduit à bon droit du fait qu'une demande de redressement des salaires à 120.000. - francs brut pour les mois de mars à juillet 1995 n'a pas été prise en compte par le Centre commun que le montant de l'indemnité de chômage touchée par le requérant correspond au salaire brut effectivement touché, qu'il n'a pas été engagé en raison de ses prétentions de salaire trop élevées compte tenu du montant de l'indemnité de chômage lui revenant et que l'emploi lui assigné est un emploi approprié au sens de l'article 2 du règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant

les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e ) de la loi modifiée du 30 juin 1976.

Vitantonio M. fait plaider à l'appui de son appel qu'il bénéficiait avant la survenance du chômage d'un traitement brut mensuel de 123.000. - francs ainsi que cela résulterait d'un décompte du Centre commun du 16 septembre 1995 qui ferait apparaître que le salaire pour le mois de juin 1995 a été redressé et qu'il devait payer des cotisations pour un montant total de 27.342.- francs ce qui correspondrait à un salaire brut de 123.000.- francs; que des extraits de banque permettraient d'établir qu'il a bénéficié d'un salaire net d'environ 80.000. - francs pour les mois de janvier à juin 1995 ; que le contrôleur chargé de l'enquête auprès du Centre commun n'aurait pas pu prendre en considération ces pièces pour la rédaction du rapport étant donné qu'elles auraient été entre les mains de l'appelant qui n'était pas partie à l'enquête ; que l'emploi offert ne serait dans les conditions données pas un emploi approprié au sens de l'article 2 du règlement grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e ) de la loi modifiée du 30 juin 1976 puisqu'il aurait été rémunéré à un niveau inférieur à l'indemnité de chômage à percevoir.

Le Conseil supérieur des assurances sociales estime nécessaire avant tout autre progrès en cause d'entendre les parties en leurs explications personnelles, l'appelant devant lors de la comparution personnelle des parties produire les documents plus amplement spécifiés au dispositif du présent arrêt.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, reçoit l'appel en la forme, avant tout autre progrès en cause, ordonne la comparution personnelle des parties pour l'audience publique du 17 novembre 1999, à 16,00 heures, enjoint à M. Vitantonio de produire lors de cette comparution des parties les fiches d'impôt des années 1992 à 1995, les bulletins de paie de février 1992 à mai 1995 et les quittances de salaire antérieures au mois de janvier 1995.

---

52

## **CONSEIL SUPERIEUR DES ASSURANCES SOCIALES**

**14 juillet 1999**

No du reg.: F.E. 62/99 No: 180/99

(suite de l'arrêt 115/99)

### **Arrêt**

Revu l'arrêt du 14 juillet 1999 par lequel le Conseil supérieur des assurances sociales a avant tout autre progrès en cause ordonné la comparution personnelle des parties et enjoint à Vitantonio M. de produire lors de cette comparution les fiches d'impôt des années 1992 à 1995, les bulletins de paie de février 1992 à mai 1995 et les quittances de salaire antérieures au mois de janvier 1995.

Vu le résultat de la comparution personnelle des parties.

Vitantonio M. soutient qu'il bénéficiait avant la survenance du chômage d'un traitement brut mensuel de 123.000. - francs ainsi que cela résulterait d'un décompte du Centre Commun de la Sécurité Sociale du 16 septembre 1995 qui ferait apparaître que le salaire pour le mois de juin 1995 a été redressé et qu'il devait payer des cotisations pour un montant total de 27.342. - francs ce qui correspondrait à un salaire brut de 123.000. - francs. Il soutient d'autre part que des extraits de banque et des reçus permettraient d'établir qu'il a bénéficié d'un salaire net d'environ 80.000. - francs pour les mois de janvier à juin 1995.

L'intéressé a versé des extraits de banque qui établissent qu'il a touché en janvier et février 1995 46.000. - francs nets, en mars 1995 45.500. - francs, en avril 1995 46.000. - francs et en mai et juin 1995 47.150. - francs.

Vitantonio M. a lors de la comparution personnelle des parties reconnu que les reçus destinés à prouver qu'il bénéficiait outre les montants ci-avant énumérés chaque mois d'un acompte sur son salaire avaient été signés par son frère au nom de la s.à r.l. CAFE SOCIETY.

Les reçus versés en cause sur lesquels la société CAFE SOCIETY reconnaît uniquement avoir reçu de janvier 1995 à juillet 1995 de la société CAFE SOCIETY, donc d'elle-même, différents montants ne sont partant pas de nature à prouver que l'appelant a reçu des acomptes de salaire de la part de la société CAFE SOCIETY.

S'il est vrai que le Centre Commun de la Sécurité Sociale a fait parvenir le 16 septembre 1995 à la société CAFE SOCIETY un décompte dans lequel il a procédé à un redressement des cotisations, ce décompte n'est cependant pas de nature à étayer les allégations de Vitantonio M. dans la mesure où il a été dressé uniquement sur base des seules données fournies par l'employeur sans que le Centre commun eût la possibilité à ce moment de vérifier l'exactitude de ces données.

Le Centre Commun de la Sécurité Sociale, qui garde un pouvoir d'investigation en ce qui concerne les données lui transmises, a d'ailleurs par lettre du 1er août 1996 et après avoir procédé à une enquête informé la société CAFE SOCIETY qu'il ne pouvait pas procéder à un redressement des salaires cotisables de Vitantonio MAURANTONIO en les portant à 120.000. - francs bruts au motif qu'il n'existe pas de preuve que ces salaires ont été réellement versés.

Vitantonio M. n'a lors de la comparution personnelle des parties pas été en mesure de verser les pièces lui réclamées, à l'exception de la fiche de retenue d'impôt de l'année 1995.

Cette pièce n'est pas de nature à entraîner la conviction du Conseil supérieur des assurances sociales, les mentions y figurant ayant seulement été apposées après l'introduction par Vitantonio M. de sa demande en obtention d'une indemnité de chômage.

Il résulte des développements qui précèdent que l'appelant est resté en défaut de prouver que son salaire fût plus élevé que celui sur base duquel l'indemnité de chômage a été déterminée.

C'est partant à bon droit que le Conseil arbitral des assurances sociales, après avoir relevé que Vitantonio M. n'a pas été engagé en raison de ses prétentions de salaire trop élevées compte tenu du montant de l'indemnité de chômage lui revenant et que l'emploi assigné était un emploi approprié au sens de l'article 2 du règlement

grand-ducal du 25 août 1983 définissant les critères de l'emploi approprié visé à l'article 13 sous e) de la loi modifiée du 30 juin 1976, a confirmé la décision entreprise au motif que le requérant n'est plus à considérer comme chômeur involontaire au sens de la loi et que le refus non justifié du poste de travail approprié proposé entraîne la perte du droit au bénéfice de l'indemnité de chômage conformément à l'article 23 paragraphe 1 sub d) de la loi modifiée du 30 juin 1976 portant création d'un fonds pour l'emploi et la réglementation de l'octroi des indemnités de chômage complet.

L'appel de Vitantonio M. est dès lors à déclarer non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur des assurances sociales, statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et les conclusions contradictoires des parties à l'audience, vidant l'arrêt du 14 juillet 1999, dit l'appel de M. non fondé,

---



# **Arrêts récents de la cour de justice européenne**

## **ARRET DE LA COUR**

15 février 2000 (1)

### **«Sécurité sociale - Financement - Législation applicable»**

#### **Dans l'affaire C-34/98,**

**Commission des Communautés européennes**, représentée par M. P. Hillenkamp, conseiller juridique, et Mme H. Michard, membre du service juridique, en qualité d'agents, ayant élu domicile à Luxembourg auprès de M. C. Gómez de la Cruz, membre du même service, Centre Wagner, Kirchberg,

**partie requérante,**

**contre**

**République française**, représentée par Mme K. Rispal-Bellanger, sous-directeur à la direction des affaires juridiques du ministère des Affaires étrangères, et M. C. Chavance, conseiller des affaires étrangères à la même direction, en qualité d'agents,

**partie défenderesse,**

ayant pour objet de faire constater que, en appliquant la contribution pour le remboursement de la dette sociale aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France mais travaillent dans un autre État membre et qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1), ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE), ainsi que de l'article 13 dudit règlement,

#### **LA COUR,**

composée de MM. G. C. Rodríguez Iglesias, président, J. C. Moitinho de Almeida (rapporteur), D. A. O. Edward, L. Sevón et R. Schintgen, présidents de chambre, C. Gulmann, J.-P. Puissochet, G. Hirsch, P. Jann, H. Ragnemalm et M. Wathelet, juges,

avocat général: M. A. La Pergola,

greffier: M. H. von Holstein, greffier adjoint,

vu le rapport d'audience,

ayant entendu les parties en leur plaidoirie à l'audience du 4 mai 1999,

ayant entendu l'avocat général en ses conclusions à l'audience du 7 septembre 1999,

rend le présent

### Arrêt

1. Par requête déposée au greffe de la Cour le 12 février 1998, la Commission des Communautés européennes a introduit, en vertu de l'article 169 du traité CE (devenu article 226 CE), un recours visant à faire constater que, en appliquant la contribution pour le remboursement de la dette sociale (ci-après la «CRDS») aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France mais travaillent dans un autre État membre et qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, ci-après le «règlement n° 1408/71»), ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE), ainsi que de l'article 13 dudit règlement.

### La réglementation communautaire

2. Aux termes de l'article 4, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 1408/71:  
«1. Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent:
  - a) les prestations de maladie et de maternité;
  - b) les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain;
  - c) les prestations de vieillesse;
  - d) les prestations de survivants;
  - e) les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle;
  - f) les allocations de décès;
  - g) les prestations de chômage;
  - h) les prestations familiales.
2. Le présent règlement s'applique aux régimes de sécurité sociale généraux et spéciaux, contributifs et non contributifs, ainsi qu'aux régimes relatifs aux obligations de l'employeur ou de l'armateur concernant les prestations visées au paragraphe 1.»

3. L'article 1er, sous j), du règlement n° 1408/71 définit le terme «législation» comme désignant «pour chaque État membre, les lois, les règlements, les dispositions statutaires et toutes les autres mesures d'application, existants ou futurs, qui concernent les branches et les régimes de sécurité sociale visés à l'article 4 paragraphes 1 et 2 ou les prestations spéciales à caractère non contributif visées à l'article 4 paragraphe 2 bis».
4. L'article 13 du même règlement dispose:
  - «1. Sous réserve de l'article 14 quater, les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Cette législation est déterminée conformément aux dispositions du présent titre.
  2. Sous réserve des articles 14 à 17:
    - a) la personne qui exerce une activité salariée sur le territoire d'un État membre est soumise à la législation de cet État, même si elle réside sur le territoire d'un autre État membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre;
    - b) la personne qui exerce une activité non salariée sur le territoire d'un État membre est soumise à la législation de cet État même si elle réside sur le territoire d'un autre État membre;...»

#### **La réglementation nationale**

5. La CRDS a été instituée par l'article 14-I de l'ordonnance n° 96-50, du 24 janvier 1996, relative au remboursement de la dette sociale (JORF du 25 janvier 1996, p. 1226, ci-après l'«ordonnance»).
6. Sont redevables de la CRDS, notamment sur leurs revenus d'activité ou de remplacement, toutes les personnes physiques ayant leur domicile fiscal en France aux fins de l'établissement de l'impôt sur le revenu.
7. Au sens de l'article 4 B du code général des impôts, sont considérées comme ayant leur domicile fiscal en France les personnes qui ont en France leur foyer ou le lieu de leur séjour principal, celles qui exercent en France une activité professionnelle, salariée ou non, à moins qu'elles justifient que cette activité y est exercée à titre accessoire, ainsi que celles qui ont en France le centre de leurs activités économiques.
8. L'assiette de la CRDS, dont le taux est de 0,5 %, comprend notamment, en ce qui concerne les revenus d'activité et de remplacement, les salaires, les pensions de retraite et d'invalidité, les allocations de chômage, les revenus professionnels et les prestations familiales légales.
9. En vertu de l'article 15-III, point 1, de l'ordonnance, et sous réserve des conventions internationales destinées à éviter les doubles impositions, les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère soumis en France à l'impôt sur le revenu sont également assujettis à la CRDS. Les déclarations afférentes auxdits revenus doivent être effectuées auprès de l'administration fiscale compétente pour déterminer et mettre en recouvrement la contribution correspondante.

10. Selon l'article 6-I de l'ordonnance, le produit de la CRDS est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (ci-après la «Cades»), qui est un établissement public créé par cette même ordonnance et placé sous la double tutelle du ministre de l'Économie et des Finances et du ministre de la Sécurité sociale. La Cades a pour mission principale d'apurer la dette d'un montant de 137 milliards de FRF contractée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ci-après l'«ACOSS») à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations (ci-après la «CDC») et qui a été transférée à la Cades à compter du 1er janvier 1996. Cette dette correspond au financement par la CDC des déficits accumulés en 1994 et 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996. La Cades a dû également verser pour la seule année 1996 une somme de 3 milliards de FRF à la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.
11. En outre, conformément à l'article 4-III de l'ordonnance, la Cades doit effectuer, pour chacune des années 1996 à 2008, des versements au budget général de l'État à hauteur de 12,5 milliards de FRF. Il ressort du rapport au président de la République relatif à l'ordonnance que ces versements compensent des versements d'un montant équivalent qui étaient précédemment à la charge du Fonds de solidarité vieillesse afin d'apurer une dette antérieure de l'ACOSS.
12. Les fonds permettant à la Cades d'accomplir sa mission proviennent du produit de la CRDS, qui est prélevée non seulement sur les revenus d'activité et de remplacement, mais également sur d'autres catégories de revenus, tels ceux du patrimoine, ou sur les ventes de certains métaux précieux, ainsi que d'autres produits, comme ceux provenant de la gestion et de la vente du patrimoine immobilier des organismes de sécurité sociale et de l'émission d'obligations.

#### **La procédure précontentieuse**

13. Par lettre du 6 décembre 1996, la Commission a mis en demeure le gouvernement français de présenter ses observations sur la compatibilité avec le droit communautaire de l'application de la CRDS aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs résidant en France mais travaillant dans un autre État membre, lesquels ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, conformément au règlement n° 1408/71.
14. Selon la Commission, la règle de l'unicité de la législation applicable se trouve remise en cause par l'application de la CRDS à des revenus qui ont déjà été grevés par l'ensemble des prélèvements sociaux dans l'État membre d'emploi qui est seul compétent en matière de sécurité sociale en vertu de l'article 13 du règlement n° 1408/71. La perception de la CRDS sur de tels revenus constituerait par ailleurs une discrimination incompatible avec les libertés garanties par les articles 48 et 52 du traité.
15. Par lettre du 3 mars 1997, les autorités françaises ont répondu que la position de la Commission méconnaît les caractéristiques et l'objet de la CRDS. En particulier, les redevables de celle-ci ne bénéficieraient en contrepartie d'aucune prestation de sécurité sociale. Selon les autorités françaises, la CRDS doit être qualifiée d'impôt au regard de la jurisprudence de la Cour.

16. Dans son avis motivé du 23 juillet 1997, la Commission a maintenu son argumentation en précisant notamment que celui-ci porte uniquement sur les revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés ou indépendants exerçant leur activité dans un autre État membre. Elle a par conséquent invité la République française à se conformer à cet avis motivé dans un délai de deux mois à compter de sa notification.
17. Par lettre du 21 octobre 1997, les autorités françaises ont réitéré leur thèse selon laquelle la CRDS ayant un caractère fiscal, elle n'entre pas dans le champ d'application du règlement n° 1408/71 et, en tant qu'elle vise également les travailleurs frontaliers, ne méconnaît pas le principe de libre circulation des travailleurs.
18. Les autorités françaises ne s'étant pas conformées à l'avis motivé dans le délai imparti, la Commission a décidé d'introduire le présent recours.

#### **Sur le recours**

19. Le présent recours ne concerne la perception de la CRDS que dans la mesure où elle porte sur les revenus d'activité et de remplacement obtenus par des travailleurs salariés et indépendants résidant en France et relevant fiscalement de cet État membre à l'occasion d'une activité professionnelle exercée dans un autre État membre et qui, de ce fait, sont soumis au régime de sécurité sociale de cet État d'emploi conformément aux dispositions du règlement n° 1408/71.
20. Selon la Commission, ladite perception constitue un double prélèvement social contraire tant à l'article 13 du règlement n° 1408/71 qu'aux articles 48 et 52 du traité.

#### ***Sur le grief tiré de la violation de l'article 13 du règlement n° 1408/71***

21. Selon la Commission, la CRDS, qui est destinée à contribuer au financement de l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale français et couvre donc les diverses branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4, paragraphe 1, du règlement n° 1408/71, constitue une cotisation de sécurité sociale qui relève du champ d'application de ce règlement.
22. La Commission soutient que la triple circonstance que la CRDS est en partie destinée à combler la dette sociale occasionnée par le financement de prestations qui ont été servies au cours des années passées, que le recouvrement de la CRDS est effectué, s'agissant des travailleurs concernés par le présent recours, par voie de rôle comme en matière d'impôt sur le revenu et non pas directement par les organismes chargés de recouvrer les cotisations du régime général de sécurité sociale et que les montants collectés transitent par la Cades ne saurait faire échapper le prélèvement en cause au champ d'application du règlement n° 1408/71.
23. Par conséquent, en prélevant la CRDS sur les revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés ou indépendants résidant en France mais exerçant une activité professionnelle dans un autre État membre, la République française méconnaîtrait la règle de l'unicité de la législation applicable, énoncée à l'article 13 du règlement n° 1408/71, dans la mesure où ces mêmes revenus ont déjà été grevés par l'ensemble des prélèvements sociaux dans l'État membre d'emploi, dont la législation est seule applicable en vertu dudit article 13.

24. Le gouvernement français fait valoir que le droit à la protection sociale fait partie des droits fondamentaux du citoyen. Cette protection doit à la fois couvrir l'ensemble de la population et être d'un niveau élevé, tandis que son coût doit faire l'objet d'une répartition équitable entre les citoyens.
25. Il considère que la réalisation de ce dernier objectif ne doit pas être assurée par un financement fondé sur les cotisations sociales reposant sur les seuls revenus du travail, mais il doit concerner l'ensemble des revenus des contribuables. La CRDS comme la contribution sociale généralisée, qui fait l'objet d'un autre arrêt rendu ce jour, Commission/France (C-169/98), constituent des mesures prises dans le contexte d'une fiscalisation progressive de la sécurité sociale.
26. En effet, en raison de ses caractéristiques et de son objet, la CRDS devrait être qualifiée d'impôt échappant, de ce fait, au champ d'application du règlement n° 1408/71 et continuant ainsi à relever des compétences propres des États membres en matière de politique budgétaire et sociale.
27. Au soutien de sa thèse, le gouvernement français relève notamment que la CRDS est due en fonction du seul critère du domicile fiscal en France, quel que soit par ailleurs le statut professionnel ou le régime de sécurité sociale dont relève l'intéressé. En outre, les personnes assujetties à la CRDS ne bénéficieraient d'aucune prestation de sécurité sociale en contrepartie de ce prélèvement, de sorte qu'il n'y aurait aucun lien entre le paiement de la CRDS, d'une part, et des prestations identifiables dont les résidents en France auraient bénéficié dans le passé ou pourraient prétendre à l'avenir, d'autre part. Quant à la Cades, à laquelle sont versées les sommes perçues au titre de la CRDS, elle constituerait un organisme à caractère financier, et non pas un organisme de sécurité sociale, dont la mission est d'apurer la dette d'un établissement public, à savoir l'ACOSS, qui n'interférerait en aucune façon avec la gestion des prestations ou le recouvrement des cotisations et ne financerait aucune prestation sociale.
28. Le gouvernement français précise que le règlement n° 1408/71 ne contient aucune définition des termes «cotisations sociales» et laisse aux États membres le choix des différents modes d'organisation et de financement de leurs régimes de sécurité sociale.
29. Si, comme la Commission le relève, le régime de financement de la sécurité sociale existant au Danemark, fondé principalement sur l'impôt, est compatible avec le droit communautaire, la même solution s'imposerait en ce qui concerne la CRDS. Celle-ci constituerait une mesure de fiscalisation budgétaire indirecte, puisqu'elle alimente la Cades qui, à son tour, approvisionne le budget de l'État. Il aurait certes été possible d'assurer le financement de celle-ci par une dotation budgétaire annuelle, financée par un relèvement de l'impôt sur le revenu ou de la taxe sur la valeur ajoutée, dont seraient notamment redevables les travailleurs frontaliers résidant en France. La République française n'a pas choisi un tel système, qui manquerait de «visibilité» vis-à-vis des contribuables et risquerait donc de méconnaître en grande partie l'objectif poursuivi.

30. Enfin, le gouvernement français fait valoir que la CRDS ne constitue pas une mesure qui a pour objet de compenser la non-affiliation des travailleurs frontaliers et donc l'absence de versement par ces derniers de cotisations au régime de sécurité sociale français en application du règlement n° 1408/71. En effet, le taux de la CRDS est de 0,5 %, alors que la totalité des prélèvements afférents aux cotisations sociales s'élève à 42 % du montant du salaire des redevables.
31. Il y a lieu de relever à cet égard que, ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour, le fait pour un travailleur d'être grevé, pour un même revenu, des charges sociales découlant de l'application de plusieurs législations nationales, alors qu'il ne peut revêtir la qualité d'assuré qu'au regard d'une seule de ces législations, expose ce travailleur à une double cotisation, contraire aux dispositions de l'article 13 du règlement n° 1408/71 (voir notamment arrêts du 5 mai 1977, *Perenboom*, 102/76, Rec. p. 815, point 13, et du 29 juin 1994, *Aldewereld*, C-60/93, Rec. p. I-2991, point 26).
32. Or, il est constant que les personnes concernées par le présent recours en manquement, à savoir les ressortissants communautaires résidant en France mais travaillant dans un autre État membre et qui, conformément aux dispositions de l'article 13 du règlement n° 1408/71, revêtent la qualité d'assuré au regard de la seule législation de l'État d'emploi, sont grevées, sous réserve, le cas échéant, des conventions destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, pour les revenus afférents à leur activité professionnelle dans l'État membre d'emploi non seulement des charges sociales découlant de l'application de la législation de sécurité sociale de ce dernier, mais également de charges sociales, à savoir en l'occurrence la CRDS, résultant de l'application de la législation de l'État membre de résidence.
33. La thèse du gouvernement français, selon laquelle la CRDS, en ce qu'elle serait en réalité à qualifier d'impôt, échapperait au champ d'application du règlement n° 1408/71 et, partant, à l'interdiction du cumul des législations applicables, ne saurait être retenue.
34. En effet, la circonstance qu'un prélèvement soit qualifié d'impôt par une législation nationale ne signifie pas que, au regard du règlement n° 1408/71, ce même prélèvement ne puisse être regardé comme relevant du champ d'application de ce règlement et, partant, soit visé par la règle du non-cumul des législations applicables.
35. Ainsi que la Cour l'a jugé notamment dans l'arrêt du 18 mai 1995 (*Rheinhold & Mahla*, C-327/92, Rec. p. I-1223, point 15), l'article 4 du règlement n° 1408/71 détermine le champ d'application des dispositions de ce règlement en des termes qui font apparaître que sont soumis à l'application des règles du droit communautaire les régimes de sécurité sociale dans leur intégralité. Au point 23 de ce même arrêt, la Cour a précisé que l'élément déterminant aux fins de l'application du règlement n° 1408/71 réside dans le lien que doit présenter la disposition en cause avec les lois qui régissent les branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4 du même règlement, lien qui doit être direct et suffisamment pertinent.

36. Or, ainsi que la Commission le soutient à juste titre, la CRDS présente un tel lien direct et suffisamment pertinent avec le régime général de sécurité sociale français pour qu'elle puisse être regardée comme un prélèvement visé par l'interdiction de double cotisation.
37. En effet, comme M. l'avocat général l'a relevé aux points 25 et 27 de ses conclusions, la CRDS, contrairement aux prélèvements destinés à pourvoir aux charges générales des pouvoirs publics, a pour objet spécifiquement et directement d'apurer les déficits du régime général de sécurité sociale français et elle s'inscrit dans le contexte d'une réforme générale de la protection sociale en France visant à garantir l'équilibre financier futur de ce régime, dont il n'est pas contesté que ses branches figurent parmi celles qui sont visées par l'article 4, paragraphe 1, du règlement n° 1408/71.
38. Ce lien ne saurait être rompu par le choix des modalités concrètes de l'affectation des sommes en question en vue du financement du régime de sécurité sociale français, sous peine de priver de tout effet utile l'interdiction du cumul des législations applicables. Par conséquent ni la circonstance que le produit de la CRDS soit versé à la Cades et non pas directement aux organismes de sécurité sociale ni le fait que le recouvrement de la CRDS soit, s'agissant des travailleurs visés par le présent recours, effectué par voie de rôle comme en matière d'impôt sur le revenu et non pas directement par les organismes chargés de recouvrer les cotisations du régime général de sécurité sociale ne sont de nature à remettre en cause la constatation décisive selon laquelle la CRDS est affectée de manière spécifique et directe au financement du régime de sécurité sociale français et relève par conséquent du champ d'application du règlement n° 1408/71.
39. De même, cette constatation ne saurait être infirmée ni par la circonstance que le paiement de la CRDS n'ouvre droit à aucune contrepartie directe et identifiable en termes de prestations ni par le fait qu'elle est en partie destinée à apurer une dette du régime de sécurité sociale occasionnée par le financement de prestations servies dans le passé.
40. D'une part, aux fins de l'application de l'article 13 du règlement n° 1408/71, le critère déterminant est celui de l'affectation spécifique d'une contribution au financement du régime de sécurité sociale d'un État membre. L'existence ou l'absence de contreparties en termes de prestations est donc indifférente à cet égard.
41. D'autre part, admettre l'argument selon lequel la circonstance que la CRDS a pour objet de financer les déficits des années passées devrait entraîner son exclusion du champ d'application du règlement n° 1408/71 reviendrait à permettre aux États membres de tourner l'interdiction de la double cotisation par le simple déplacement de l'époque du financement des déficits de son régime de sécurité sociale. L'efficacité de cette interdiction risquerait dans ces conditions d'être réduite à néant.
42. Au vu de ces considérations, il y a lieu de conclure que le premier grief de la Commission est fondé.

**Sur le grief tiré de la violation des articles 48 et 52 du traité**

43. Selon la Commission, les contribuables résidant en France et relevant du régime de sécurité sociale français se trouvent dans une situation différente de celle des contribuables qui, résidant dans cet État membre mais ayant exercé leurs droits à la libre circulation et à la liberté d'établissement prévus respectivement aux articles 48 et 52 du traité, sont tenus de contribuer au financement du régime de sécurité sociale d'un autre État membre en application du règlement n° 1408/71. En ne prenant pas en considération cette différence de situation, la République française aurait violé le principe d'égalité de traitement que lesdites dispositions consacrent.
44. En revanche, pour le gouvernement français, les travailleurs percevant des revenus d'activité ou de remplacement dans un autre État membre sont placés au regard de la CRDS dans une situation comparable à celle des travailleurs percevant de tels revenus en France, de sorte qu'aucune discrimination n'est instaurée à l'égard des premiers. D'abord, le taux et l'assiette de la CRDS seraient identiques pour tous les résidents en France, quelle que soit leur nationalité, qui sont soumis à l'impôt sur leurs revenus de source étrangère. Selon ce gouvernement, la CRDS fait ainsi partie intégrante d'un système fiscal pleinement cohérent à l'égard des résidents en France qui y sont fiscalement imposés. Ensuite, la CRDS entrerait dans le champ d'application des conventions bilatérales destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, ouvrant droit à des crédits d'impôt ou à une exonération des revenus de source étrangère, pour éliminer toute double imposition. Enfin, le gouvernement français insiste sur le faible taux du prélèvement en cause.
45. À cet égard il y a lieu de relever que, s'il est vrai que la CRDS s'applique de manière identique à tous les résidents en France, ceux qui travaillent dans un autre État membre et qui, conformément à l'article 13 du règlement n° 1408/71, contribuent au financement de la sécurité sociale de cet État doivent par ailleurs financer, même si ce n'est que partiellement, la sécurité sociale de l'État de résidence, tandis que les autres résidents sont exclusivement tenus de cotiser au régime de cette dernière.
46. Or, la règle de l'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale que l'article 13 du règlement n° 1408/71 énonce vise précisément à supprimer les inégalités de traitement qui seraient la conséquence d'un cumul partiel ou total des législations applicables.
47. En effet, ainsi qu'il ressort du dixième considérant du règlement n° 1408/71, le principe de l'unicité de la législation applicable vise à garantir pour «le mieux l'égalité de traitement de tous les travailleurs occupés sur le territoire d'un État membre».
48. Il résulte de ce qui précède que, ainsi que M. l'avocat général l'a relevé au point 35 de ses conclusions, en formulant ce grief la Commission ne fait rien d'autre que d'envisager, sous l'angle des articles 48 et 52 du traité, le même manquement que celui qui a été constaté dans le contexte de l'article 13 du règlement n° 1408/71. Le régime de la CRDS étant à l'origine d'une inégalité de traitement contraire à cet article, il méconnaît dans la même mesure les dispositions du traité que l'article 13 vise à mettre en oeuvre. En effet, l'inégalité de traitement ainsi constatée constitue une entrave à la libre circulation des travailleurs à l'égard de laquelle, compte tenu de l'article 13 du règlement n° 1408/71, aucune justification ne saurait être admise.

49. S'agissant de l'argumentation du gouvernement français qui prétend que la CRDS ne touche, de toute façon, qu'un nombre limité des travailleurs concernés par le présent recours, en raison des conventions bilatérales destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, et que le taux du prélèvement litigieux est minime, il suffit de relever que, conformément à la jurisprudence de la Cour, les articles du traité relatifs à la libre circulation des marchandises, des personnes, des services et des capitaux constituent des dispositions fondamentales pour la Communauté et que toute entrave, même d'importance mineure, à cette liberté est prohibée (voir notamment arrêt du 13 décembre 1989, *Corsica Ferries France*, C-49/89, Rec. p. 4441, point 8).
50. Le second grief de la Commission est dès lors également fondé.
51. Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que, en appliquant la CRDS aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France mais travaillent dans un autre État membre et qui, en vertu du règlement n° 1408/71, ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 13 dudit règlement ainsi que des articles 48 et 52 du traité.

#### **Sur les dépens**

52. Aux termes de l'article 69, paragraphe 2, du règlement de procédure, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. La Commission ayant conclu à la condamnation de la République française et cette dernière ayant succombé en ses moyens, il y a lieu de la condamner aux dépens.

#### **Par ces motifs,**

#### **LA COUR**

#### **déclare et arrête:**

- 1) En appliquant la contribution pour le remboursement de la dette sociale aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France mais travaillent dans un autre État membre et qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996, ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 13 dudit règlement ainsi que des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE).
- 2) La République française est condamnée aux dépens.

**ARRET DE LA COUR**

15 février 2000 (1)

**«Sécurité sociale - Financement - Législation applicable»**

**Dans l'affaire C-169/98,**

**Commission des Communautés européennes**, représentée par M. P. Hillenkamp, conseiller juridique, et Mme H. Michard, membre du service juridique, en qualité d'agents, ayant élu domicile à Luxembourg auprès de M. C. Gómez de la Cruz, membre du même service, Centre Wagner, Kirchberg,

**partie requérante,**

**contre**

**République française**, représentée par Mme K. Rispal-Bellanger, sous-directeur à la direction des affaires juridiques du ministère des Affaires étrangères, et M. C. Chavance, conseiller des affaires étrangères à la même direction, en qualité d'agents,

**partie défenderesse,**

ayant pour objet de faire constater que, en appliquant la contribution sociale généralisée aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France, mais qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1), ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE), ainsi que de l'article 13 dudit règlement,

**LA COUR,**

composée de MM. G. C. Rodríguez Iglesias, président, J. C. Moitinho de Almeida (rapporteur), D. A. O. Edward, L. Sevón et R. Schintgen, présidents de chambre, C. Gulmann, J.-P. Puissochet, G. Hirsch, P. Jann, H. Ragnemalm et M. Wathelet, juges,

avocat général: M. A. La Pergola,

greffier: M. H. von Holstein, greffier adjoint,

vu le rapport d'audience,

ayant entendu les parties en leur plaidoirie à l'audience du 4 mai 1999,

ayant entendu l'avocat général en ses conclusions à l'audience du 7 septembre 1999,

rend le présent

### Arrêt

1. Par requête déposée au greffe de la Cour le 7 mai 1998, la Commission des Communautés européennes a introduit, en vertu de l'article 169 du traité CE (devenu article 226 CE), un recours visant à faire constater que, en appliquant la contribution sociale généralisée (ci-après la «CSG») aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France, mais qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996 (JO 1997, L 28, p. 1, ci-après le «règlement n° 1408/71»), ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE), ainsi que de l'article 13 dudit règlement.

#### La réglementation communautaire

2. Aux termes de l'article 4, paragraphes 1 et 2, du règlement n° 1408/71:
  - «1. Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent:
    - a) les prestations de maladie et de maternité;
    - b) les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain;
    - c) les prestations de vieillesse;
    - d) les prestations de survivants;
    - e) les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle;
    - f) les allocations de décès;
    - g) les prestations de chômage;
    - h) les prestations familiales.
  2. Le présent règlement s'applique aux régimes de sécurité sociale généraux et spéciaux, contributifs et non contributifs, ainsi qu'aux régimes relatifs aux obligations de l'employeur ou de l'armateur concernant les prestations visées au paragraphe 1.»
3. L'article 1er, sous j), du règlement n° 1408/71 définit le terme «législation» comme désignant «pour chaque État membre, les lois, les règlements, les dispositions statutaires et toutes les autres mesures d'application, existants ou futurs, qui concernent les branches et les régimes de sécurité sociale visés à l'article 4 paragraphes 1 et 2 ou les prestations spéciales à caractère non contributif visées à l'article 4 paragraphe 2 bis».

4. L'article 13 du même règlement dispose:

«1. Sous réserve de l'article 14 quater, les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Cette législation est déterminée conformément aux dispositions du présent titre.

2. Sous réserve des articles 14 à 17:

a) la personne qui exerce une activité salariée sur le territoire d'un État membre est soumise à la législation de cet État, même si elle réside sur le territoire d'un autre État membre ou si l'entreprise ou l'employeur qui l'occupe a son siège ou son domicile sur le territoire d'un autre État membre;

b) la personne qui exerce une activité non salariée sur le territoire d'un État membre est soumise à la législation de cet État même si elle réside sur le territoire d'un autre État membre;

...»

#### **La réglementation nationale**

5. La CSG a été instituée par la loi de finances n° 90-1168, du 29 décembre 1990 (JORF du 30 décembre 1990, p. 16367). Les dispositions pertinentes relatives à la CSG, à savoir les articles 127 à 135 de cette loi, ont été insérées dans le code de la sécurité sociale (articles L. 136-1 à L. 136-9) par la loi n° 93-936, du 22 juillet 1993, relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale (JORF du 23 juillet 1993, p. 10374).
6. Sont redevables de la CSG, notamment sur leurs revenus d'activité ou de remplacement, toutes les personnes physiques ayant leur domicile fiscal en France aux fins de l'établissement de l'impôt sur le revenu.
7. Au sens de l'article 4 B du code général des impôts, sont considérées comme ayant leur domicile fiscal en France les personnes qui ont en France leur foyer ou le lieu de leur séjour principal, celles qui exercent en France une activité professionnelle, salariée ou non, à moins qu'elles justifient que cette activité y est exercée à titre accessoire, ainsi que celles qui ont en France le centre de leurs activités économiques.
8. La CSG est due sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion de jeux, ainsi que sur les revenus d'activité et de remplacement, y compris ceux perçus à l'étranger ou de source étrangère, sous réserve des conventions internationales destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française.
9. La loi n° 96-1160, du 27 décembre 1996, sur le financement de la sécurité sociale pour 1997 (JORF du 29 décembre 1996, p. 19369) a élargi l'assiette de la CSG, en ce qui concerne les revenus d'activité et de remplacement, de manière à aligner celle-ci en grande partie sur l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale qui fait l'objet d'un autre arrêt rendu ce jour, Commission/France (C-34/98). La CSG porte ainsi notamment sur les salaires, les revenus professionnels, les pensions de retraite et d'invalidité ainsi que les allocations de chômage.

10. En vertu de l'article L. 136-8 III du code de la sécurité sociale, dans sa version résultant de la loi n° 96-1160, le produit de la CSG est versé à la Caisse nationale des allocations familiales, au Fonds de solidarité vieillesse et aux régimes obligatoires d'assurance maladie.
11. La CSG, en tant qu'elle porte sur les revenus d'activité et de remplacement, est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations au régime général pour la même catégorie de revenus. Aux fins d'application de ces dispositions, les travailleurs frontaliers ont été invités à s'inscrire auprès des institutions de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

#### **La procédure précontentieuse**

12. Par lettre du 25 novembre 1994, la Commission a mis en demeure le gouvernement français de présenter ses observations sur la compatibilité avec le droit communautaire de l'application de la CSG aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants résidant en France mais travaillant dans un autre État membre, lesquels ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, conformément au règlement n° 1408/71.
13. Par lettre du 22 mars 1995, les autorités françaises ont répondu qu'elles ne partageaient pas l'analyse de la Commission en ce qui concerne l'interférence entre la CSG, cotisation sociale, et le champ d'application du règlement n° 1408/71, s'agissant notamment de la règle d'unicité de l'article 13 de ce règlement. Le 28 novembre 1994, le gouvernement français a néanmoins décidé de suspendre, en vue d'une réforme de la législation en cause, les opérations administratives de recouvrement de la CSG en ce qui concerne les titulaires de revenus d'activité et de remplacement de source étrangère.
14. À la suite de cette suspension, la Commission a reporté sa décision d'une éventuelle poursuite de la procédure en manquement prévue à l'article 169 du traité et, par lettre du 21 mars 1996, les services de la Commission ont demandé aux autorités françaises de les informer de l'état de la situation quant au recouvrement de la CSG auprès des travailleurs concernés et aux réformes annoncées.
15. N'ayant pas jugé satisfaisante la réponse du gouvernement français, la Commission a de nouveau demandé aux autorités françaises, par lettre du 6 octobre 1996, de lui fournir des informations dans un délai d'un mois sur l'état du recouvrement de la CSG à l'égard des travailleurs concernés et des réformes envisagées. Cette lettre est restée sans réponse.
16. Le 16 décembre 1997, la Commission a notifié aux autorités françaises un avis motivé selon lequel, en appliquant la CSG aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs qui résident en France mais qui, en application du règlement n° 1408/71, ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française méconnaît les articles 48 et 52 du traité, ainsi que l'article 13 dudit règlement. La Commission a invité la République française à se conformer à cet avis motivé dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

17. Les autorités françaises ne s'étant pas conformées à l'avis motivé dans le délai imparti, la Commission a décidé d'introduire le présent recours.

#### **Sur le recours**

18. Le présent recours ne concerne la perception de la CSG que dans la mesure où elle porte sur les revenus d'activité et de remplacement obtenus par des travailleurs salariés ou indépendants résidant en France et relevant fiscalement de cet État membre à l'occasion d'une activité professionnelle qu'ils exercent ou ont exercé dans un autre État membre et qui, de ce fait, sont soumis au régime de sécurité sociale de cet État d'emploi conformément aux dispositions du règlement n° 1408/71.
19. Selon la Commission, ladite perception constitue un double prélèvement social contraire tant à l'article 13 du règlement n° 1408/71 qu'aux articles 48 et 52 du traité.

#### ***Sur le grief tiré de la violation de l'article 13 du règlement n° 1408/71***

20. Selon la Commission, la CSG, qui est destinée à contribuer au financement de plusieurs branches du régime de sécurité sociale français qui sont énumérées à l'article 4 du règlement n° 1408/71, constitue une cotisation de sécurité sociale qui relève du champ d'application de ce règlement. À cet égard, les modalités de recouvrement de la CSG ainsi que les règles contentieuses relatives aux différends nés de l'assujettissement à cette contribution, qui sont celles applicables aux cotisations de sécurité sociale, confirment cette interférence de la CSG et du règlement n° 1408/71. En outre, le fait que la CSG assise sur les revenus d'activité et de remplacement est, en vertu de la loi de finances n° 96-1181, du 30 décembre 1996 (JORF du 31 décembre 1996, p. 19490), pour une certaine part déductible de l'impôt sur le revenu renforcerait encore la thèse selon laquelle ce prélèvement revêt la nature d'une cotisation de sécurité sociale relevant du champ d'application du règlement n° 1408/71.
21. Par conséquent, selon la Commission, en prélevant la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement obtenus par les travailleurs salariés ou indépendants résidant en France dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle dans un autre État membre, la République française méconnaîtrait la règle de l'unicité de la législation applicable, énoncée à l'article 13 du règlement n° 1408/71, dans la mesure où ces mêmes revenus ont déjà été grevés par l'ensemble des prélèvements sociaux dans l'État membre d'emploi, dont la législation est seule applicable en vertu dudit article 13.
22. Le gouvernement français fait valoir que le droit à la protection sociale fait partie des droits fondamentaux du citoyen. Cette protection doit à la fois couvrir l'ensemble de la population et être d'un niveau élevé, tandis que son coût doit faire l'objet d'une répartition équitable entre les citoyens.
23. Il considère que la réalisation de ce dernier objectif ne doit pas être assurée par un financement fondé sur les cotisations sociales reposant sur les seuls revenus du travail, mais il doit concerner l'ensemble des revenus. La CSG comme la contribution pour le remboursement de la dette sociale, qui fait l'objet de l'arrêt Commission/France, précité, constituent des mesures prises dans le contexte d'une fiscalisation progressive de la sécurité sociale.

24. En effet, en raison de ses caractéristiques et de son objet, la CSG devrait être qualifiée d'impôt échappant, de ce fait, au champ d'application du règlement n° 1408/71 et continuant ainsi à relever des compétences propres des États membres en matière de politique budgétaire et sociale.
25. Au soutien de sa thèse, le gouvernement français relève notamment que la CSG est due en fonction du seul critère du domicile fiscal en France, quel que soit par ailleurs le statut professionnel ou le régime de sécurité sociale dont relève l'intéressé. En outre, les personnes assujetties à la CSG ne bénéficieraient d'aucune prestation de sécurité sociale en contrepartie de cette contribution, alors que toutes les personnes résidant en France, qu'elles exercent ou non une activité professionnelle, peuvent, du fait de cette résidence, bénéficier des prestations sociales financées par la CSG et qui relèvent de la solidarité nationale, à savoir les prestations familiales et les prestations du Fonds de solidarité vieillesse. Ni les modalités de recouvrement ni celles de l'affectation du produit de la CSG ne constitueraient un critère pertinent pour l'application du principe d'unicité de la législation applicable.
26. Le gouvernement français précise que le règlement n° 1408/71 ne contient aucune définition des termes «cotisations sociales» et laisse aux États membres le choix des différents modes d'organisation et de financement de leurs régimes de sécurité sociale.
27. Si, comme la Commission le relève, le régime de financement de la sécurité sociale existant au Danemark, fondé principalement sur l'impôt, est compatible avec le droit communautaire, la même solution s'imposerait en ce qui concerne la CSG. Il aurait certes été possible d'assurer le financement des branches concernées de la sécurité sociale par un relèvement notamment de l'impôt sur le revenu, dont seraient redevables également les travailleurs frontaliers résidant en France. La République française n'a pas choisi un tel système, qui manquerait de «visibilité» vis-à-vis des contribuables et risquerait donc de méconnaître en grande partie l'objectif poursuivi.
28. Enfin, le gouvernement français fait valoir que la CSG ne constitue pas une mesure qui a pour objet de compenser la non-affiliation des travailleurs frontaliers et donc l'absence de versement par ces derniers de cotisations au régime de sécurité sociale français en application du règlement n° 1408/71. En effet, le taux de la CSG représente 7,5 % du salaire, alors que la totalité des prélèvements afférents aux cotisations sociales s'élève à 42 % du montant du salaire des redevables.
29. Il y a lieu de relever à cet égard que, ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour, le fait pour un travailleur d'être grevé, pour un même revenu, des charges sociales découlant de l'application de plusieurs législations nationales, alors qu'il ne peut revêtir la qualité d'assuré qu'au regard d'une seule de ces législations, expose ce travailleur à une double cotisation, contraire aux dispositions de l'article 13 du règlement n° 1408/71 (voir notamment arrêts du 5 mai 1977, Perenboom, 102/76, Rec. p. 815, point 13, et du 29 juin 1994, Aldewereld, C-60/93, Rec. p. I-2991, point 26).
30. Or, il est constant que les personnes concernées par le présent recours en manquement, à savoir les ressortissants communautaires résidant en France mais qui, en raison d'une activité professionnelle dans un autre État membre,

revêtent, conformément aux dispositions de l'article 13 du règlement n° 1408/71, la qualité d'assuré au regard de la seule législation de l'État d'emploi, sont grevées, sous réserve, le cas échéant, des conventions destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, pour les revenus afférents à leur activité professionnelle dans l'État membre d'emploi non seulement des charges sociales découlant de l'application de la législation de sécurité sociale de ce dernier, mais également de charges sociales, à savoir en l'occurrence la CSG, résultant de l'application de la législation de l'État membre de résidence.

31. La thèse du gouvernement français, selon laquelle la CSG, en ce qu'elle serait en réalité à qualifier d'impôt, échapperait au champ d'application du règlement n° 1408/71 et, partant, à l'interdiction du cumul des législations applicables, ne saurait être retenue.
32. En effet, la circonstance qu'un prélèvement soit qualifié d'impôt par une législation nationale ne signifie pas que, au regard du règlement n° 1408/71, ce même prélèvement ne puisse être regardé comme relevant du champ d'application de ce règlement et, partant, soit visé par la règle du non-cumul des législations applicables.
33. Ainsi que la Cour l'a jugé notamment dans l'arrêt du 18 mai 1995 (Rheinhold & Mahla, C-327/92, Rec. p. I-1223, point 15), l'article 4 du règlement n° 1408/71 détermine le champ d'application des dispositions de ce règlement en des termes qui font apparaître que sont soumis à l'application des règles du droit communautaire les régimes de sécurité sociale dans leur intégralité. Au point 23 de ce même arrêt, la Cour a précisé que l'élément déterminant aux fins de l'application du règlement n° 1408/71 réside dans le lien que doit présenter la disposition en cause avec les lois qui régissent les branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4 du même règlement, lien qui doit être direct et suffisamment pertinent.
34. Or, ainsi que la Commission le soutient à juste titre, la CSG présente un tel lien direct et suffisamment pertinent avec les lois qui régissent les branches de sécurité sociale énumérées à l'article 4 du règlement n° 1408/71 pour qu'elle puisse être regardée comme un prélèvement visé par l'interdiction de double cotisation.
35. En effet, comme M. l'avocat général l'a relevé aux points 25 et 26 de ses conclusions, la CSG, contrairement aux prélèvements destinés à pourvoir aux charges générales des pouvoirs publics, est affectée spécifiquement et directement au financement de la sécurité sociale en France, les recettes correspondantes étant allouées à la Caisse nationale des allocations familiales, au Fonds de solidarité vieillesse et aux régimes obligatoires de maladie. L'objet de la CSG est donc de financer plus particulièrement les branches qui concernent les prestations de vieillesse, de survivants, de maladie, et les prestations familiales, lesquelles sont visées à l'article 4 du règlement n° 1408/71.
36. Ce lien de la CSG avec les lois qui régissent la sécurité sociale en France ressort également du fait que, comme le gouvernement français lui-même l'affirme, ledit prélèvement se substitue en partie à des cotisations de sécurité sociale qui pesaient lourdement sur les bas et moyens salaires et permet d'éviter le relèvement des cotisations existantes.

37. Cette constatation ne saurait être infirmée par la circonstance que le paiement de la CSG n'ouvre droit à aucune contrepartie directe et identifiable en termes de prestations.
38. En effet, aux fins de l'application de l'article 13 du règlement n° 1408/71, le critère déterminant est celui de l'affectation spécifique d'une contribution au financement du régime de sécurité sociale d'un État membre. L'existence ou l'absence de contreparties en termes de prestations est donc indifférente à cet égard.
39. Au vu de ces considérations, il y a lieu de conclure que le premier grief de la Commission est fondé.

**Sur le grief tiré de la violation des articles 48 et 52 du traité**

40. Selon la Commission, les contribuables résidant en France et relevant du régime de sécurité sociale français se trouvent dans une situation différente de celle des contribuables qui, résidant dans cet État membre mais ayant exercé leurs droits à la libre circulation et à la liberté d'établissement prévus respectivement aux articles 48 et 52 du traité, sont tenus de contribuer au financement du régime de sécurité sociale d'un autre État membre en application du règlement n° 1408/71. En ne prenant pas en considération cette différence de situation, la République française aurait violé le principe d'égalité de traitement que lesdites dispositions consacrent.
41. En revanche, pour le gouvernement français, les travailleurs percevant des revenus d'activité ou de remplacement dans un autre État membre sont placés au regard de la CSG dans une situation comparable à celle des travailleurs percevant de tels revenus en France, de sorte qu'aucune discrimination n'est instaurée à l'égard des premiers. D'abord, le taux et l'assiette de la CSG seraient identiques pour tous les résidents en France, quelle que soit leur nationalité, qui sont soumis à l'impôt sur leurs revenus de source étrangère. Selon ce gouvernement, la CSG fait ainsi partie intégrante d'un système fiscal pleinement cohérent à l'égard des résidents en France qui y sont fiscalement imposés. Ensuite, la CSG entrerait dans le champ d'application des conventions bilatérales destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, ouvrant droit à des crédits d'impôt ou à une exonération des revenus de source étrangère, pour éliminer toute double imposition. Enfin, le gouvernement français insiste sur le faible taux du prélèvement en question, qui, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998, serait de 7,5 % sur les salaires et de 6,2 % sur les revenus de remplacement.
42. À cet égard il y a lieu de relever que, s'il est vrai que la CSG s'applique de manière identique à tous les résidents en France, ceux qui travaillent dans un autre État membre et qui, conformément à l'article 13 du règlement n° 1408/71, contribuent au financement de la sécurité sociale de cet État doivent par ailleurs financer, même si ce n'est que partiellement, la sécurité sociale de l'État de résidence, tandis que les autres résidents sont exclusivement tenus de cotiser au régime de cette dernière.
43. Or, la règle de l'unicité de la législation applicable en matière de sécurité sociale que l'article 13 du règlement n° 1408/71 énonce vise précisément à supprimer les inégalités de traitement qui seraient la conséquence d'un cumul partiel ou total des législations applicables.

44. En effet, ainsi qu'il ressort du dixième considérant du règlement n° 1408/71, le principe de l'unicité de la législation applicable vise à garantir pour «le mieux l'égalité de traitement de tous les travailleurs occupés sur le territoire d'un État membre».
45. Il résulte de ce qui précède que, ainsi que M. l'avocat général l'a relevé au point 35 de ses conclusions, en formulant ce grief la Commission ne fait rien d'autre que d'envisager, sous l'angle des articles 48 et 52 du traité, le même manquement que celui qui a été constaté dans le contexte de l'article 13 du règlement n° 1408/71. Le régime de la CSG étant à l'origine d'une inégalité de traitement contraire à cet article, il méconnaît dans la même mesure les dispositions du traité que l'article 13 vise à mettre en oeuvre. En effet, l'inégalité de traitement ainsi constatée constitue une entrave à la libre circulation des travailleurs à l'égard de laquelle, compte tenu de l'article 13 du règlement n° 1408/71, aucune justification ne saurait être admise.
46. S'agissant de l'argumentation du gouvernement français qui prétend que la CSG ne touche, de toute façon, qu'un nombre limité des travailleurs concernés par le présent recours, en raison des conventions bilatérales destinées à éviter les doubles impositions conclues par la République française, et que le taux du prélèvement litigieux est minime, il suffit de relever que, conformément à la jurisprudence de la Cour, les articles du traité relatifs à la libre circulation des marchandises, des personnes, des services et des capitaux constituent des dispositions fondamentales pour la Communauté et que toute entrave, même d'importance mineure, à cette liberté est prohibée (voir notamment arrêt du 13 décembre 1989, *Corsica Ferries France*, C-49/89, Rec. p. 4441, point 8).
47. Le second grief de la Commission est dès lors également fondé.
48. Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent que, en appliquant la CSG aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France, mais qui, en vertu du règlement n° 1408/71, ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 13 dudit règlement ainsi que des articles 48 et 52 du traité.

#### **Sur les dépens**

49. Aux termes de l'article 69, paragraphe 2, du règlement de procédure, toute partie qui succombe est condamnée aux dépens, s'il est conclu en ce sens. La Commission ayant conclu à la condamnation de la République française et cette dernière ayant succombé en ses moyens, il y a lieu de la condamner aux dépens.

**Par ces motifs,**

**LA COUR**

**déclare et arrête:**

- 1) En appliquant la contribution sociale généralisée aux revenus d'activité et de remplacement des travailleurs salariés et indépendants qui résident en France, mais qui, en vertu du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, tel que modifié et mis à jour par le règlement (CE) n° 118/97 du Conseil, du 2 décembre 1996, ne sont pas soumis à la législation française de sécurité sociale, la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 13 dudit règlement ainsi que des articles 48 et 52 du traité CE (devenus, après modification, articles 39 CE et 43 CE).
- 2) La République française est condamnée aux dépens.

**ARRET DE LA COUR**

21 septembre 1999 (1)

«Affiliation obligatoire à un fonds sectoriel de pension - Compatibilité avec les règles de concurrence - Qualification en tant qu'entreprise d'un fonds sectoriel de pension»

**Dans l'affaire C-67/96,**

ayant pour objet une demande adressée à la Cour, en application de l'article 177 du traité CE (devenu article 234 CE), par le Kantongerecht te Arnhem (Pays-Bas) et tendant à obtenir, dans le litige pendant devant cette juridiction entre

**Albany International BV**

et

**Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie,**

une décision à titre préjudiciel sur l'interprétation des articles 85, 86 et 90 du traité CE (devenus articles 81 CE, 82 CE et 86 CE),

**LA COUR,**

composée de MM. G. C. Rodríguez Iglesias, président, J.-P. Puissochet, G. Hirsch et P. Jann, présidents de chambre, J. C. Moitinho de Almeida (rapporteur), C. Gulmann, J. L. Murray, D. A. O. Edward, H. Ragnemalm, L. Sevón et M. Wathelet, juges,

avocat général: M. F. G. Jacobs,

greffier: Mme D. Louterman-Hubeau, administrateur principal,

considérant les observations écrites présentées:

- pour Albany International BV, par Mes T. R. Ottervanger, avocat au barreau de Rotterdam, et M. H. van Coeverden, avocat au barreau de La Haye,
- pour la Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie, par Mes E. Lutjens, avocat au barreau d'Amsterdam, et M. O. Meulenbelt, avocat au barreau d'Utrecht,
- pour le gouvernement néerlandais, par M. A. Bos, conseiller juridique au ministère des Affaires étrangères, en qualité d'agent,
- pour le gouvernement allemand, par MM. E. Röder, Ministerialrat au ministère fédéral de l'Économie, et C.-D. Quassowski, Regierungsdirektor au même ministère, en qualité d'agents,
- pour le gouvernement français, par Mme K. Rispal-Bellanger, sous-directeur du droit international économique et du droit communautaire à la direction des affaires juridiques du ministère des Affaires étrangères, et M. C. Chavance, secrétaire des affaires étrangères à la même direction, en qualité d'agents,
- pour la Commission des Communautés européennes, par M. W. Wils, membre du service juridique, en qualité d'agent,

vu le rapport d'audience,

ayant entendu les observations orales d'Albany International BV, représentée par Me T. R. Ottervanger, de la Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie, représentée par Mes E. Lujens et M. O. Meulenbelt, du gouvernement néerlandais, représenté par M. M. A. Fierstra, chef du service du droit européen au ministère des Affaires étrangères, en qualité d'agent, du gouvernement français, représenté par M. C. Chavance, du gouvernement suédois, représenté par M. A. Kruse, departementsråd au secrétariat juridique (UE) du ministère des Affaires étrangères, en qualité d'agent, et de la Commission, représentée par M. W. Wils, à l'audience du 17 novembre 1998,

ayant entendu l'avocat général en ses conclusions à l'audience du 28 janvier 1999, rend le présent

### Arrêt

1. Par jugement du 4 mars 1996, parvenu à la Cour le 11 mars suivant, le Kantongerecht te Arnhem a posé, en vertu de l'article 177 du traité CE (devenu article 234 CE), trois questions préjudicielles relatives à l'interprétation des articles 85, 86 et 90 du traité CE (devenus articles 81 CE, 82 CE et 86 CE).
2. Ces questions ont été posées dans le cadre d'un litige opposant Albany International BV (ci-après «Albany») à la Stichting Bedrijfspensioenfonds Textielindustrie (Fonds de pension sectoriel de l'industrie textile, ci-après le «Fonds») à propos du refus d'Albany de verser au Fonds les cotisations correspondant à l'année 1989, au motif que l'affiliation obligatoire au Fonds en vertu de laquelle lesdites cotisations lui sont réclamées serait contraire aux articles 3, sous g), du traité CE [devenu, après modification, article 3, paragraphe 1, sous g), CE], 85, 86 et 90 du traité.

### La législation nationale

3. Le système de pension néerlandais est fondé sur trois piliers.
4. Le premier est constitué par une pension de base légale, accordée par l'État conformément à l'Algemene Ouderdomswet (loi instituant un régime général de pension de vieillesse, ci-après l'«AOW») et à l'Algemene Nabestaandenwet (loi sur l'assurance généralisée des survivants). Ce régime légal obligatoire donne droit, à l'ensemble de la population, à une pension d'un montant réduit, indépendant du salaire effectivement perçu auparavant et calculé sur la base du salaire minimal légal.
5. Le deuxième pilier comprend les pensions complémentaires, fournies en relation avec une activité professionnelle, salariée ou indépendante, qui complètent, dans la majorité des cas, la pension de base. Ces pensions complémentaires sont généralement gérées dans le cadre de régimes collectifs s'appliquant à un secteur de l'économie, à une profession ou aux travailleurs d'une entreprise par des fonds de pensions auxquels l'affiliation a été rendue obligatoire, notamment, comme dans l'affaire au principal, en vertu de la Wet van 17 maart 1949 houdende vaststelling van en regeling betreffende verplichte deelneming in een bedrijfspensioenfonds (loi du 17 mars 1949 établissant les règles relatives à l'affiliation obligatoire à un fonds sectoriel de pension, ci-après la «BPW»).

6. Le troisième pilier est constitué par les contrats individuels d'assurance pension ou d'assurance vie qui peuvent être conclus sur une base volontaire.
7. La Wet op de loonbelasting (loi relative à l'impôt sur les salaires) prévoit que les primes servant à constituer une pension ne sont déductibles que lorsque cette pension n'excède pas un niveau «raisonnable». Les primes ne sont pas déductibles en cas de constitution d'une pension dépassant un tel niveau. Ce niveau s'élève, pour une carrière de 40 ans, à 70 % du traitement individuel de fin de carrière. Cette réglementation fiscale a pour effet que la norme actuelle aux Pays-Bas en matière de constitution d'une pension correspond à une pension, y compris celle au titre de l'AOW, qui est égale à 70 % de son dernier salaire.
8. L'article 1er, paragraphe 1, de la BPW, dans sa version résultant de la loi du 11 février 1988, dispose:
  - «1. Il convient d'entendre, au sens de la présente loi et des dispositions qui se fondent sur celle-ci, par:
    - ...
    - b. un fonds sectoriel de pension: un fonds opérant dans un secteur d'activité, dans le cadre duquel des fonds sont rassemblés soit uniquement au bénéfice de personnes qui exercent une activité salariée dans le secteur concerné, soit également au bénéfice de personnes qui exercent une activité sous une autre qualité dans ledit secteur.
      - ...
      - f. notre ministre: le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi.»
9. L'article 3 de la BPW, modifiée, prévoit:
  - «1. Notre ministre peut, à la demande d'une organisation professionnelle sectorielle qu'il estime suffisamment représentative de la structure de la vie économique d'un secteur d'activité, après s'être concerté avec le chef du département d'administration générale concerné qui possède au nombre de ses compétences les affaires du secteur d'activité concerné, et après consultation du Sociaal-Economische Raad [Conseil économique et social] et de la Verzekeringskamer [chambre des assurances], rendre obligatoire l'affiliation au fonds sectoriel de pension pour tous les travailleurs ou pour certaines catégories de travailleurs du secteur d'activité concerné.
  2. Dans le cas visé au paragraphe précédent, toutes les personnes relevant des catégories concernées conformément aux dispositions dudit paragraphe, de même que, s'il s'agit de travailleurs salariés, leurs employeurs, sont tenues de respecter les dispositions prévues à leur égard par les statuts et les règlements du fonds sectoriel de pension ou en vertu de ceux-ci. Le respect de ces dispositions peut faire l'objet de poursuites en justice, en ce qui concerne notamment le versement des cotisations.»
10. L'article 5, paragraphe 2, de la BPW, modifiée, énumère plusieurs conditions pour que le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi puisse approuver une demande d'affiliation obligatoire telle que celle visée à l'article 3, paragraphe 1. Ainsi, conformément à l'article 5, paragraphe 2, points III et IV, de la BPW, modifiée, les statuts et règlements du fonds sectoriel de pension doivent garantir suffisamment les intérêts des affiliés, et les représentants des associations d'employeurs et de

travailleurs du secteur concerné doivent siéger en nombre égal au comité de gestion du fonds.

11. L'article 5, paragraphe 2, point II, sous I), de la BPW, modifiée, prévoit également que les statuts et les règlements du fonds sectoriel de pension doivent contenir des dispositions concernant les cas dans lesquels et les conditions en vertu desquelles des travailleurs relevant du secteur concerné ne sont pas tenus de s'affilier audit fonds ou peuvent être dispensés de certaines obligations à l'égard de ce dernier.
12. L'article 5, paragraphe 3, de la BPW, modifiée, précise:

«Notre ministre des Affaires sociales et de l'Emploi, la chambre des assurances et le Conseil économique et social entendus, arrête des directives relatives aux questions visées au paragraphe 2, point II, sous I. Aux fins de l'établissement de ces directives, il conviendra de partir du principe selon lequel les travailleurs concernés qui étaient déjà affiliés à un fonds de pension d'une entreprise ou s'étaient assurés auprès d'une compagnie d'assurances sur la vie six mois au moins avant l'introduction de la demande visée à l'article 3, paragraphe 1, ne sont pas tenus d'être affiliés à ce fonds sectoriel de pension ou sont dispensés de l'obligation d'y cotiser, entièrement ou dans une mesure raisonnable, à la condition qu'ils puissent démontrer que, au cours de la période pour laquelle ils ne doivent pas s'affilier ou sont dispensés de l'obligation de verser les cotisations, en totalité ou pour une partie raisonnable de celles-ci, ils acquièrent des droits à pension qui sont au moins équivalents à ceux qu'ils acquerraient en cas d'affiliation au fonds sectoriel de pension et aussi longtemps qu'ils peuvent faire cette démonstration. Notre ministre peut également arrêter des directives relatives à d'autres parties du paragraphe 2.»
13. Par la Beschikking van 29 december 1952 betreffende de vaststelling van de richtlijnen voor de vrijstelling van deelneming in een bedrijfspensioenfonds wegens een bijzondere pensioenvoorziening (décision du 29 décembre 1952 arrêtant les directives relatives à la dispense d'affiliation à un fonds sectoriel de pension, en raison de l'affiliation à un régime spécial de pension, dans sa version telle que modifiée par la décision du 15 août 1988, ci-après les «directives relatives à la dispense d'affiliation»), le ministre des Affaires sociales et de l'Emploi a arrêté les directives visées à l'article 5, paragraphe 3, de la BPW, modifiée.
14. L'article 1er des directives relatives à la dispense d'affiliation, modifiées, prévoit:

«Une dispense de l'obligation d'affiliation à un fonds sectoriel de pension ou de l'obligation de verser des cotisations à un tel fonds peut être accordée par ce fonds, à la demande de toute personne intéressée, pour autant que le travailleur du secteur concerné bénéficie d'un régime spécial de pension, répondant aux conditions suivantes:

  - a. ce régime doit dépendre d'un fonds de pension d'entreprise, d'un autre fonds sectoriel de pension ou d'un assureur titulaire d'une attestation prévue par l'article 10 de la Wet toezicht verzekeringbedrijf (loi sur le contrôle des compagnies d'assurances, Stb. 1986, 638) ou être fondé sur l'Algemene burgerlijke pensioenwet (loi générale sur les pensions civiles de la fonction publique, Stb. 1986, 540), la Spoorwegenpensioenwet (loi relative aux pensions des employés des Chemins de fer néerlandais et de leurs parents, Stb. 1986, 541) ou l'Algemene Militaire pensioenwet (loi générale sur les pensions militaires, Stb. 1979, 305);

- b. les droits que ce régime peut fonder doivent, dans leur ensemble, être au moins équivalents à ceux qui découlent du fonds sectoriel de pension;
- c. les droits du travailleur concerné et le respect de ses obligations doivent suffisamment être garantis;
- d. si la dispense entraîne le retrait du fonds, une compensation jugée raisonnable par la chambre des assurances doit être proposée pour le préjudice éventuel subi par le fonds, du point de vue de la technique des assurances, par suite du retrait.»

15. L'article 5 desdites directives, modifiées, ajoute:

«1. La dispense doit être accordée lorsque sont réunies les conditions visées à l'article 1er, sous a, b, et c, que le régime spécial de pension s'appliquait six mois au moins avant l'introduction de la demande sur le fondement de laquelle l'affiliation au fonds sectoriel de pension a été rendue obligatoire et qu'il a été démontré que, au cours de la période pour laquelle le travailleur du secteur concerné ne doit pas s'affilier ou est dispensé de l'obligation de verser les cotisations, en totalité ou pour une partie raisonnable de celles-ci, il acquiert des droits à pension qui sont au moins équivalents à ceux qu'il acquerrait en cas d'affiliation au fonds sectoriel de pension.

2. Si, au moment visé au paragraphe 1, le régime spécial de pension ne répondait pas à la condition visée à l'article 1er, sous b, un délai suffisant doit être laissé pour permettre une adaptation à cette condition avant qu'une décision ne soit prise sur la demande.

3. Une dispense au titre du présent article doit entrer en vigueur au moment où l'affiliation au fonds sectoriel de pension est rendue obligatoire.»

16. L'article 9 desdites directives, modifiées, précise:

«1. Les décisions visées à l'article 8 peuvent faire l'objet de réclamations introduites auprès de la chambre des assurances dans un délai de 30 jours après que l'intéressé a reçu la décision. Le fonds sectoriel de pension doit, par écrit, porter la phrase qui précède à la connaissance de l'intéressé en même temps que la décision.

2. La chambre des assurances porte sa décision sur les réclamations à la connaissance du fonds sectoriel de pension ainsi que des personnes ayant introduit lesdites réclamations.»

17. L'appréciation formulée par la chambre des assurances constitue une tentative de conciliation. Il ne s'agit pas d'une décision ayant force obligatoire dans le cadre d'un litige. L'appréciation de la chambre des assurances n'est susceptible de faire l'objet ni d'une réclamation ni d'un recours.

18. Outre les dispositions de la BPW, les fonds sectoriels de pension auxquels l'affiliation a été rendue obligatoire sont soumis à l'application de la Wet van 15 mei 1962 houdende regelen betreffende pensioen- en spaarvoorzieningen (loi du 15 mai 1962 sur les fonds de pension et les fonds d'épargne, modifiée plusieurs fois par la suite, ci-après la «PSW»).

19. La PSW a pour finalité de garantir dans toute la mesure du possible que les engagements en matière de pensions pris envers les travailleurs soient effectivement tenus.

20. A cet effet, l'article 2, paragraphe 1, de la PSW fait obligation aux employeurs de choisir l'un des trois régimes destinés à séparer les fonds récoltés à des fins de pension du reste des avoirs de l'entreprise. L'employeur peut adhérer à un fonds sectoriel de pension, constituer un fonds de pension d'entreprise ou souscrire des polices d'assurance groupe ou individuelles auprès d'une compagnie d'assurances.
21. L'article 1er, paragraphe 6, de la PSW précise qu'elle s'applique également aux fonds sectoriels de pension auxquels l'affiliation a été rendue obligatoire en vertu de la BPW.
22. La prévoit également une série de conditions auxquelles doivent satisfaire les statuts et les règlements d'un fonds sectoriel de pension. L'article 4 de la PSW dispose ainsi que la constitution d'un tel fonds doit être notifiée au ministre des Affaires sociales et de l'Emploi ainsi qu'à la chambre des assurances. L'article 6, paragraphe 1, de la PSW confirme que les représentants des organisations d'employeurs et les représentants des organisations de travailleurs du secteur concerné siègent à parité au sein du comité de gestion d'un fonds sectoriel de pension.
23. En outre, la PSW définit, en ses articles 9 et 10, les modalités de gestion des fonds récoltés. La règle générale en la matière est énoncée à l'article 9, qui impose aux fonds de pension de transférer le risque relatif aux engagements liés aux pensions ou de le réassurer. Par dérogation à cette dernière règle, l'article 10 permet aux fonds de pension de gérer et d'investir eux-mêmes, à leurs propres risques, les capitaux récoltés. Pour être autorisé à procéder ainsi, le fonds de pension doit présenter aux autorités responsables un plan de gestion exposant précisément la façon dont il se propose de faire face au risque actuariel et au risque financier. Le plan doit être approuvé par la chambre des assurances. En outre, la surveillance exercée sur les fonds de pension est permanente. Les comptes actuariels de résultats du régime doivent être régulièrement soumis pour approbation à la chambre des assurances.
24. Enfin, les articles 13 à 16 de la PSW énoncent les règles relatives à l'investissement des sommes récoltées. En vertu de l'article 13, les avoirs du régime augmentés des prévisions de recettes doivent être suffisants pour couvrir les engagements en matière de pension. L'article 14 précise que les placements doivent être effectués prudemment.

#### **Le litige au principal**

25. Le Fonds a été établi en vertu de la BPW. L'affiliation au Fonds a été rendue obligatoire par un arrêté du ministre des Affaires sociales et de l'Emploi du 4 décembre 1975 (ci-après l'«arrêté rendant l'affiliation obligatoire»).
26. Albany exploite une entreprise textile qui est affiliée au Fonds depuis 1975.
27. Jusqu'en 1989, le régime de pension du Fonds était un régime à montant forfaitaire. La pension accordée aux travailleurs n'était pas proportionnelle à leur salaire, mais représentait un montant fixe pour chaque travailleur. Considérant ce régime de pension comme trop peu généreux, Albany a, en 1981, conclu auprès d'une compagnie d'assurances un régime de pension complémentaire pour ses travailleurs afin que la pension globale à laquelle ils auront droit après 40 ans d'activité s'élève à 70 % de leur dernier salaire.

28. Avec effet au 1er janvier 1989, le Fonds a modifié son régime de pension. Ce régime attribue désormais aux travailleurs un montant représentant également 70 % du dernier salaire.
29. A la suite de la modification du régime de pension du Fonds, Albany a demandé, le 22 juillet 1989, une dispense d'affiliation. Cette demande a été rejetée par le Fonds le 28 décembre 1990. Celui-ci a en effet considéré que, en vertu des directives relatives à la dispense d'affiliation, une telle dispense devait uniquement être accordée lorsque les conditions fixées par lesdites directives étaient respectées et que les dispositions particulières en matière de pension étaient déjà applicables six mois avant l'introduction de la demande des partenaires sociaux à l'occasion de laquelle l'affiliation au fonds sectoriel de pension avait été déclarée obligatoire.
30. Albany a introduit une réclamation à l'encontre de la décision du Fonds auprès de la chambre des assurances. Par décision du 18 mars 1992, celle-ci a estimé que, même si le Fonds n'était pas tenu en l'espèce d'accorder la dispense sollicitée, il y avait lieu de lui demander de faire usage de son pouvoir d'accorder une dispense ou, à tout le moins, un délai de préavis, dans la mesure où Albany avait contracté un régime de pension complémentaire pour son personnel depuis plusieurs années et où ce régime était, depuis le 1er janvier 1989, analogue à celui institué par le Fonds.
31. Le Fonds n'a pas suivi l'avis de la chambre des assurances et a fait signifier à Albany, le 11 novembre 1992, une contrainte, lui enjoignant de verser la somme de 36 700, 29 HFL représentant le montant des cotisations réglementaires de 1989 majorées des intérêts, des frais d'encaissement, des frais extrajudiciaires et des frais d'assistance.
32. Albany a formé opposition contre cette contrainte devant le Kantongerecht te Arnhem. Elle a fait notamment valoir que le système d'affiliation obligatoire au Fonds était contraire aux articles 3, sous g), du traité, 52 et 59 du traité CE (devenus, après modification, articles 43 CE et 49 CE), 85, 86 et 90 du traité.
33. Selon Albany, le refus du Fonds de lui accorder une dispense aurait des conséquences préjudiciables pour elle. Sa compagnie d'assurances lui accorderait en effet des conditions moins favorables dès lors qu'elle devrait contracter le régime de pension complémentaire institué par le Fonds. En outre, contrairement à ce qu'affirme le Fonds, d'autres fonds sectoriels de pension, tels que le *Bedrijfspensioenfond voor de Bouwnijverheid* et le *Bedrijfspensioenfond voor het Schildersbedrijf*, auraient accordé une dispense aux entreprises qui avaient antérieurement souscrit un régime de pension complémentaire.
34. Le Fonds a maintenu qu'il n'existait, en l'occurrence, aucune obligation légale d'accorder la dispense demandée. Dès lors, le juge ne pourrait exercer à cet égard qu'un contrôle marginal. Conformément à l'article 5, paragraphe 3, de la BPW, la dispense ne devrait être obligatoirement accordée que lorsqu'une entreprise a mis en place un régime de pension équivalent six mois au moins avant que l'affiliation ne soit rendue obligatoire. Une telle obligation de dispense n'existerait qu'au moment de la première affiliation au Fonds et ne jouerait pas en cas de modification du règlement de pension. Le Fonds a en outre insisté sur l'importance du maintien d'un régime de pension correct fondé sur la solidarité en faveur de l'ensemble des travailleurs et des entreprises du secteur textile et a souligné à cet

égard que l'octroi d'une dispense à Albany signifierait le départ de 110 des quelque 8 800 affiliés qu'il compte.

35. Le Kantongerecht s'est rangé à l'avis de la chambre des assurances, selon lequel le régime complémentaire d'Albany était, depuis le 1er janvier 1989, analogue au régime de pension introduit par le Fonds. Il a souligné que les relations entre un fonds sectoriel de pension et un affilié sont régies par les exigences de la raison et de l'équité ainsi que par les principes généraux d'une saine administration. Dès lors, un fonds sectoriel de pension devrait tenir compte dans une large mesure de l'avis d'une instance experte indépendante désignée par la loi, telle que la chambre des assurances, lorsqu'il est amené à décider l'octroi d'une dispense.
36. Le Kantongerecht a relevé que, dans l'arrêt du 14 décembre 1995, Van Schijndel et Van Veen (C-430/93 et C-431/93, Rec. p. I-4705), les trois dernières questions relatives à la compatibilité du système néerlandais d'affiliation obligatoire à un régime professionnel de pension avec les règles communautaires de concurrence n'avaient pas été examinées par la Cour.
37. Dans ces conditions, le Kantongerecht te Arnhem a décidé, en renvoyant à ses jugements interlocutoires des 19 avril 1993, 17 janvier 1994 et 9 janvier 1995, de surseoir à statuer et de poser à la Cour les questions préjudicielles suivantes:
- «1) Un fonds sectoriel de pension au sens de l'article 1er, paragraphe 1, sous b), de la [BPW] est-il une entreprise au sens des articles 85, 86 ou 90 du traité CE?
- 2) S'il est répondu par l'affirmative à la première question, le fait de rendre obligatoire l'affiliation d'entreprises industrielles constitue-t-il une mesure prise par un État membre, qui annihile l'effet utile des règles de concurrence applicables aux entreprises?
- 3) S'il doit être répondu par la négative à la deuxième question, d'autres circonstances peuvent-elles avoir pour conséquence que l'affiliation obligatoire est incompatible avec les dispositions de l'article 90 du traité et, dans cette hypothèse, quelles sont ces circonstances?»

#### **Sur la recevabilité**

38. Les gouvernements néerlandais et français ainsi que la Commission mettent en doute la recevabilité des questions posées en raison de l'absence, dans le jugement de renvoi, d'une définition suffisamment précise du cadre factuel et réglementaire du litige au principal. A défaut d'un exposé détaillé, par la juridiction de renvoi, de la réglementation applicable au litige au principal, des circonstances dans lesquelles le Fonds a été créé ainsi que des règles de gestion du Fonds, la Cour ne pourrait pas donner une interprétation utile du droit communautaire et les États membres et les autres parties intéressées ne seraient pas en mesure de présenter des observations écrites proposant une réponse aux questions préjudicielles.
39. Il convient de rappeler que, selon une jurisprudence constante, la nécessité de parvenir à une interprétation du droit communautaire qui soit utile pour le juge national exige que celui-ci définisse le cadre factuel et réglementaire dans lequel s'insèrent les questions qu'il pose ou que, à tout le moins, il explique les hypothèses factuelles sur lesquelles ces questions sont fondées. Ces exigences valent tout particulièrement dans certains domaines, comme celui de la

- concurrence, qui sont caractérisés par des situations de fait et de droit complexes (voir, notamment, arrêts du 26 janvier 1993, *Telemarsicabruzzo e.a.*, C-320/90 à C-322/90, Rec. p. I-393, points 6 et 7; du 14 juillet 1998, *Safety Hi-Tech*, C-284/95, Rec. p. I-4301, points 69 et 70, et *Bettati*, C-341/95, Rec. p. I-4355, points 67 et 68).
40. Les informations fournies dans les décisions de renvoi ne doivent pas seulement permettre à la Cour de donner des réponses utiles, mais également donner aux gouvernements des États membres ainsi qu'aux autres parties intéressées la possibilité de présenter des observations conformément à l'article 20 du statut CE de la Cour de justice. Il incombe à la Cour de veiller à ce que cette possibilité soit sauvegardée, compte tenu du fait que, en vertu de la disposition précitée, seules les décisions de renvoi sont notifiées aux parties intéressées (voir, notamment, ordonnances du 30 avril 1998, *Testa et Modesti*, C-128/97 et C-137/97, Rec. p. I-2181, point 6, et du 11 mai 1999, *Anssens*, C-325/98, non encore publiée au Recueil, point 8).
41. En l'espèce, il ressort des observations présentées, conformément à l'article 20 du statut CE de la Cour de justice, par les gouvernements des États membres et les autres parties intéressées que les informations contenues dans le jugement de renvoi leur ont permis de prendre utilement position sur les questions posées à la Cour.
42. En outre, dans ses observations, le gouvernement français renvoie à celles qu'il a présentées dans les affaires (arrêt rendu ce même jour, C-115/97 à C-117/97, non encore publié au Recueil), lesquelles se réfèrent expressément à l'affaire *Drijvende Bokken* (arrêt rendu ce même jour, C-219/97, non encore publié au Recueil), tandis que, dans ses observations, la Commission évoque directement cette dernière affaire. Or, l'ordonnance de renvoi dans l'affaire *Drijvende Bokken*, précitée, qui concerne également la compatibilité avec les règles communautaires de concurrence de l'affiliation obligatoire à un fonds sectoriel de pension, contient un exposé détaillé de la réglementation applicable au litige au principal.
43. En outre, même si les gouvernements néerlandais et français ont pu, en l'espèce, considérer que les informations fournies par le juge de renvoi ne leur permettaient pas de prendre position sur certains aspects des questions posées à la Cour, il importe de souligner que ces informations ont été complétées par les éléments résultant du dossier transmis par la juridiction nationale, des observations écrites et des réponses aux questions posées par la Cour. L'ensemble de ces éléments, repris dans le rapport d'audience, a été porté à la connaissance des gouvernements des États membres et des autres parties intéressées en vue de l'audience au cours de laquelle ils ont pu, le cas échéant, compléter leurs observations.
44. Enfin, il convient de constater que les informations fournies par le juge de renvoi, complétées pour autant que de besoin par les éléments précités, donne à la Cour une connaissance suffisante du cadre factuel et réglementaire du litige au principal pour qu'elle puisse interpréter les règles communautaires de concurrence au regard de la situation faisant l'objet de ce litige.
45. Il s'ensuit que les questions posées sont recevables.

### **Sur la deuxième question**

46. Par sa deuxième question, qu'il convient d'examiner en premier lieu, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les articles 3, sous g), du traité, 5 du traité CE (devenu article 10 CE) et 85 du traité s'opposent à la décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire, à la demande des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé, l'affiliation à un fonds sectoriel de pension.
47. Albany fait valoir que la demande des partenaires sociaux de rendre l'affiliation obligatoire à un fonds sectoriel de pension constitue un accord entre les entreprises opérant dans le secteur concerné, contraire à l'article 85, paragraphe 1, du traité.
48. Un tel accord restreindrait la concurrence de deux points de vue. D'une part, en confiant l'exécution d'un régime obligatoire à un seul gestionnaire, il priverait les entreprises actives dans le secteur concerné de la possibilité de s'affilier à un régime de pension dérogatoire géré par d'autres assureurs. D'autre part, cet accord exclurait ces assureurs d'une partie substantielle du marché de l'assurance pension.
49. Les conséquences pour la concurrence d'un tel accord seraient «sensibles» dans la mesure où il concerne l'ensemble du secteur textile néerlandais. Ces conséquences seraient renforcées par l'effet cumulatif lié au fait que l'affiliation à des régimes de pension aurait été rendue obligatoire dans de nombreux secteurs de l'économie et pour toutes les entreprises de ces secteurs.
50. En outre, un tel accord affecterait le commerce entre États membres dans la mesure où il concerne des entreprises qui ont une activité transfrontalière et où il prive les assureurs établis dans d'autres États membres de la possibilité d'offrir aux Pays-Bas un régime complet de pension à travers soit une prestation de services transfrontalière, soit des filiales ou succursales.
51. Dès lors, selon Albany, en créant un cadre légal et en donnant suite à la demande des partenaires sociaux de rendre obligatoire l'affiliation au fonds sectoriel de pension, les pouvoirs publics ont favorisé ou renforcé la mise en oeuvre et le fonctionnement d'accords entre les entreprises opérant dans les secteurs concernés, contraires à l'article 85, paragraphe 1, du traité, en sorte qu'ils ont méconnu les articles 3, sous g), 5 et 85 du traité.
52. Afin de répondre à la deuxième question, il y a lieu d'examiner d'abord si la décision prise par les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé, dans le cadre d'une convention collective, d'instaurer, dans ce secteur, un seul fonds de pension chargé de la gestion d'un régime de pension complémentaire et de demander aux pouvoirs publics de rendre obligatoire l'affiliation à ce fonds pour tous les travailleurs dudit secteur est contraire à l'article 85 du traité.
53. Il convient de rappeler tout d'abord que l'article 85, paragraphe 1, du traité interdit tout accord entre entreprises, décision d'association d'entreprises ou pratiques concertées susceptibles d'affecter le commerce entre États membres et qui ont pour objet ou pour effet d'empêcher, de restreindre ou de fausser le jeu de la concurrence à l'intérieur du marché commun. L'importance de cette règle a amené les auteurs du traité à prévoir expressément à l'article 85, paragraphe 2, du traité

que les accords et décisions interdits en vertu de cette disposition sont nuls de plein droit.

54. Il importe de rappeler ensuite que, aux termes de l'article 3, sous g) et i), du traité CE [devenu, après modification, article 3, paragraphe 1, sous g) et j), CE], l'action de la Communauté comporte non seulement un «régime assurant que la concurrence n'est pas faussée dans le marché intérieur», mais également «une politique dans le domaine social». L'article 2 du traité CE (devenu, après modification, article 2 CE) énonce en effet que la Communauté a pour mission, notamment, «de promouvoir un développement harmonieux et équilibré des activités économiques» et «un niveau d'emploi et de protection sociale élevé».
55. A cet égard, l'article 118 du traité CE (les articles 117 à 120 du traité CE ont été remplacés par les articles 136 CE et 143 CE) dispose que la Commission a pour mission de promouvoir une collaboration étroite entre les États membres dans le domaine social, notamment dans les matières relatives au droit syndical et aux négociations collectives entre employeurs et travailleurs.
56. L'article 118 B du traité CE (les articles 117 à 120 du traité CE ont été remplacés par les articles 136 CE à 143 CE) ajoute que la Commission s'efforce de développer le dialogue entre partenaires sociaux au niveau européen, pouvant déboucher, si ces derniers l'estiment souhaitable, sur des relations conventionnelles.
57. En outre, l'article 1er de l'accord sur la politique sociale (JO 1992, C 191, p. 91, ci-après l'«accord sur la politique sociale») énonce que la Communauté et les États membres ont pour objectifs, notamment, l'amélioration des conditions de vie et de travail, une protection sociale adéquate, le dialogue social, le développement des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions.
58. Conformément à l'article 4, paragraphes 1 et 2, de l'accord sur la politique sociale, le dialogue entre partenaires sociaux au niveau communautaire peut conduire, si ces derniers le souhaitent, à des relations conventionnelles, y compris des accords, dont la mise en oeuvre intervient soit selon les procédures et pratiques propres aux partenaires sociaux et aux États membres, soit, à la demande conjointe des parties signataires, par une décision du Conseil sur proposition de la Commission.
59. Certes, certains effets restrictifs de la concurrence sont inhérents aux accords collectifs conclus entre organisations représentatives des employeurs et des travailleurs. Toutefois, les objectifs de politique sociale poursuivis par de tels accords seraient sérieusement compromis si les partenaires sociaux étaient soumis à l'article 85, paragraphe 1, du traité dans la recherche en commun de mesures destinées à améliorer les conditions d'emploi et de travail.
60. Il résulte ainsi d'une interprétation utile et cohérente des dispositions du traité, dans leur ensemble, que des accords conclus dans le cadre de négociations collectives entre partenaires sociaux en vue de tels objectifs doivent être considérés, en raison de leur nature et de leur objet, comme ne relevant pas de l'article 85, paragraphe 1, du traité.
61. Il convient dès lors d'examiner si la nature et l'objet de l'accord en cause au principal justifient qu'il soit soustrait au champ d'application de l'article 85, paragraphe 1, du traité.

62. En l'occurrence, il y a lieu de constater, d'une part, que, à l'instar de la catégorie des accords visés ci-dessus, générés par le dialogue social, l'accord en cause au principal a été conclu sous la forme d'une convention collective et constitue le résultat d'une négociation collective entre les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs.
63. D'autre part, quant à son objet, l'accord en cause au principal met en place, dans un secteur déterminé, un régime de pension complémentaire géré par un fonds de pension auquel l'affiliation peut être rendue obligatoire. Un tel régime vise, dans son ensemble, à garantir un certain niveau de pension à tous les travailleurs de ce secteur et contribue dès lors directement à l'amélioration de l'une des conditions de travail des travailleurs, à savoir leur rémunération.
64. Il y a donc lieu de conclure que l'accord en cause au principal ne relève pas, en raison de sa nature et de son objet, de l'article 85, paragraphe 1, du traité.
65. Il convient de rappeler ensuite que, ainsi que la Cour l'a jugé, notamment, dans l'arrêt du 21 septembre 1988, Van Eycke (267/86, Rec.p. 4769, point 16), par lui-même, l'article 85 du traité concerne uniquement le comportement des entreprises et ne vise pas des mesures législatives ou réglementaires émanant des États membres. Il résulte cependant d'une jurisprudence constante de la Cour que l'article 85 du traité, lu en combinaison avec l'article 5, impose aux États membres de ne pas prendre ou de ne pas maintenir en vigueur des mesures, de nature législative ou réglementaire, susceptibles d'éliminer l'effet utile des règles de concurrence applicables aux entreprises. Tel est le cas, en vertu de cette même jurisprudence, lorsqu'un État membre soit impose ou favorise la conclusion d'ententes contraires à l'article 85 du traité ou renforce les effets de telles ententes, soit retire à sa propre réglementation son caractère étatique en déléguant à des opérateurs privés la responsabilité de prendre des décisions d'intervention en matière économique (voir, également, arrêts du 17 novembre 1993, Meng, C-2/91, Rec. p. I-5751, point 14; Reiff, C-185/91, Rec. p. I-5801, point 14; Ohra Schadeverzekeringen, C-245/91, Rec. p. I-5851, point 10; du 18 juin 1998, Commission/Italie, C-35/96, Rec. p. I-3851, points 53 et 54, et Corsica Ferries France, C-266/96, Rec. p. I-3949, points 35, 36 et 49).
66. Il convient, à cet égard, d'observer que la demande faite aux pouvoirs publics par les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs de rendre obligatoire l'affiliation au fonds sectoriel de pension qu'elles ont institué s'insère dans un régime prévu dans plusieurs droits nationaux qui vise l'exercice du pouvoir réglementaire dans le domaine social. Dans la mesure où l'accord en cause au principal ne relève pas de l'article 85, paragraphe 1, du traité, ainsi qu'il ressort des points 52 à 64 du présent arrêt, les États membres sont libres de le rendre obligatoire à des personnes qui ne sont pas liées par celui-ci.
67. Au demeurant, l'article 4, paragraphe 2, de l'accord sur la politique sociale consacre expressément au niveau communautaire la possibilité, pour les partenaires sociaux, de demander conjointement au Conseil la mise en oeuvre d'accords sociaux.
68. La décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire l'affiliation à un tel fonds ne saurait dès lors être considérée comme imposant ou favorisant la conclusion d'ententes contraires à l'article 85 du traité ou renforçant les effets de telles ententes.

69. Il découle des considérations qui précèdent que la décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire l'affiliation à un fonds sectoriel de pension n'entre pas dans les catégories de mesures réglementaires qui, selon la jurisprudence de la Cour, portent atteinte à l'effet utile des articles 3, sous g), 5 et 85 du traité.
70. Il convient dès lors de répondre à la deuxième question que les articles 3, sous g), 5 et 85 du traité ne s'opposent pas à la décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire, à la demande des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé, l'affiliation à un fonds sectoriel de pension.

#### Sur la première question

71. Par sa première question, qu'il convient d'examiner en second lieu, la juridiction de renvoi demande, en substance, si un fonds de pension chargé de la gestion d'un régime de pension complémentaire, instauré par une convention collective conclue entre les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé et auquel l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics pour tous les travailleurs de ce secteur, est une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité.
72. Selon le Fonds et les gouvernements intervenants, un tel fonds ne constitue pas une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité. A cet effet, ils rappellent les diverses caractéristiques du fonds sectoriel de pension et du régime de pension complémentaire qu'il gère.
73. En premier lieu, l'affiliation obligatoire de tous les travailleurs d'un secteur déterminé à un régime de pension complémentaire aurait une fonction sociale essentielle dans le système de pension applicable aux Pays-Bas en raison du montant extrêmement réduit de la pension légale, calculé sur la base du salaire minimal légal. Dès lors qu'un régime de pension complémentaire aurait été établi par convention collective dans un cadre déterminé par la loi et que l'affiliation à ce régime aurait été rendue obligatoire par les pouvoirs publics, il constituerait un élément du système néerlandais de protection sociale et le fonds sectoriel de pension chargé de sa gestion devrait être considéré comme concourant à la gestion du service public de la sécurité sociale.
74. En second lieu, le fonds sectoriel de pension n'aurait pas un but lucratif. Il serait cogéré par les partenaires sociaux paritairement représentés au sein du comité de gestion. Le fonds sectoriel de pension percevrait une cotisation moyenne fixée par ce comité en fonction d'un équilibre au niveau collectif entre le montant des primes, l'importance des prestations et l'étendue des risques. En outre, les cotisations ne pourraient pas être inférieures à un certain niveau afin de constituer des réserves adéquates et ne pourraient pas excéder, afin de préserver l'absence de but lucratif, une limite supérieure dont le respect est assuré par les partenaires sociaux et la chambre des assurances. Même si les cotisations perçues sont placées selon le système de capitalisation, de tels placements seraient effectués sous le contrôle de la chambre des assurances et conformément aux dispositions de la PSW et au statut du fonds sectoriel de pension.

75. En troisième lieu, le fonds sectoriel de pension fonctionnerait sur la base du principe de solidarité. Cette solidarité se manifesterait par l'obligation d'accepter tous les travailleurs sans examen médical préalable, par la continuation de la constitution de la pension en dispense de versement des cotisations en cas d'incapacité de travail, par la prise en charge par le fonds de l'arriéré de cotisations dû par l'employeur en cas de faillite de ce dernier ainsi que par l'indexation du montant des pensions afin de maintenir leur valeur. Le principe de solidarité résulterait également de l'absence d'équivalence à titre individuel entre la cotisation versée, qui serait une cotisation moyenne et indépendante des risques, et les droits à pension, pour la détermination desquels un salaire moyen serait pris en compte. Une telle solidarité rendrait indispensable l'affiliation obligatoire au régime de pension complémentaire. A défaut, le départ des «bons» risques aurait un effet de spirale négatif qui mettrait en péril l'équilibre financier du régime.
76. Compte tenu de ce qui précède, le Fonds et les gouvernements intervenants estiment que le fonds sectoriel de pension constitue un organisme chargé de la gestion d'un régime de sécurité sociale à l'instar des organismes dont il était question dans l'arrêt du 17 février 1993, Poucet et Pistre (C-159/91 et C-160/91, Rec. p. I-637), et contrairement à l'organisme en cause dans l'arrêt du 16 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurance e.a. (C-244/94, Rec. p. I-4013), lequel avait été considéré comme une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité.
77. Il y a lieu de rappeler que, dans le contexte du droit de la concurrence, la Cour a jugé que la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement (voir, notamment, arrêts du 23 avril 1991, Höfner et Elser, C-41/90, Rec. p. I-1979, point 21; Poucet et Pistre, précité, point 17, et Fédération française des sociétés d'assurance e.a., précité, point 14).
78. En outre, dans l'arrêt Poucet et Pistre, précité, la Cour a exclu de cette notion les organismes chargés de la gestion de certains régimes obligatoires de sécurité sociale, fondés sur un principe de solidarité. Dans le régime d'assurance maladie et maternité du système qui lui était soumis, les prestations étaient en effet identiques pour tous les bénéficiaires, même si les cotisations étaient proportionnelles aux revenus; dans le régime d'assurance vieillesse, le financement des pensions de retraite était assuré par les travailleurs en activité; en outre, les droits à pension, fixés par la loi, n'étaient pas proportionnels aux cotisations versées dans le régime d'assurance vieillesse; enfin, les régimes excédentaires participaient au financement des régimes qui avaient des difficultés financières structurelles. Cette solidarité impliquait nécessairement que les différents régimes fussent gérés par un organisme unique et que l'affiliation à ces régimes présentât un caractère obligatoire.
79. En revanche, dans l'arrêt Fédération française des sociétés d'assurance e.a., précité, la Cour a dit pour droit qu'un organisme à but non lucratif, gérant un régime d'assurance vieillesse destiné à compléter un régime de base obligatoire, institué par la loi à titre facultatif et fonctionnant selon le principe de la capitalisation, était une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité. L'affiliation facultative, l'application du principe de capitalisation et le fait que les prestations dépendaient uniquement du montant des cotisations versées par les bénéficiaires ainsi que des résultats financiers des investissements effectués par l'organisme gestionnaire

impliquaient que cet organisme exerçait une activité économique en concurrence avec les compagnies d'assurance vie. Ni la poursuite d'une finalité à caractère social, ni l'absence de but lucratif, ni les exigences de solidarité, ni les autres règles relatives notamment aux restrictions que l'organisme gestionnaire subit dans la réalisation des investissements n'enlevaient à l'activité exercée par l'organisme gestionnaire sa nature économique.

80. C'est à la lumière de ce qui précède que doit être appréciée la question de savoir si la notion d'entreprise, au sens des articles 85 et suivants du traité, vise un organisme tel que le fonds sectoriel de pension en cause au principal.
81. A cet égard, il convient de relever que le fonds sectoriel de pension détermine lui-même le montant des cotisations et des prestations et que le fonds fonctionne selon le principe de la capitalisation.
82. Dès lors, contrairement aux prestations fournies par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale auxquels se réfère l'arrêt Poucet et Pistre, précité, le montant des prestations fournies par le fonds dépend des résultats financiers des placements qu'il effectue et pour lesquels il est soumis, à l'instar d'une compagnie d'assurances, au contrôle de la chambre des assurances.
83. En outre, ainsi qu'il résulte de l'article 5 de la BPW et des articles 1er et 5 des directives relatives à la dispense d'affiliation, un fonds sectoriel de pension a l'obligation d'accorder une dispense à une entreprise lorsque celle-ci assurait déjà à ses travailleurs, six mois au moins avant l'introduction de la demande sur le fondement de laquelle l'affiliation au fonds a été rendue obligatoire, un régime de pension leur conférant des droits au moins équivalents à ceux qu'ils acquerraient en cas d'affiliation au fonds. De plus, en vertu de l'article 1er des directives précitées, ce fonds a également la faculté d'accorder une dispense à une entreprise lorsque celle-ci assure à ses travailleurs un régime de pension leur conférant des droits au moins équivalents à ceux qui découlent du fonds, pour autant que, en cas de retrait du fonds, une compensation jugée raisonnable par la chambre des assurances soit proposée pour le préjudice éventuel subi par le fonds, du point de vue de la technique des assurances, par suite du retrait.
84. Il s'ensuit qu'un fonds sectoriel de pension, tel que celui en cause au principal, exerce une activité économique en concurrence avec les compagnies d'assurances.
85. Dans ces conditions, l'absence de but lucratif ainsi que les éléments de solidarité avancés par le Fonds et les gouvernements intervenants ne suffisent pas à enlever au fonds sectoriel de pension sa qualité d'entreprise au sens des règles de concurrence du traité.
86. Certes, la poursuite d'une finalité sociale, les éléments de solidarité précités ainsi que les restrictions ou contrôles relatifs aux investissements réalisés par le fonds sectoriel de pension pourraient rendre le service fourni par ce fonds moins compétitif que le service comparable fourni par les compagnies d'assurances. Si de telles contraintes n'empêchent pas de considérer l'activité exercée par le fonds comme une activité économique, elles pourraient justifier le droit exclusif d'un tel organisme de gérer un régime de pension complémentaire.

87. Il y a lieu dès lors de répondre à la première question qu'un fonds de pension chargé de la gestion d'un régime de pension complémentaire, instauré par une convention collective conclue entre les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé et auquel l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics pour tous les travailleurs de ce secteur, est une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité.

### Sur la troisième question

88. Par sa troisième question, la juridiction de renvoi demande, en substance, si les articles 86 et 90 du traité s'opposent à ce que les pouvoirs publics confèrent à un fonds de pension le droit exclusif de gérer dans un secteur déterminé un régime de pension complémentaire.

89. Le gouvernement néerlandais fait valoir que l'arrêté rendant l'affiliation obligatoire a pour seul effet d'obliger les travailleurs du secteur concerné à s'affilier au Fonds. Cet arrêté ne conférerait pas au Fonds un droit exclusif dans le domaine des pensions complémentaires. Le Fonds ne disposerait pas non plus d'une position dominante au sens de l'article 86 du traité.

90. Il convient de relever tout d'abord que la décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire, comme en l'espèce, l'affiliation à un fonds sectoriel de pension implique nécessairement l'octroi à ce fonds du droit exclusif de récolter et de gérer les cotisations versées en vue de la constitution des droits à pension. Un tel fonds doit dès lors être considéré comme une entreprise investie par les pouvoirs publics de droits exclusifs, au sens de l'article 90, paragraphe 1, du traité.

91. Il y a lieu de rappeler ensuite qu'il est de jurisprudence constante qu'une entreprise qui bénéficie d'un monopole légal sur une partie substantielle du marché commun peut être considérée comme occupant une position dominante au sens de l'article 86 du traité (voir arrêts du 10 décembre 1991, *Merci convenzionali porto di Genova*, C-179/90, Rec. p. I-5889, point 14, et du 13 décembre 1991, *GB-Inno-BM*, C-18/88, Rec. p. I-5941, point 17).

92. Un fonds sectoriel de pension, tel que celui en cause au principal, qui dispose du droit exclusif de gérer un régime de pension complémentaire dans un secteur industriel d'un État membre et, partant, dans une partie substantielle du marché commun peut dès lors être considéré comme occupant une position dominante au sens de l'article 86 du traité.

93. Il importe toutefois d'ajouter que le simple fait de créer une position dominante par l'octroi de droits exclusifs, au sens de l'article 90, paragraphe 1, du traité, n'est pas, en tant que tel, incompatible avec l'article 86 du traité. Un État membre n'enfreint les interdictions édictées par ces deux dispositions que lorsque l'entreprise en cause est amenée, par le simple exercice des droits exclusifs qui lui ont été conférés, à exploiter sa position dominante de façon abusive ou lorsque ces droits sont susceptibles de créer une situation dans laquelle cette entreprise est amenée à commettre de tels abus (arrêts *Höfner et Elser*, précité, point 29; du 18 juin 1991, *ERT*, C-260/89, Rec. p. I-2925, point 37; *Merci convenzionali porto di Genova*, précité, points 16 et 17; du 5 octobre 1994, *Centre d'insémination de la Crespelle*, C-323/93, Rec. p. I-5077, point 18, et du 12 février 1998, *Raso e.a.*, C-163/96, Rec. p. I-533, point 27).

94. Albany fait valoir à cet égard que le système d'affiliation obligatoire au régime de pension complémentaire géré par le Fonds est contraire aux dispositions combinées des articles 86 et 90 du traité. Les prestations de pension offertes par le Fonds ne correspondraient pas ou plus aux besoins des entreprises. Ces prestations seraient trop basses, non liées aux salaires et, par conséquent, systématiquement inadéquates. Les employeurs devraient dès lors prévoir d'autres dispositions en matière de pension. Or, le système d'affiliation obligatoire priverait ces employeurs de la possibilité de souscrire auprès d'une compagnie d'assurances une couverture globale en matière de pension. La souscription de plusieurs régimes de pension auprès de divers assureurs accroîtrait les frais administratifs et diminuerait l'efficacité.
95. Il y a lieu de rappeler que, dans l'arrêt *Höfner et Elser*, précité, point 34, la Cour a jugé qu'un État membre, qui a confié à un office public pour l'emploi un droit exclusif de placement, enfreint l'article 90, paragraphe 1, du traité, lorsqu'il crée une situation dans laquelle ledit office sera nécessairement amené à contrevenir aux termes de l'article 86 du traité, notamment parce qu'il n'est manifestement pas en mesure de satisfaire la demande que présente le marché pour ce genre d'activités.
96. En l'espèce, il importe de relever que le régime de pension complémentaire proposé par le Fonds est basé sur la norme actuelle aux Pays-Bas, à savoir que tout travailleur ayant cotisé pendant la durée maximale d'affiliation audit régime obtient une pension, y compris celle au titre de l'AOW, qui est égale à 70 % de son dernier salaire.
97. Certes, certaines entreprises du secteur pourraient vouloir assurer à leurs travailleurs un régime de pension allant au-delà de celui proposé par le Fonds. L'impossibilité pour ces entreprises de confier la gestion d'un tel régime de pension à un seul assureur et la restriction de la concurrence qui en résulte découlent toutefois directement du droit exclusif conféré au fonds sectoriel de pension.
98. Il convient dès lors d'examiner si, ainsi que le soutiennent le Fonds, le gouvernement néerlandais et la Commission, le droit exclusif du fonds sectoriel de pension de gérer les pensions complémentaires dans un secteur déterminé et la restriction de la concurrence qui en découle peuvent être justifiés au titre de l'article 90, paragraphe 2, du traité en tant que mesure nécessaire à l'accomplissement d'une mission sociale particulière d'intérêt général dont ce fonds serait chargé.
99. Albany fait valoir que l'affiliation obligatoire au fonds sectoriel de pension n'est pas nécessaire pour assurer un niveau adéquat de pension pour les travailleurs. Un tel objectif pourrait être atteint par la fixation d'exigences minimales auxquelles les pensions devraient satisfaire soit par les partenaires sociaux à l'instigation des pouvoirs publics, soit directement par les pouvoirs publics. Les conventions collectives de travail prévoiraient régulièrement l'obligation pour les employeurs d'assurer un régime minimal de pension, tout en leur laissant la liberté de mettre en place un fonds de pension propre à leur entreprise, de s'affilier à un fonds sectoriel de pension ou de s'adresser à une compagnie d'assurances.

100. Selon Albany, le versement d'une «prime moyenne» ne justifierait pas non plus l'affiliation obligatoire. D'une part, ni la BPW ni l'arrêté pendant l'affiliation obligatoire n'exigeraient un système fondé sur une telle prime. D'autre part, divers fonds sectoriels de pension auxquels l'affiliation n'est pas obligatoire fonctionneraient parfaitement sur la base d'un système de «prime moyenne».
101. Quant à l'acceptation de tous les travailleurs d'une même branche d'activité sans examen médical préalable afin que les «mauvais» risques ne puissent pas être refusés, Albany relève que, dans la pratique, les contrats d'assurance pension conclus avec les assureurs prévoient l'obligation pour l'employeur de déclarer tous ses travailleurs ainsi que celle de l'assureur d'accepter sans examen médical préalable tout travailleur déclaré.
102. Il importe de rappeler tout d'abord que, aux termes de l'article 90, paragraphe 2, du traité, les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général sont soumises aux règles de concurrence dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie.
103. En permettant, sous certaines conditions, des dérogations aux règles générales du traité, l'article 90, paragraphe 2, du traité vise à concilier l'intérêt des États membres à utiliser certaines entreprises, notamment du secteur public, en tant qu'instrument de politique économique ou sociale avec l'intérêt de la Communauté au respect des règles de concurrence et à la préservation de l'unité du marché commun (arrêts du 19 mars 1991, France/Commission, C-202/88, Rec. p. I-1223, point 12, et du 23 octobre 1997, Commission/Pays-Bas, C-157/94, Rec. p. I-5699, point 39).
104. Compte tenu de l'intérêt ainsi défini des États membres, il ne saurait leur être interdit de tenir compte, lorsqu'ils définissent les services d'intérêt économique général dont ils chargent certaines entreprises, d'objectifs propres à leur politique nationale et d'essayer de réaliser ceux-ci au moyen d'obligations et contraintes qu'ils imposent entreprises (arrêt Commission/Pays-Bas, précité, point 40).
105. Or, le régime de pension complémentaire en cause au principal remplit une fonction sociale essentielle dans le système de pension aux Pays-Bas en raison du montant réduit de la pension légale, calculé sur la base du salaire minimal légal.
106. En outre, l'importance de la fonction sociale dévolue aux pensions complémentaires a été récemment reconnue par l'adoption, par le législateur communautaire, de la directive 98/49/CE du Conseil, du 29 juin 1998, relative à la sauvegarde des droits à pension complémentaire des travailleurs salariés et non salariés qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté (JO L 209, p. 46).
107. Il convient de rappeler ensuite qu'il n'est pas nécessaire, pour que les conditions d'application de l'article 90, paragraphe 2, du traité soient remplies, que l'équilibre financier ou la viabilité économique de l'entreprise chargée de la gestion d'un service d'intérêt économique général soit menacée. Il suffit que, en l'absence des droits litigieux, il soit fait échec à l'accomplissement des missions particulières imparties à l'entreprise, telles qu'elles sont précisées par les obligations et contraintes pesant sur elle (arrêt Commission/Pays-Bas, précité, point 52), ou que le maintien de ces droits soit nécessaire pour permettre à leur

titulaire d'accomplir les missions d'intérêt économique général qui lui ont été imparties dans des conditions économiquement acceptables (arrêts du 19 mai 1993, Corbeau, C-320/91, Rec. p. I-2533, points 14 à 16, et Commission/Pays-Bas, précité, point 53).

108. Or, en cas de suppression du droit exclusif du fonds de gérer le régime de pension complémentaire pour tous les travailleurs d'un secteur déterminé, les entreprises employant un personnel jeune et en bonne santé exerçant des activités qui ne sont pas dangereuses rechercheraient des conditions d'assurance plus avantageuses auprès d'assureurs privés. Le départ progressif des «bons» risques laisserait au fonds sectoriel de pension la gestion d'une part croissante de «mauvais» risques, provoquant ainsi une hausse du coût des pensions des travailleurs, et notamment de ceux des petites et moyennes entreprises disposant d'un personnel âgé exerçant des activités dangereuses, auxquelles le fonds ne pourrait plus proposer de pensions à un coût acceptable.
109. Il en serait d'autant plus ainsi lorsque, comme dans l'affaire au principal, le régime de pension complémentaire géré exclusivement par le Fonds se caractérise par un degré élevé de solidarité en raison, notamment, de l'indépendance des cotisations par rapport au risque, de l'obligation d'accepter tous les travailleurs sans examen médical préalable, de la continuation de la constitution de la pension en dispense de versement des cotisations en cas d'incapacité de travail, de la prise en charge par le Fonds de l'arriéré de cotisations dû par l'employeur en cas de faillite de ce dernier ainsi que de l'indexation du montant des pensions afin de maintenir leur valeur.
110. En effet, de telles contraintes qui rendent le service fourni par le Fonds moins compétitif qu'un service comparable fourni par les compagnies d'assurances contribuent à justifier le droit exclusif de ce Fonds de gérer le régime de pension complémentaire.
111. Il résulte de ce qui précède que la suppression du droit exclusif conféré au Fonds pourrait aboutir à l'impossibilité pour ce Fonds d'accomplir les missions d'intérêt économique général qui lui ont été imparties dans des conditions économiquement acceptables et mettre en péril son équilibre financier.
112. Se référant à l'arrêt , précité, Albany considère toutefois que le fait que le Fonds ait la double qualité de gestionnaire du régime de pension et d'autorité chargée du pouvoir d'octroyer des dispenses pourrait donner lieu à un exercice injuste du pouvoir de dispense.
113. Il y a lieu de relever que, dans l'arrêt GB-Inno-BM, précité, point 28, la Cour a dit pour droit que les articles 3, sous g), 86 et 90 du traité s'opposent à ce qu'un État membre confère à la société exploitant le réseau public de télécommunications le pouvoir d'édicter des normes relatives aux appareils téléphoniques et de vérifier leur respect par les opérateurs économiques, alors qu'elle est la concurrente de ces opérateurs sur le marché de ces appareils.
114. Au point 25 de ce dernier arrêt, la Cour a en effet estimé que le cumul, dans le chef d'une telle société, des pouvoirs, d'une part, d'autoriser ou de refuser le raccordement des appareils téléphoniques au réseau et, d'autre part, de préciser les normes techniques qui devaient être satisfaites par ces équipements et de vérifier si les appareils non produits par elle étaient conformes aux spécifications qu'elle avait adoptées revenait à lui conférer le pouvoir de

déterminer, à son gré, les appareils terminaux qui étaient susceptibles d'être raccordés au réseau public et à lui octroyer ainsi un avantage évident sur ses concurrents.

115. Or, la situation de l'affaire en cause au principal présente des différences par rapport à celle qui a fait l'objet de l'arrêt GB-Inno-BM, précité.
116. Il convient en effet de relever, tout d'abord, que, en vertu de l'article 5, paragraphe 1, des directives relatives à la dispense d'affiliation, un fonds sectoriel de pension a l'obligation d'accorder une dispense à une entreprise lorsque celle-ci assurait déjà à ses travailleurs, six mois au moins avant l'introduction de la demande sur le fondement de laquelle l'affiliation au fonds a été rendue obligatoire, un régime de pension leur conférant des droits au moins équivalents à ceux qu'ils acquerraient en cas d'affiliation au fonds.
117. Dès lors que la disposition précitée lie le fonds sectoriel de pension quant à l'exercice de son pouvoir de dispense, elle ne saurait être considérée comme susceptible d'amener le fonds à abuser de ce pouvoir. Le fonds se limite en effet, dans un tel cas, à vérifier que les conditions arrêtées par le ministre compétent sont réunies (voir, en ce sens, arrêt du 27 octobre 1993, La gauche e.a., C-46/90 et C-93/91, Rec. p. I-5267, point 49).
118. Il convient de relever, ensuite, que, en vertu de l'article 1er des directives relatives à la dispense d'affiliation, un fonds sectoriel de pension a la faculté d'accorder une dispense à une entreprise lorsque celle-ci assure à ses travailleurs un régime de pension leur conférant des droits au moins équivalents à ceux qui découlent du fonds, pour autant que, en cas de retrait du fonds, une compensation jugée raisonnable par la chambre des assurances soit proposée pour le préjudice éventuel subi par le fonds, du point de vue de la technique des assurances, par suite du retrait.
119. La disposition précitée permet ainsi à un fonds sectoriel de pension de dispenser de l'obligation d'affiliation une entreprise qui assure à ses travailleurs un régime de pension équivalent à celui qu'il gère si une telle dispense ne met pas en péril son équilibre financier. L'exercice de ce pouvoir de dispense comporte une évaluation complexe de données relatives aux régimes de pension en présence et à l'équilibre financier du fonds, laquelle implique nécessairement une large marge d'appréciation.
120. Compte tenu de la complexité d'une telle évaluation ainsi que des risques que l'octroi de dispenses comporte pour l'équilibre financier du fonds sectoriel de pension et, partant, pour l'accomplissement de la mission sociale qui lui est confiée, un État membre peut estimer que le pouvoir de dispense ne doit pas être attribué à une entité distincte.
121. Il convient toutefois de relever que les juridictions nationales saisies, comme en l'espèce, d'une opposition à une contrainte de payer les cotisations doivent exercer un contrôle sur la décision du fonds refusant une dispense d'affiliation, qui leur permette au moins de vérifier que ce fonds n'a pas fait un usage arbitraire de sa faculté d'octroyer une dispense et que le principe de non-discrimination ainsi que les autres conditions tenant à la légalité de cette décision ont été respectés.
122. Enfin, quant à l'argument d'Albany selon lequel un niveau adéquat de pension pour les travailleurs pourrait être assuré par la fixation d'exigences minimales

auxquelles les pensions offertes par les compagnies d'assurances devraient satisfaire, il convient de souligner que, étant donné la fonction sociale des régimes de pension complémentaire et la marge d'appréciation dont les États membres disposent, selon une jurisprudence constante, pour aménager leurs systèmes de sécurité sociale (arrêts du 7 février 1984, *Duphar e.a.*, 238/82, Rec. p. 523, point 16; *Poucet et Pistre*, précité, point 6, et du 17 juin 1997, *Sodemare e.a.*, C-70/95, Rec. p. I-3395, point 27), il appartient à chaque État membre d'examiner si, compte tenu des particularités de son système national de pension, la fixation d'exigences minimales lui permettrait encore d'assurer le niveau de pension qu'il vise à garantir dans un secteur en rendant obligatoire l'affiliation à un fonds de pension.

123. Il y a lieu dès lors de répondre à la troisième question que les articles 86 et 90 du traité ne s'opposent pas à ce que les pouvoirs publics confèrent à un fonds de pension le droit exclusif de gérer dans un secteur déterminé un régime de pension complémentaire.

#### **Sur les dépens**

124. Les frais exposés par les gouvernements néerlandais, allemand, français et suédois, ainsi que par la Commission, qui ont soumis des observations à la Cour, ne peuvent faire l'objet d'un remboursement. La procédure revêtant, à l'égard des parties au principal, le caractère d'un incident soulevé devant la juridiction nationale, il appartient à celle-ci de statuer sur les dépens.

#### **Par ces motifs,**

#### **LA COUR,**

statuant sur les questions à elle soumises par le *Kantongerecht te Arnhem*, par jugement du 4 mars 1996, dit pour droit:

- 1) Les articles 3, sous g), du traité CE [devenu, après modification, article 3, paragraphe 1, sous g), CE], 5 et 85 du traité CE (devenus articles 10 CE et 81 CE) ne s'opposent pas à la décision des pouvoirs publics de rendre obligatoire, à la demande des organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé, l'affiliation à un fonds sectoriel de pension.
- 2) Un fonds de pension chargé de la gestion d'un régime de pension complémentaire, instauré par une convention collective conclue entre les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs d'un secteur déterminé et auquel l'affiliation a été rendue obligatoire par les pouvoirs publics pour tous les travailleurs de ce secteur, est une entreprise au sens des articles 85 et suivants du traité.
- 3) Les articles 86 et 90 du traité CE (devenus articles 82 CE et 86 CE) ne s'opposent pas à ce que les pouvoirs publics confèrent à un fonds de pension le droit exclusif de gérer dans un secteur déterminé un régime de pension complémentaire.

