

RAPPORT

présenté conformément aux dispositions de l'article 74 du Code européen de Sécurité Sociale tel que modifié par le Protocole pour la période du **1^{er} juillet 2011** au **30 juin 2016**¹ par le Gouvernement du **Luxembourg** sur les mesures prises pour faire porter effet aux dispositions acceptées du Code européen de Sécurité Sociale tel que modifié par le Protocole dont l'instrument de ratification ou d'adhésion a été déposé le **3 avril 1969**.

I.

Parties II, III et VIII

Livres Ier et VI du Code de la sécurité sociale dans la teneur au 30 juin 2016.

Partie IV

Livre V du Code du travail en sa teneur au 30 juin 2016.

Parties V, IX et X

Livres III et VI du Code de la sécurité sociale dans la teneur au 30 juin 2016.

Partie VI

Livres II et VI du Code de la sécurité sociale dans la teneur au 30 juin 2016.

Partie VII

Livres IV et VI du Code de la sécurité sociale dans la teneur au 30 juin 2016.

II.

Dans la mesure où le texte du code se prête à l'application directe il est applicable de plano sans modification législative et pour autant que de besoin par dérogation à la législation existante.

PARTIE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Néant.

¹ Pour les calculs indiqués dans le présent rapport sont utilisés, sauf indication contraire, les montants adaptés au nombre indice applicable au 1er janvier 2015, vu que les données statistiques se réfèrent aussi à l'année 2015. Le nombre indice est de 775,17 jusqu'à la date où le présent rapport est établi ; les montants du salaire social minimum et de certaines prestations de sécurité sociale ont été relevés par voie législative au cours de cette période (voir paramètres sociaux valables au 1er janvier 2016 annexés). Les parties descriptives se réfèrent à l'état de la législation au 30 juin 2016.

PARTIE II

SOINS MÉDICAUX

Article 9

A. Il est fait usage de l'alinéa a.

B. Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

Sont également protégés les membres de famille, à savoir

- le conjoint et le partenaire déclaré
- le parent et allié en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré qui à défaut de conjoint ou de partenaire déclaré tient le ménage de l'assuré principal
- les enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptifs de l'assuré principal pour lesquels il obtient une modération d'impôt
- les enfants recueillis d'une manière durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assure l'éducation et l'entretien, pour lesquels l'assuré, son conjoint ou son partenaire obtient une modération d'impôt
- les ayants droit âgés de moins de 30 ans pour lesquels la modération pour enfants n'est plus accordée, s'ils disposent de ressources inférieures au revenu minimum garanti pour une personne seule (1.348,18 €).

Toutefois la protection des membres de famille est soumise aux conditions suivantes:

- l'intéressé ne doit pas être affilié personnellement et
- il doit résider au Grand-Duché de Luxembourg, sauf en cas d'études ou de formation professionnelle.

Une dispense de la condition d'âge ou de la condition de résidence est prévue pour les cas exceptionnels et pour des motifs graves.

Chaque membre de famille n'est protégé que dans le chef d'un seul assuré principal, à savoir celui vivant en communauté domestique avec le membre de famille ou en assurant l'éducation et l'entretien. Si ces conditions sont remplies à l'égard de plusieurs assurés principaux, la protection opère dans le chef de l'assuré principal le plus âgé.

C. Renseignements statistiques de la manière suivante :

Titre I de l'article 74

A. Nombre des salariés protégés en 2015

- i. en vertu du régime général : 399 274*
- ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires: 28 992*
- iii. Total : 428 266*

B. Nombre total des salariés en 2015 428 266

C. Pourcentage du total des salariés protégés (A.iii) par rapport au total des salariés (B) : 100%

D. Le droit aux prestations médicales prévues à l'article 10 s'étend aux membres de famille des salariés. Le nombre des membres de famille s'élève à 206 489.

E. -

Article 10

Les relations entre l'assurance maladie et les prestataires de soins sont réglées par des conventions conclues entre la Caisse nationale de santé (CNS) et les groupements professionnels représentatifs des médecins et des diverses professions de santé, ainsi que le groupement représentatif des hôpitaux.

La prise en charge des prestations par l'assurance maladie est assurée de façon différente pour le secteur extrahospitalier et pour le secteur hospitalier.

Secteur extrahospitalier

Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires sont prises en charge par l'assurance maladie sur base de nomenclatures. Ces nomenclatures indiquent chaque acte ou service avec une lettre-clé et un coefficient correspondant.

La valeur de la lettre-clé en unité monétaire est négociée et fixée par les parties signataires des conventions respectives. Si les parties ne trouvent pas d'accord dans certains délais, une procédure de médiation est déclenchée. Si celle-ci n'aboutit pas, le médiateur dresse un procès-verbal de non-conciliation qu'il transmet au Conseil supérieur de la sécurité sociale qui rend une sentence arbitrale sans recours. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans les nomenclatures. Les tarifs des actes et services sont déterminés en multipliant les coefficients par la valeur des lettres-clés respectives.

Les nomenclatures sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la commission de nomenclature qui est composée de membres désignés par les ministres de la sécurité sociale et de la santé, le comité-directeur de la CNS et les groupements signataires des conventions pour les médecins et les autres prestataires de soins.

Une Cellule d'expertise médicale de composition pluridisciplinaire :

- propose, en s'orientant suivant des référentiels acquis par la science, le libellé et les coefficients des actes, une définition complète des actes et les indications et les conditions d'application ;
- s'enquiert de l'évaluation scientifique des dispositifs médicaux et procède à l'émission de recommandations pour leur bon usage permettant de déterminer le bienfondé de la prise en charge par l'assurance maladie ;
- collabore à l'élaboration des standards de bonne pratique médicale et à leur promotion auprès des professionnels de la santé ;
- analyse des avis concernant le résultat attendu d'un acte ou d'un service, en fonction de son intérêt diagnostique ou thérapeutique, de son impact sur la santé de la population et de son impact financier ;
- assure le secrétariat et l'appui technique du Conseil scientifique.

Le Conseil scientifique du domaine de la santé a pour mission d'élaborer et de contribuer à la mise en œuvre de standards de bonnes pratiques médicales c.à.d. des recommandations développées selon une méthode explicite pour aider le médecin et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. L'objectif de tels standards de bonnes pratiques médicales est d'informer les professionnels de santé, les patients et les usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins.

Le Conseil scientifique collabore étroitement avec la Cellule d'expertise médicale en ce qui concerne la documentation et la recherche en matière de bonnes pratiques médicales, leur promotion auprès des professionnels de santé ainsi que la désignation d'experts et la conclusion de conventions dans le domaine des bonnes pratiques médicales.

Secteur hospitalier

Sur base d'un rapport d'analyse prévisionnel, le gouvernement fixe dans les années paires, au 1er octobre au plus tard, une enveloppe budgétaire globale des dépenses du secteur hospitalier pour les deux exercices à venir. Les éléments de l'enveloppe sont établis sur base de l'évolution démographique de la population résidente, de la morbidité, des pratiques d'une médecine basée sur des preuves scientifiques, en tenant compte de la croissance économique du pays. L'enveloppe budgétaire globale et les budgets spécifiques des hôpitaux tiendront compte des dispositions du plan hospitalier, des spécificités des services spécialisés et nationaux et des centres de compétences, ainsi que des obligations découlant de la participation au service médical d'urgence.

La Caisse nationale de santé prend en charge les prestations du secteur hospitalier d'après des budgets arrêtés séparément pour chaque hôpital, sur base de son activité prévisible pour deux exercices à venir.

Sont uniquement opposables à l'assurance maladie les activités dûment autorisées en application de la législation hospitalière.

A. Les prestations comprennent dans une mesure suffisante et appropriée :

a) en cas d'état morbide :

- les soins de médecine et de médecine dentaire
- les traitements effectués par les professionnels de santé
- les analyses de biologie médicale
- les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires
- les médicaments, le sang humain et les composants sanguins
- les dispositifs médicaux
- les traitements effectués en milieu hospitalier
- les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation, sauf pour le cas de simple hébergement
- les cures thérapeutiques et de convalescence
- les soins de rééducations et réadaptations fonctionnelles
- les frais de transport des malades
- les soins palliatifs
- les psychothérapeutes visant le traitement d'un trouble mental.

En cas de décès d'un assuré, il est alloué une indemnité funéraire.

A noter que la loi ne distingue pas entre la médecine curative et la médecine préventive, mais il est prévu que la médecine préventive peut faire l'objet de programmes spécifiques qui font l'objet d'une convention entre les ministres ayant dans leurs attributions la Santé et la Sécurité sociale, la CNS et le cas échéant, des services spécialisés.

La prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts de la CNS.

Les assurés atteints d'une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée, peuvent désigner un médecin référent. La désignation du médecin référent est faite sur une base volontaire et sur un commun accord entre l'assuré et le médecin. Le médecin référent a comme missions

- d'assurer le premier niveau de recours aux soins;
- d'assurer les soins de prévention et contribuer à la promotion de la santé;
- de suivre régulièrement le contenu du dossier de soins partagé de l'assuré;
- de superviser le parcours de l'assuré dans le système de soins de santé et de sensibiliser le patient par rapport aux risques liés aux doubles emplois, à la surconsommation et aux effets secondaires;
- de coordonner les soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée;
- d'informer, d'orienter et de conseiller le patient dans son parcours de soins.

Le dossier de soins partagé est géré par l'Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé. Dans le respect du secret médical, l'accès au dossier de soins partagé est réservé au médecin référent, au médecin traitant et aux professionnels de santé participant à la prise en charge du patient. Chaque patient a un droit d'accès à son dossier de soins partagé et a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à ce dossier. Il peut à tout moment s'opposer au partage de données le concernant au sein d'un dossier de soins partagé.

b) en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites :

- les soins d'une sage-femme, l'assistance médicale, les médicaments et les produits diététiques pour nourrissons,
- les frais de séjour à l'hôpital
- et, si nécessaire, toutes les autres prestations énumérées sous a).

B. La participation directe pour les prestations figurant à l'article 10 du code est de 20% pour les visites médicales en milieu extrahospitalier. Pour les autres actes médicaux réalisés en dehors d'un traitement stationnaire et pour les consultations médicales la participation est de 12%. Cette participation n'est pas applicable aux traitements par la chimiothérapie, la radiothérapie et l'hémodialyse, aux examens

à visée préventive et de dépistage, aux actes techniques dans le cadre de programmes de médecine préventive, ainsi qu'aux forfaits médicaux dans le cadre d'un traitement dans un centre de jour ou un service régional de psychiatrie ou dans le centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

Le traitement dans un hôpital est remboursé sans participation. L'entretien à l'hôpital donne lieu, sauf pour les enfants de moins de 18 ans, à une participation de 20,93 € par journée d'hospitalisation, jusqu'à concurrence d'un maximum de 30 journées par année de calendrier. En outre, les personnes obligées de suivre un traitement en hôpital de jour de psychiatrie sont déchargées de la participation personnelle de 1,35 euros par jour.

Les médicaments ne sont dispensés et pris en charge que sur ordonnance. Ne sont remboursés que les médicaments inscrits sur une liste positive des médicaments. Ne peuvent être inscrits que les médicaments qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché, d'un prix au public et pour lesquels le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché a introduit une demande auprès de la CNS. Certains médicaments homéopathiques peuvent aussi être inscrits dans cette liste.

Les médicaments figurant dans la liste positive sont rangés en trois classes :

- le taux de remboursement normal de 80% s'applique à tous les médicaments pour lesquels les statuts ne prévoient pas un autre taux
 - le taux de remboursement préférentiel de 100% s'applique aux médicaments avec les caractéristiques suivantes
 - avoir une indication thérapeutique précise
 - ne contenir qu'un seul principe actif
 - être irremplaçable ou présenter un intérêt vital dans le traitement de pathologies particulièrement graves ou chroniques
 - être susceptible d'engendrer pour la personne protégée une participation statutaire inappropriée.
- Le taux de 100% s'applique également aux vaccins pris en charge par l'assurance maladie.
- le taux de remboursement réduit de 40% s'applique aux catégories de médicaments qui présentent un intérêt modéré dans la pratique médicale et qui sont destinés au traitement symptomatique de pathologies bénignes.

Les taux de 40 et 80% peuvent être relevés à 100% lorsque les médicaments sont prescrits dans le traitement des maladies longues et coûteuses ou sont administrés par voie intraveineuse à la suite immédiate d'un traitement hospitalier et génèrent une participation inappropriée pour le patient.

Médicaments remboursés	2011	2012	2013	2014	2015
Taux normal 80%	82,0	84,6	84,0	81,7	80,3
Taux préférentiel 100%	77,1	82,9	82,6	81,6	84,8
Taux réduit 40%	5,0	5,1	5,4	5,4	5,3
TOTAL	164,1	172,6	171,9	168,8	170,4

Source(s): CNS – décomptes
Unité(s): millions EUR

Au-delà d'un montant annuel de 60 € intégralement à charge de l'assurance maladie, les actes et services médico-dentaires inscrits dans la nomenclature des médecins-dentistes sont pris en charge à raison de 88% des tarifs conventionnels applicables au moment de leur délivrance.

Les frais pour prothèses dentaires sont pris en charge à raison de 80%, sauf pour les prothèses restauratrices maxillo-faciales qui sont prises en charge à 100%. La participation personnelle n'est pas mise en compte pour les personnes protégées qui justifient avoir consulté un médecin-dentiste annuellement à titre préventif au cours des deux années de calendrier précédant la délivrance de la prothèse. La participation personnelle n'est mise en compte non plus en cas de renouvellement ou de réparation d'une prothèse totale.

Le traitement d'orthodontie n'est pris en charge que s'il est fait sur autorisation préalable et sous surveillance du Contrôle médical et le remboursement des frais ne se fait que dans la mesure du traitement effectivement accompli.

En principe l'assuré doit régler les factures relatives aux soins obtenus et s'adresser ensuite à sa caisse pour en obtenir le remboursement, compte tenu du montant de la participation personnelle éventuelle. Toutefois, si le paiement d'une prestation constitue une charge insurmontable pour l'assuré, la Caisse nationale de santé peut établir un titre de prise en charge à signer par l'intéressé et l'avance est faite par chèque barré tiré sur un compte bancaire de la CNS au nom du prestataire destinataire des fonds. D'autre part, si les frais avancés par l'assuré dépassent un certain montant, il peut être remboursé au guichet de la caisse moyennant un chèque tiré sur un compte bancaire de la CNS.

Dans le système du « tiers payant » les assurés n'ont qu'à payer leur participation et la CNS règle directement les frais aux prestataires pour les prestations suivantes

- frais de traitement en milieu hospitalier, à l'exception des honoraires médicaux
- médicaments
- analyses de biologie médicale
- rééducation dans un établissement spécialisé
- transfusion sanguine
- actes des professionnels de la santé.

La prise en charge directe est aussi accordée en cas d'indigence de la personne protégée sur attestation de l'office social.

Au cours d'une année civile, la participation aux prestations de soins de santé des personnes protégées ne peut dépasser 2,5% du revenu cotisable annualisé de l'année précédente, à moins que cette participation ne résulte d'une consommation abusive. En cas de dépassement du seuil, l'assuré a droit, sur demande annuelle, au remboursement des participations dépassant le seuil en question.

C. Il n'y a aucune participation de l'assurée.

Article 11

Les prestations de soins de santé sont accordées dès le premier jour de l'affiliation, sans stage.

Article 12

Le droit aux prestations de soins de santé est suspendu:

- tant que l'assuré se trouve en état de détention;
- dans le cas des gens de mer, tant et pour autant que l'armateur est obligé d'en assumer la charge.

PARTIE III Formulaire du rapport relatif au Code européen de Sécurité sociale tel qu'il est modifié par le Protocole

PARTIE III

INDEMNITÉS DE MALADIE

Article 15

- A. Il est fait usage de l'alinéa a.
- B. Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

C. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

- A. *Nombre des salariés protégés en 2015*
- | | |
|--|---------|
| <i>i. en vertu du régime général :</i> | 399 274 |
| <i>ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires:</i> | 28 992 |
| <i>iii. Total :</i> | 428 266 |
- B. *Nombre total des salariés en 2015* 428 266
- C. *Pourcentage du total des salariés protégés (A.iii) par rapport au total des salariés (B) : 100%*
- D. Les épouses et enfants à charge : 206 489

Article 16

- A. Pour le calcul du montant des prestations il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

Le salarié incapable de travailler a droit au maintien intégral de son salaire et des autres avantages résultant de son contrat de travail jusqu'à la fin du mois de calendrier au cours duquel se situe le 77e jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 12 mois de calendrier successifs (en moyenne 13 semaines)¹. Un nouveau droit à la conservation du salaire n'est ouvert qu'au début du mois suivant celui pour lequel cette limite n'est plus atteinte.

L'indemnité pécuniaire n'est accordée qu'aux personnes assurées à titre obligatoire du chef d'une activité professionnelle, âgées de moins de soixante-huit ans.

Au-delà du 77e jour, la CNS verse une indemnité de maladie¹ qui est calculée sur la base du revenu professionnel soumis à cotisations (assiette cotisable) relatif aux affiliations en cours au moment de la survenance de l'incapacité de travail, c'est-à-dire la rémunération de base ainsi que les compléments et accessoires, à condition qu'ils soient payables mensuellement en espèces, à l'exception de la rémunération des heures supplémentaires.

Sont portées en compte séparément :

- *la rémunération de base la plus élevée qui fait partie de l'assiette appliquée au cours de l'un des 3 mois de calendrier précédant le début du paiement de l'indemnité pécuniaire par la caisse*

¹ Les fonctionnaires bénéficient de la continuation du paiement de leur salaire pendant toute la durée de l'éventualité.

- la moyenne des compléments et accessoires de la rémunération qui font partie des assiettes des 12 mois de calendrier précédant le mois antérieur à la survenance de l'incapacité de travail; si cette période de référence n'est pas entièrement couverte par une activité soumise à l'assurance, la moyenne est calculée sur base des mois de calendrier entièrement couverts.

Toutefois l'indemnité ne pourra dépasser par mois le maximum cotisable en matière d'assurance maladie, soit le quintuple du salaire social minimum (9.614,82 €), montant dépassant de loin le salaire brut intégral gagné par un ouvrier masculin qualifié.

Le montant des salaires de base ne pourra être inférieur au salaire minimum légal (1.922,96 €), à moins d'une cause légitime de dispense ou de réduction. En cas de travail à temps partiel, ce seuil est établi sur base du salaire social minimum horaire. Pour les apprentis la base de calcul est constituée par l'indemnité d'apprentissage.

B.1. Il est fait usage de l'alinéa b du paragraphe 6 de l'article 65¹.
i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein.

B.2. Le temps de base qui a servi au calcul du salaire de l'ouvrier masculin qualifié est l'année. Le même temps de base a été utilisé pour le calcul des prestations et des allocations familiales.

C. Montant du salaire de l'ouvrier masculin qualifié choisi pour 2015 : 50.508,38.

Titre II de l'article 65

D. Montant de la prestation attribuée pendant le temps de base :	50.508,38 €
E. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi :	5.288,64 €
F. pendant l'éventualité :	5.288,64 €

G. Pourcentage (D+ F) par rapport à la somme (C + E) : 100%

Titre V de l'article 65

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Article 17

Aucun stage n'est exigé pour l'octroi de l'indemnité pécuniaire de maladie. L'indemnité pécuniaire prend cours le premier jour de l'incapacité de travail à condition qu'elle soit déclarée à la caisse de maladie au plus tard le troisième jour moyennant un certificat médical.

Un stage de 6 mois d'assurance au cours de l'année précédant le congé de maternité est requis pour l'obtention des indemnités de maternité.

Article 18

1. L'indemnité de maladie (salaire + indemnité CNS) est accordée tant que persiste l'incapacité de travail suivant l'appréciation du contrôle médical de la sécurité sociale, pour un total de 52 semaines pour une période de référence de 104 semaines. Toutefois, le droit au maintien du salaire ou à l'indemnité pécuniaire de maladie peut cesser avant la 52^{ième} semaine, si le Contrôle médical de la sécurité sociale estime, sur base d'un rapport médical circonstancié, que l'assuré est capable de reprendre son travail ou si l'assuré a refusé de se soumettre au contrôle médical. Dans ce cas la CNS prend une décision de non-paiement du salaire ou de l'indemnité pécuniaire de maladie. Cette décision est susceptible d'un recours auprès des juridictions sociales.

2. En cas de déclaration tardive de l'incapacité de travail, l'indemnité pécuniaire n'est due qu'à partir du jour de la déclaration à la caisse de maladie.

L'indemnité pécuniaire de maladie n'est pas payée tant que le bénéficiaire se soustrait sans motif valable au contrôle médical ou aux examens médicaux prévus par la loi et tant qu'il ne fournit pas les renseignements et documents demandés par la CNS ou le Contrôle médical de la sécurité sociale. Il en

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii

est de même s'il séjourne à l'étranger sans autorisation préalable de sa caisse de maladie ou s'il se trouve en état de détention.

PARTIE IV

PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Article 20

Est à considérer comme chômeur involontaire le travailleur sans emploi qui a perdu son dernier poste de travail sans faute grave de sa part ou qui a abandonné son dernier poste de travail pour des motifs exceptionnels, valables et convaincants.

Article 21

- A. Il est fait usage de l'alinéa a.
- B. Sont protégés :
- tous les travailleurs salariés habituellement occupés à plein temps par un employeur ;
 - les travailleurs habituellement occupés à temps partiel par un employeur, à condition qu'ils aient effectué régulièrement 16 heures de travail au moins par semaine ;
 - les travailleurs au service de plusieurs employeurs, à condition qu'ils aient perdu un emploi qu'ils occupaient régulièrement pendant 16 heures de travail au moins par semaine et que le revenu de travail mensuel qui leur reste soit inférieur à 2.884,44€

- C. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

<i>A. Nombre des salariés résidents</i>	<i>218 870</i>
<i>Nombre des salariés frontaliers</i>	<i>170 399¹</i>
<i>Nombre total des salariés protégés en 2015: 389 269</i>	

B. Nombre total des salariés en 2015: 389 269

C. Pourcentage du total des salariés protégés (A) par rapport au total des salariés (B) : 100%²

- D. -

Article 22

- A. Pour le calcul des prestations il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

A. Le taux de l'indemnité de chômage est de 80% du salaire brut antérieur du travailleur sans emploi. Ce taux est porté à 85% pour les chômeurs ayant des enfants à charge. Le maximum prescrit est de 250% du salaire social minimum (4.807,41 €) pour les premiers 6 mois et pour les 6 mois subséquents de 200% (3.845,93€).

Lorsqu'un dépassement de la durée normale d'indemnisation de 12 mois est autorisé, le plafond est ramené pour la période subséquente de 6 mois à 150% du salaire social minimum (2.884,44€). Le pourcentage prescrit de 50% par rapport au salaire-type est donc toujours dépassé (60%).

¹ En application de l'article 65 du règlement (CE) no 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, les travailleurs frontaliers couverts, en droit, par l'assurance chômage au Luxembourg du chef de leur activité professionnelle, sont, en fait, indemnisés dans leur pays de résidence.

² idem

B.1. Il est fait usage de l'alinéa b du paragraphe 6 de l'article 65¹
i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein.

B.2. Le temps de base est l'année.

C. Montant du salaire de l'ouvrier masculin qualifié choisi pour 2015 : 50.508,38 €

Titre II de l'article 65

D.	Montant de la prestation attribuée pendant le temps de base :	42.932,12 €
E.	Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi :	5.288,64 €
F.	pendant l'éventualité :	5.288,64 €

G. Pourcentage (D+ F) par rapport à la somme (C + E) : 86,4%

Titre V de l'article 65

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Article 23

Répondent à la condition de stage, le travailleur occupé à plein temps et le travailleur occupé habituellement à temps partiel sur le territoire luxembourgeois à titre de salarié lié par un ou plusieurs contrats de travail, pendant au moins 26 semaines au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. Lorsque la période de référence de 12 mois comprend des périodes d'incapacité de travail ou de capacité de travail réduite de 50% au moins, celle-ci est prorogée, si nécessaire, pour une période d'une durée égale à celle de l'incapacité de travail ou de la capacité de travail réduite. La même règle est applicable lorsque ladite période de référence comprend des périodes de détention, des périodes de chômage indemnisé ou des périodes d'attente d'une décision portant sur l'octroi d'une pension d'invalidité à prendre par les juridictions sociales.

Article 24

1. La durée de l'indemnisation est égale à la durée de travail, calculée en mois entiers, effectuée au cours des 12 mois précédant le jour de l'inscription comme demandeur d'emploi. L'indemnité de chômage ne peut dépasser les 12 mois par période de 24 mois. Cette durée d'indemnisation est prolongée pour les chômeurs âgés de 50 ans accomplis de respectivement 12, 9 ou 6 mois suivant qu'ils justifient de 30, 25 ou 20 années au moins d'assurance obligatoire de l'assurance pension. Pour les chômeurs qui ne remplissent pas ces conditions et qui sont particulièrement difficiles à placer le bénéfice de l'indemnité de chômage peut être prorogé pour une période de 182 jours de calendrier.

2. Il n'est pas fait usage du paragraphe 3 de cet article.

3. Le droit à l'indemnité de chômage prend cours au plus tôt à partir de la première journée de l'expiration de la relation de travail, à condition que le travailleur se fasse inscrire comme demandeur d'emploi le jour même de la survenance du chômage et qu'il introduise sa demande d'indemnisation dans les deux semaines au plus tard de l'ouverture du droit à l'indemnité. En cas d'inscription tardive le droit à l'indemnité prend cours le jour même de l'inscription.

4. Il n'existe pas de règles spéciales ayant trait aux prestations revenant aux travailleurs saisonniers.

5. Le droit aux prestations de chômage peut être refusé ou suspendu lorsque le travailleur :

- ne réside pas ou ne réside plus sur le territoire luxembourgeois, sous réserve de l'application de la réglementation européenne en la matière
- a été licencié pour faute grave ou lorsqu'il a abandonné son dernier poste de travail
- néglige de se présenter aux bureaux de placement ou refuse sans justification un emploi approprié qui lui est offert
- est inapte au travail
- touche une rente professionnelle d'attente de l'assurance accident
- atteint la limite d'âge de 65 ans.

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

6. Les mesures prises comprennent, entre autres,
- Des aides aux demandeurs d'emploi
 - Aide au réemploi : Le fonds pour l'emploi peut accorder une aide au réemploi en cas de reclassement dans un emploi comportant un niveau de rémunération inférieur à la rémunération antérieure.
 - Aide à la création d'entreprise : Une aide à la création ou la reprise d'une entreprise légalement établie au Luxembourg et y exerçant ses activités peut être accordée par le Ministre du travail et de l'emploi aux demandeurs d'emploi sans emploi.
 - Aide à la mobilité géographique des demandeurs d'emploi : Le fonds pour l'emploi peut accorder une indemnité pour frais de déplacement dans le cas où le bénéficiaire réside en territoire luxembourgeois et est reclassé dans un emploi durable en territoire luxembourgeois à une distance supérieure à 15 km du lieu de sa résidence habituelle.
 - Contrat d'appui-emploi : L'objectif de ce type de contrat est d'offrir au jeune demandeur d'emploi de moins de trente ans accomplis une initiation et/ou une formation pratique et théorique en vue d'augmenter ses compétences et de faciliter son intégration respectivement sa réintégration sur le marché du travail.
 - Contrat d'initiation à l'emploi : Ce contrat, réservé aux promoteurs qui peuvent offrir au jeune demandeur d'emploi une réelle perspective d'emploi à la fin du contrat, a pour finalité d'assurer au jeune pendant les heures de travail une formation pratique facilitant l'intégration sur le marché du travail.
 - Aides et primes de promotion à l'apprentissage : En cas de réussite de l'année d'apprentissage, le fonds pour l'emploi accorde à tout apprenti une prime d'apprentissage égale à 117 € par mois d'apprentissage.
 - Des aides aux employeurs
 - Aide à l'embauche de chômeurs âgés et de longue durée : Les employeurs qui embauchent des chômeurs âgés et des chômeurs de longue durée, peuvent récupérer les cotisations de sécurité sociale, part employeur et part assuré, dans certaines conditions liées à l'âge du demandeur d'emploi engagé.

PARTIE V

PRESTATIONS DE VIEILLESSE

Article 26

L'âge prescrit pour donner droit aux prestations de vieillesse est de 65 ans. Cependant la pension de vieillesse sera accordée anticipativement dès l'âge de 60 ans aux assurés justifiant de 40 années d'assurance ou de périodes assimilées. Outre cette pension de vieillesse anticipée, une pension peut être accordée à partir de l'âge de 57 ans, sous réserve de l'accomplissement d'un stage de 40 années d'assurance obligatoire.

Le bénéficiaire d'une pension de vieillesse anticipée peut exercer une activité salariée insignifiante ou occasionnelle, c'est à dire toute activité continue ou temporaire rapportant un revenu qui, réparti sur une année civile, ne dépasse pas par mois un tiers du salaire social minimum soit 640,99€. Si le revenu dépasse ce seuil, la pension est réduite si et dans la mesure où elle dépasse ensemble avec les salaires un plafond fixé à la moyenne des cinq salaires les plus élevés de la carrière d'assurance.

Article 27

- A. Il est fait usage de l'alinéa a.
- B. Sont protégées toutes les personnes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.
- C. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

A. Nombre des salariés protégés en 2015	
i. en vertu du régime général :	370.027
ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :	28 992
iii. Total :	399.019
B. Nombre total des salariés en 2015 :	399.019
C. Pourcentage du total des salariés protégés (A) par rapport au total des salariés (B):	100%

Article 28

- A. Il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

- A. La pension de vieillesse annuelle (attribuée en 2015) à l'indice 100 se compose
- de majorations proportionnelles s'élevant à 1,832% des salaires mis en compte, réduits à l'indice 100 et ajustés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions (1984). A cet effet, ils sont multipliés par des coefficients d'ajustement, qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut de chaque année de calendrier;
 - de majorations forfaitaires s'élevant à 497,02 € après une carrière d'assurance de 40 ans; les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année d'assurance, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de 40.
 - Une allocation de fin d'année de 66,80 € est allouée pour une carrière d'assurance complète de 40 années.

Aucune pension annuelle, ajustée au niveau de vie de 2015 et adaptée à l'indice du coût de la vie 775,17, ne peut être inférieure à 20.713,56 € lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de 40 années d'assurance. Si l'assuré n'a pas accompli ce stage, mais justifie de 20 années d'assurance au moins, la pension minimum se réduit de 1/40e pour chaque année manquante. Pour une carrière d'assurance de 30 ans, la pension minimum s'élèverait à 20.713,56 x 30/40 = 15.535,17 €. Pour autant que de besoin un complément est alloué.

Aucune pension annuelle ne peut être supérieure à 95.896,32€.
Le maximum cotisable est 115.377,84 € par an.

Les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie et pour l'année de base sont ajustées à l'évolution du niveau réel des salaires (facteur d'ajustement 1,424) et adaptées à l'évolution de l'indice du coût de la vie (nombre indice 775,17).

- B.1. Il est fait usage du paragraphe 6, alinéa b, de l'article 65.¹
i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein
- B.2. Le temps de base est l'année.

C. Le montant du salaire annuel de 50.508,38€ est réduit au nombre indice 100 (50.508,38 / 7,7517 = 6.515,78) et adapté à l'année de base 1984 avec un coefficient d'ajustement (6.515,78 / 1,433 = 4 546,95).

Titre III de l'article 65

Calcul du montant de la prestation due avec un nombre d'années de cotisations de 30 ans

<u>Majorations proportionnelles</u>	1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation	83,30 (x30)
Montant total	2.499,00

<u>Majorations forfaitaires</u>	497,02 / 40
Montant par année de cotisation	12,43 (x30)
Montant total	372,77

<u>Allocation de fin d'année</u>	66,80 / 40
Montant par année de cotisation	1,67 (x30)
Montant total	50,10

<u>Total pension :</u>	2.921,87 (x 1,424)
Ajustée au niveau de vie 2015 :	4.160,74 (x 7,7517)
Adaptée au coût de la vie 2015 :	32.252,82

D. Montant de la prestation attribuée	32.252,82 €
E. Allocations familiales	5.288,64 €
F. Allocations familiales	5.288,64 €

G. Pourcentage (D+ F = 37.541,46) par rapport à la somme (C + E = 55.797,02) : 67,28%

Titre V de l'article 66

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

B. -

C. Renseignements sur la révision du montant des prestations de vieillesse :

Titre VI de l'article 65

1. En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

2.

<i>Période considérée</i>	<i>Indice du coût de vie (base: niveau de prix 1948)</i>	<i>Indice des gains (base: niveau de vie 1984)</i>
<i>A. Début de la période : 01.01.2015</i>	775,17	1,426
<i>B. Fin de période : 01.07.2016</i>	775,17	1,433
<i>C. Pourcentage A/B</i>	100,0%	100,5%

3. Les prestations en cours de paiement ont été réajustées au 1^{er} janvier 2016 (+0,5%).
La dernière tranche indiciaire (adaptation au coût de vie) date du 1^{er} octobre 2013 (indice 775,17) et n'a pas changé depuis.

<i>Période considérée</i>	<i>Pour le bénéficiaire-type (prestation = pension mensuelle)</i>	
<i>A. Début de la période : 01.01.2015</i>	2.687,74	<i>pension attribuée en 2015</i>
<i>B. Fin de période : 01.07.2016</i>	2.701,18	<i>réajustement au 01.01.2016</i>
<i>C. Pourcentage A/B</i>	100,5%	

Article 29

1. Aura droit à la pension de vieillesse tout assuré âgé de 65 ans qui justifiera de 120 mois d'assurance au moins.

Les périodes d'assurance sont comptées par mois de calendrier. Compte pour un mois entier la fraction de mois représentant au moins 64 heures de travail. Les fractions de mois inférieures à ces seuils sont reportées aux mois suivants et mises en compte le premier mois où le total des heures d'activité aura, compte tenu du report, atteint le seuil prévu, alors que les salaires, traitements et revenus sont portés en compte pour le mois auquel ils se rapportent.

2. Il a été fait usage du paragraphe 1a de l'article 29

Article 30

Les pensions sont suspendues pendant la durée d'une peine privative de liberté supérieure à un mois. Dans ce cas la pension sera dévolue aux personnes qui, en cas de décès du titulaire, auraient droit à une pension de survie à condition qu'elles résident au Luxembourg et que le pensionné ait contribué d'une façon prépondérante à leur entretien. En outre la pension est suspendue lorsque l'intéressé a essayé frauduleusement d'obtenir une prestation. Les prestations mentionnées aux articles 28 et 29 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

PARTIE VI

PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL
ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 32

La législation luxembourgeoise ne prévoit aucune limitation dans le sens visé pour l'ouverture du droit aux prestations prévues aux articles 34 et 36.

Article 33

A. Sont protégées toutes les personnes exerçant une activité salariée.

B. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

A. Nombre des salariés protégés ¹ en 2015 en vertu du régime général :	
i. en vertu du régime général :	360 532
ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires publics :	28 992
iii. Total :	389 524
B. Nombre total des salariés en 2015 :	389 524

C. Pourcentage du total des salariés protégés (A.iii) par rapport au total des salariés (B): 100%

Article 34

A. Les prestations de soins de santé imputables à un accident ou une maladie professionnelle sont prises en charge par la Caisse nationale de santé pour le compte de l'Association d'assurance accident, d'après les dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et statutaires applicables en matière d'assurance maladie, sans que l'assuré ne doive les avancer.

B. Aucune participation aux frais n'est laissée à la charge du bénéficiaire, sauf convenances personnelles, telle que séjour en première classe en milieu hospitalier.

C. Les prestations sous A sont accordées dans une mesure suffisante et appropriée. Le traitement ambulatoire ou stationnaire ainsi que le séjour dans le Centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation (CNRFR) ou dans un service de rééducation gériatrique ou cardiaque d'un hôpital sont prises en charge intégralement par l'Association d'assurance accident suivant les modalités prévues par les statuts de la Caisse nationale de santé, et sans limitations de durée, à l'exclusion des frais relatifs à des convenances personnelles telle que séjour en première classe.

Article 35

Des services spécifiques de l'Agence pour le développement de l'emploi s'occupent de la réinsertion professionnelle des travailleurs à capacité de travail réduite ou handicapés.

L'assuré qui justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanent de dix pour cent au moins du chef d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et qui bénéficie d'un reclassement professionnel externe principalement imputable, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, aux séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle en cause, est inscrit comme demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi. Tant que le reclassement professionnel n'est pas possible il a droit, à la place de l'indemnité de chômage, à une rente professionnelle d'attente dont le montant est fixé à quatre-vingt-cinq pour cent de la rente complète.

La rente professionnelle d'attente peut être suspendue si les conditions ayant motivé son octroi ne sont plus remplies, notamment si l'assuré ne reste pas inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de

¹ Les personnes à charge qui sont protégées du fait de leur soutien de famille ne sont pas incluses dans ces chiffres.

l'Agence pour le développement de l'emploi, si l'assuré se soustrait aux mesures de reclassement professionnel ou s'il refuse toute tentative de reconversion professionnelle. Ces mesures de reconversion professionnelle sont prises en charge par l'Association d'assurance accident.

Article 36

- A. Il est fait usage des dispositions de l'article 65.
- B. i)

Incapacité de travail

Titre I de l'article 65

A. *L'indemnisation en cas d'incapacité de travail pour cause d'accident de travail ou maladie professionnelle est la même que celle décrite à la partie III, article 16. Le salaire est avancé par l'employeur qui est remboursé par la Mutualité des employeurs, l'indemnité de maladie est avancée par la CNS, mais à charge de l'Association d'assurance accident qui rembourse les frais avancés à ces deux institutions.*

Perte totale de la capacité de gain

Titre I de l'article 65

A. *Rente complète*

A partir de l'expiration du droit à l'indemnité pécuniaire ou à défaut de droit à l'indemnité pécuniaire, l'assuré a droit à la rente complète pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenus alors qu'il exerçait une activité professionnelle soumise à l'assurance obligatoire ou qu'il était inscrit en tant que demandeur d'emploi auprès de l'Agence pour le développement de l'emploi ou auprès d'un organisme étranger compétent.

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

Est prise en compte l'assiette cotisable des 12 mois de calendrier précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle, à moins que, dans ce dernier cas, l'assiette cotisable des 12 mois de calendrier précédant la fin de l'exposition au risque ne soit plus favorable à l'assuré.

La rente complète annuelle ne peut être ni inférieure à 12 fois ni supérieure à 60 fois le salaire social minimum applicable le mois de l'accident.

Les rentes sont ajustées périodiquement au niveau des salaires. Indépendamment de l'ajustement, les rentes sont adaptées automatiquement au nombre indice du coût de la vie.

B.1. *Il a été fait usage des dispositions de l'alinéa a du paragraphe 6 de l'article 65. ¹
i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein*

B.2. *Le temps de base pour le calcul des prestations et des allocations familiales est l'année.*

C. *Le montant du salaire type est de 50.508,38 €.*

Titre II de l'article 65

D. *Montant de la prestation attribuée pendant le temps de base : 50.508,38 €*

E. *Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi : 5.288,64 €*

F. *pendant l'éventualité : 5.288,64 €*

G. *Pourcentage (D+ F) par rapport à la somme (C + E) : 100%*

Titre V de l'article 65

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Titre VI de l'article 65

Voir sous Partie V.

Décès du soutien de la famille

Titre I de l'article 65

A.

– Indemnité pour dommage moral

Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire déclaré, ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs, ses père et mère, ainsi que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins, ont droit, en dehors des prestations nées dans le chef de l'assuré, à l'indemnisation du dommage moral. Le conjoint ou partenaire survivant et les enfants ont chacun droit à un forfait de 28.285,95 €, les pères et mères à 16.968,47 € et 11.309,73€ pour toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins (montants 2015).

– Rente de survie

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 65 ans, son conjoint survivant ou son partenaire déclaré et ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.

Si le décès est survenu après l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 % du revenu professionnel annuel par le nombre d'années restant à courir du décès jusqu'à la date à laquelle l'assuré aurait atteint l'âge de 65 ans.

Si le décès de l'assuré est survenu avant l'âge de 55 ans, les rentes de survie sont calculées sur base du montant résultant de la multiplication de 1,85 % du revenu professionnel annuel par 10 années.

La rente du conjoint ou du partenaire survivant correspond à trois quarts et la rente d'orphelin à un quart du montant ainsi déterminé. L'ensemble des rentes de survie ne peut pas dépasser ce montant. En cas de dépassement de ce maximum, la réduction s'opère proportionnellement aux montants des différentes rentes.

La rente d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans et, si l'enfant est empêché de gagner sa vie par suite de sa préparation scientifique ou technique à sa future profession, jusqu'à l'âge de 27 ans. La rente du conjoint ou du partenaire cesse d'être payée à partir du mois suivant celui du nouvel engagement par mariage ou partenariat.

Les rentes de survie sont également ajustées au niveau des salaires et adaptées à l'indice du coût de la vie.

B.1. Il a été fait usage des dispositions de l'alinéa a du paragraphe 6 de l'article 65.¹

i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein

B.2. Le temps de base pour le calcul des prestations et des allocations familiales est l'année.

C. Le salaire annuel est le même que celui appliqué pour la détermination de la rente en cas de perte de la capacité de gain : 50.508,38 €.

Pour le calcul du complément de rente de survie on utilise ce salaire annuel au nombre indice 775,17. Pour le calcul de la pension de survie² il est réduit au nombre indice 100 (50.508,38 / 7,7517 = 6.515,78) et adapté à l'année de base 1984 avec un coefficient d'ajustement (6.515,78 / 1.433 = 4.546,95)

Titre IV de l'article 65

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

² Pour règles de calcul de la pension voir article 56.

Rentes survivants

Décès de l'assuré à 45 ans

$(1,85\% \times 50.508,38) \times 10 = 9.344,05$

Carrière d'assurance : 15 ans

Rente survivant : 75% 7.008,04

Rente orphelin : 25% x 2 4.672,02

Total compléments rente de survie: 11.680,06 €

1 partenaire survivant + 2 orphelins : $75\% + 2 \times 25\% = 1,25\%$

Réduction proportionnelle : $1/1,25 = 0,8$

Rente survivant : 5.606,43 (0,8 x 7.008,04)

Rente orphelin : 3.737,62 (0,8 x 4.672,02)

Total compléments rente de survie: 9.344,05 €

Pensions survivants (voir partie X)

Nombre d'années de cotisations: 15

Nombre d'années jusqu'à 55 ans 10

Nombre d'années jusqu'à 65 ans 20

25-45 ans 20

Survivant

Majorations proportionnelles 1,832% x 4.546,95

Montant par année de cotisation 83,30 (x15)

Montant total 1.249,50

Montant survivant 75% 937,13

Majorations proportionnelles spéciales 1,832% x 4.546,95

Montant par année de cotisation 83,30 (x10)

Montant total (45-55=10 ans) 833,00

Montant survivant 75% 624,75

Majorations forfaitaires 497,02 / 40

Montant par année de cotisation 12,43 (x15)

Montant total 186,38

Majorations forfaitaires spéciales 497,02 / 40

Montant par année de cotisation 12,43 (x15)

Montant total (proportion 15/20x20) 186,38

Allocation de fin d'année 66,80 / 40

Montant par année de cotisation 1,67 (x15)

Montant total 25,05

Total pension survivant 1.959,69 (x 1,424)

Ajustée au niveau de vie 2015 2.790,60 (x 7,7517)

Adaptée au coût de la vie 2015 21.631,88

Orphelins

Majorations proportionnelles 1,832% x 4.546,95

Montant par année de cotisation 83,30 (x15)

Montant total 1.249,50

Montant orphelin 25% 312,38

Majorations proportionnelles spéciales 1,832% x 4.546,95

Montant par année de cotisation 83,30 (x10)

Montant total 833,00

Montant orphelin 25% 208,25

Majorations forfaitaires	497,02 / 40
Montant par année de cotisation	12,43 (x15)
Montant total (proportion 15/20x20)	186,38
Montant total	33,33% 62,13
Majorations forfaitaires spéciales	497,02 / 40
Montant par année de cotisation	12,43 (x15)
Montant total (proportion 15/20x20)	186,38
	33,33% 62,13
Allocation de fin d'année	66,80 / 40
Montant par année de cotisation	1,67 (x15)
Montant total	25,05
	33,33% 8,35
Total pensions orphelins	653,24 x2 = 1.306.48 (x 1,424)
Ajustée au niveau de vie 2015	1.860,43 (x 7,7517)
Adaptée au coût de la vie 2015	<u>14.421,50</u>
Pension totale survivants	36.053,38

Ne dépasse pas les limites de l'article 219 du Code la sécurité sociale, donc pas de réduction.

D. Montant de la prestation attribuée pendant le temps de base :	
36.053,38 + 9.344,05	45.397,43 €
E. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi :	5.288,64 €
F. pendant l'éventualité :	5.288,64 €

G. Pourcentage (D+ F = 50.686,07) par rapport à la somme (C + E = 55.797,02) : 90,84%

Titre V de l'article 65

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

Titre VI de l'article 65

Voir sous partie V.

C. L'assuré subissant une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente partielle à partir de la reprise d'une activité professionnelle avant l'âge de 65 ans à condition

- qu'il justifie au moment de la consolidation d'un taux d'incapacité permanente de 10 % au moins,
- que la perte de revenu atteigne 10 % au moins et
- que, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'assuré soit incapable d'exercer son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail principalement en raison des séquelles de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle.

Par consolidation il faut entendre le moment où, à la suite de la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère définitif, tel qu'un traitement n'est en principe plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente consécutive à l'accident, sous réserve de rechutes et révisions possibles.

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

Si après la consolidation l'assuré est atteint par suite de l'accident ou de la maladie professionnelle d'une incapacité totale ou partielle permanente, il a droit à des indemnités pour préjudices expatrimoniaux (physiologique, d'agrément, douleurs physiques endurées, esthétique).

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif est fonction du taux d'incapacité fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d'un barème. Elle est payée mensuellement, sauf si le taux de l'incapacité permanente est inférieur ou égal 20 %, alors l'indemnité est versée sous forme d'un capital.

Les indemnités réparant les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation et le préjudice esthétique sont accordées sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. Elles consistent dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal sur base de deux échelles différentes tenant compte de la gravité des préjudices. Les forfaits ne sauraient dépasser 56.564,15 €.

D. Il est fait usage du paragraphe 3.
Voir ci-dessus indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément.

Article 37

ad a. oui

ad b. oui

Article 38

1. Les prestations mentionnées aux articles 34 et 36 sont accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

2. Il n'y a pas de délai d'attente en cas d'incapacité de travail.

3. La réparation pour dégâts matériels et les prestations en espèces (salaire et indemnité pécuniaire de maladie), les rentes et les indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux ne sont pas payées ou sont suspendues tant que l'assuré se soustrait sans motif valable aux contrôles et examens médicaux et qu'il ne fournit pas tous renseignements, documents et pièces demandés par l'Association d'assurance accident.

Les rentes et l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément accordées ou liquidées par suite d'une erreur matérielle ne peuvent être supprimées ou réduites qu'à partir du mois qui suit celui de la notification de la décision rectificative. Les prestations octroyées ou liquidées indûment sont récupérées si le bénéficiaire a provoqué leur attribution en alléguant des faits inexacts ou en dissimulant des faits importants ou s'il a omis de signaler de tels faits après l'attribution.

Ni l'assuré ni les ayants droit n'ont droit à des prestations si l'assuré a provoqué intentionnellement l'accident ou la maladie professionnelle. Il en est de même si l'accident survient pendant la perpétration d'un crime ou d'un délit intentionnel et si l'assuré a été condamné de ce chef irrévocablement à une peine d'emprisonnement de huit jours au moins.

Les prestations prévues aux articles 34 et 36 peuvent être suspendues dans les hypothèses d), e), f) et g) de l'article 68.

PARTIE VII

PRESTATIONS AUX FAMILLES ¹

Article 40

Tout enfant élevé d'une façon continue au Luxembourg, et y ayant son domicile légal, a droit aux allocations familiales jusqu'à l'âge de 18 ans.

Tout enfant âgé de moins de 18 ans, atteint d'une ou de plusieurs affections constitutives d'une insuffisance ou diminution permanente d'au moins 50 % de la capacité physique ou mentale d'un enfant normal du même âge a droit à une allocation spéciale supplémentaire. Ce droit cesse à partir du mois suivant celui au cours duquel il est constaté médicalement que la diminution de la capacité de l'enfant, telle que définie ci-avant, est inférieure à 50 %.

Le droit aux allocations familiales est maintenue jusqu'à l'âge de 27 ans accomplis au plus pour les élèves de l'enseignement secondaire et secondaire technique, ainsi que pour la personne handicapée depuis sa minorité au sens de l'alinéa précédent et qui suit une formation adaptée à ses capacités dans un institut, service ou centre d'éducation différenciée ou dans tout autre établissement spécialisé agréé, pour autant que cette personne ne soit bénéficiaire ni du revenu pour travailleurs handicapés (salaire social minimum) ou du revenu pour personnes gravement handicapées ou de revenus de toute nature égaux ou supérieurs à ce revenu (1.348,18€). Le comité directeur de la Caisse nationale des prestations (CNPF) familiales peut, à titre exceptionnel et individuel, relever la limite d'âge jusqu'à concurrence de trois années au plus.

Article 41

- A. Aucun.
- B. Au Luxembourg, tous les enfants résidents ont droit aux allocations familiales.

Article 42

Il a été fait usage de l'alinéa a: Paiement périodique (mensuel)

Montant mensuel des allocations familiales au nombre indice 775,17

pour	1 enfant	185,60 €
pour un groupe de	2 enfants	440,72 €
	3 enfants	802,74 €
	4 enfants	1.164,56 €
	5 enfants	1.526,38 €
		Ce montant est augmenté de 361,82 € pour chaque enfant en plus.

Les allocations familiales mensuelles précitées sont majorées pour chaque enfant âgé de 6 à 11 ans de 16,17 € et au-delà de 12 ans de 48,52 €.

L'allocation spéciale supplémentaire pour enfants handicapés est de 185,60 € par mois.

Article 43

Tout enfant résidant effectivement et d'une façon continue au Luxembourg et y ayant son domicile légal a droit aux allocations familiales.

¹ La loi du 23 juillet 2016 a modifié la législation concernant les prestations familiales. A partir du 1^{er} août 2016 l'allocation familiale est fixée à 265 € par enfant et par mois. Ce montant est majoré de 20€ respectivement 50€ dès que l'enfant atteint l'âge de 6 et de 12 ans. L'allocation spéciale supplémentaire est fixée à 200€ par mois et elle est payée jusqu'à l'âge de 25 ans accomplis. Des mesures transitoires régissent l'octroi des allocations familiales en cours de paiement avant le 1^{er} août 2016.

La dénomination de la Caisse nationale des prestations familiales est désormais « Caisse pour l'avenir des enfants ». Une description détaillée des modifications sera présentée dans le prochain rapport général.

La condition suivant laquelle l'enfant doit être élevé d'une façon continue au Luxembourg ne vient pas à défaillir par une interruption de moins de 3 mois. Par ailleurs cette condition est présumée remplie lorsque l'enfant a la qualité de membre de la famille d'une personne qui, tout en conservant son domicile légal au Luxembourg, réside temporairement à l'étranger avec sa famille, du fait qu'elle-même ou son conjoint non séparé

- y poursuit des études supérieures, universitaires ou professionnelles ou un stage afférent, reconnu par les autorités luxembourgeoises compétentes, ou bien
- y est détachée par son employeur et qu'elle reste soumise à la législation luxembourgeoise sur la sécurité sociale, ou bien
- fait partie d'une mission diplomatique luxembourgeoise à l'étranger ou du personnel de pareille mission, ou bien
- se trouve en mission de coopération au développement en qualité d'agent de la coopération ou de coopérant dans le cadre de la loi du 25 avril 1989 sur la coopération au développement, ou bien
- participe à une opération pour le maintien de la paix en exécution de la loi du 27 juillet 1992 relative à la participation du Grand-Duché de Luxembourg à des opérations pour le maintien de la paix dans le cadre d'organisations internationales
- exerce une activité en qualité de jeune volontaire au sens de la loi du 31 octobre 2007 sur le service volontaire des jeunes.

Article 44

A.

Titre I de l'article 66

A.1. i – ii : *salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein*

A.2. *Le temps de base est l'année.*

B. *Le montant du salaire type est de 50.508,38 €*

B.1. *Montant total des prestations en espèces attribuées aux résidents en 2015 :* 368.453.396,47

B.2. *Pas de prestations en nature prévues*

B.3. *Valeur totale :* 368.453.396,47

C. i) *nombre total des enfants de tous les résidents :* 116.800,00

ii) *pourcentage : 6,2 %*

Article 45

Les prestations sont payées pendant toute la durée de l'éventualité, mais elles sont suspendues si le bénéficiaire a frauduleusement amené la CNPF à fournir une allocation qui n'était pas due ou qui n'était due qu'en partie. Les allocations familiales sont suspendues jusqu'à concurrence des prestations de même nature allouées par un régime non luxembourgeois.

PARTIE VIII

PRESTATIONS DE MATERNITÉ

Article 48

- A. Il est fait usage de l'alinéa a.
- B. Catégories prescrites de salariées: toutes les femmes qui exercent au Grand-Duché de Luxembourg contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui.
- C. Statistiques

Titre I de l'article 74

<i>A. Nombre des salariées protégées en 2015 :</i>	
<i>i. en vertu du régime général :</i>	149 993
<i>ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :</i>	11 872
<i>iii. Total :</i>	161 866
<i>B. Nombre total des salariées en 2015 :</i>	161 866
<i>C. Pourcentage du total des salariées protégées (A.iii) par rapport au total des salariées (B): 100%</i>	

- D. Les épouses des hommes appartenant aux catégories de personnes protégées ont droit aux prestations médicales prévues à l'article 49.

Article 49

- A. Les prestations comprennent l'assistance médicale, les soins d'une sage-femme, les médicaments et spécialités pharmaceutiques, le séjour dans une maternité ou clinique et les produits diététiques pour nourrissons, ainsi que toute autre prestation prévue par l'assurance maladie.
- B. Tous les soins qui sont nécessaires pendant la maternité sont pris en charge intégralement par la Caisse nationale de santé.

Article 50

- A. Il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

A. Les assurées salariées¹ en congé de maternité bénéficient d'une indemnité pécuniaire de maternité de la part de la CNS qui est égale à l'indemnité de maladie (voir article 16) et qui ne peut être cumulée avec celle-ci, ni avec un autre revenu professionnel.

Titre V de l'article 65

L'homme salarié peut également bénéficier de l'indemnité pécuniaire dans les cas où il bénéficie d'un congé d'accueil pour adoption d'un enfant.

Article 51

Une affiliation obligatoire au titre d'une activité professionnelle durant 6 mois au moins, au cours de l'année précédant le congé de maternité, est exigée pour l'obtention des indemnités de maternité. Il n'existe aucun stage pour l'obtention des prestations médicales prévues à l'article 49.

¹ Les fonctionnaires bénéficient de la continuation du paiement du salaire pendant toute la durée de l'évènement.

Article 52

1. Les prestations médicales prévues à l'article 49 sont attribuées pendant toute la durée de l'éventualité.

L'indemnité pécuniaire de maternité est payée pendant le congé de maternité (et pendant le congé d'accueil en cas d'adoption d'un enfant), soit 8 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement (ou l'adoption). La durée du congé postnatal est portée à 12 semaines en cas d'accouchement (ou d'adoption) multiple ou d'accouchement prématuré, ainsi que pour les mères allaitant leur enfant.

2. La loi ne prévoit pas de clause de suspension des prestations de maternité.

PARTIE IX

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Article 54

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.

Article 55

A. Il est fait usage de l'alinéa a.

B. Sont protégées toutes les personnes qui exercent contre rémunération au Grand-Duché de Luxembourg une activité professionnelle pour le compte d'autrui.

A. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

A. *Nombre des salariés protégés en 2015*

<i>i. en vertu du régime général :</i>	370 027
<i>ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :</i>	28 992
<i>iii. Total :</i>	399 019

B. *Nombre total des salariés en 2015 :* 399 019

C. *Pourcentage du total des salariés protégés (A.iii) par rapport au total des salariés (B): 100%*

D. -

Article 56

A. Il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

A. *La pension d'invalidité annuelle à l'indice 100 se compose*

- *de majorations proportionnelles s'élevant à 1,832% des salaires mis en compte, réduits à l'indice 100 et ajustés au niveau de vie d'une année de base servant de référence pour le calcul des pensions (1984). A cet effet, ils sont multipliés par des coefficients d'ajustement, qui expriment la relation entre le niveau moyen brut des salaires de l'année de base et le niveau moyen brut de chaque année de calendrier;*
- *de majorations forfaitaires s'élevant à 497,02 € après une carrière d'assurance de 40 ans; les majorations forfaitaires s'acquièrent par quarantième par année d'assurance, sans que le nombre des années mises en compte ne puisse dépasser celui de 40.*
- *des majorations proportionnelles spéciales correspondant au produit résultant de la multiplication de 1,832% de la moyenne annuelle des salaires cotisables réalisés avant la survenance de l'invalidité par le nombre d'années restant à courir du début du droit à la pension jusqu'à l'accomplissement de la 55e année d'âge;*
- *des majorations forfaitaires spéciales correspondant à autant de quarantièmes du montant de 497,02 € qu'il manque d'années entre le début du droit à pension et l'âge de 65 ans, sans que le nombre d'années mises en compte ne puisse dépasser, compte tenu des majorations forfaitaires, celui de 40. Toutefois les majorations forfaitaires spéciales ne sont allouées qu'en proportion du nombre des années d'assurance accomplies depuis l'âge de 25 ans par rapport au nombre d'années se situant entre cet âge et l'échéance du risque ;*

- une allocation de fin d'année de 66,80 € est allouée pour une carrière d'assurance complète de 40 années.

Aucune pension annuelle, ajustée au niveau de vie de 2015 et adaptée à l'indice du coût de la vie 775,17, ne peut être inférieure à 20.713,56 € lorsque l'assuré a couvert au moins un stage de 40 années d'assurance. Si l'assuré n'a pas accompli ce stage, mais justifie de 20 années d'assurance au moins, la pension minimum se réduit de 1/40e pour chaque année manquante. Pour une carrière d'assurance de 30 ans, la pension minimum s'élèverait à $20.713,56 \times 30/40 = 15.535,17\text{€}$. Pour autant que de besoin un complément est alloué.

Aucune pension annuelle ne peut être supérieure à 95.896,32 €. Le maximum cotisable est 115.377,84 € par an.

Les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie et pour l'année de base sont ajustées à l'évolution du niveau réel des salaires (facteur d'ajustement 1,424) et adaptées à l'évolution de l'indice du coût de la vie (nombre indice 775,17).

- B. 1. Il est fait usage du paragraphe 6 alinéa b.¹
 i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein
- B. 2. Le temps de base est l'année.
- C. Le montant du salaire annuel de 50.508,38 € est réduit au nombre indice 100 ($50.508,38 / 7,7517 = 6.515,78$) et adapté à l'année de base 1984 avec un coefficient d'ajustement ($6.515,78 / 1,433 = 4.546,95$).

Titre II de l'article 65

Calcul de la pension d'invalidité :

Âge de la personne	45
Nombre d'années de cotisations:	15
Nombre d'années jusqu'à 55 ans	10
Nombre d'années jusqu'à 65 ans	20
25-45	20
<u>Majorations proportionnelles</u>	1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation	83,30 (x15)
Montant total	1.249,50
<u>Majorations proportionnelles spéciales</u>	1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation	83,30 (x10)
Montant total (45-55=10 ans)	833,00
<u>Majorations forfaitaires</u>	497,02 / 40
Montant par année de cotisation	12,43 (x15)
Montant total	186,38
<u>Majorations forfaitaires spéciales</u>	497,02 / 40
Montant par année de cotisation	12,43 (x15)
Montant total (proportion 15/20x20)	186,38
<u>Allocation de fin d'année</u>	66,80 / 40
Montant par année de cotisation	1,67 (x15)
Montant total	25,05
<u>Total :</u>	2.480,31 (x 1,424)
Ajustée au niveau de vie 2015	3.531,96 (x 7,7517)
Adaptée au coût de la vie 2015	<u>27.378,70</u>

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

C. Montant de la prestation attribuée pendant le temps de base : 27.378,70 €
 E. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi : 5.288,64 €
 F. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'éventualité : 5.288,64 €

G. Pourcentage ($D + F = 32.667,35$) par rapport à la somme ($C + E = 55.797,02$) : 58,55%

Titre V de l'article 65

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

B. -

B. Renseignements sur la révision du montant de la prestation :

Titre VI de l'article 65

1. En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

2.

Période considérée	Indice du coût de vie (base : niveau de prix 1948)	Indice des gains (base : niveau de vie 1984)
A. Début de la période : 01.01.2015	775,17	1,426
B. Fin de période : 01.07.2016	775,17	1,433
C. Pourcentage A/B	100,0%	100,5%

3. Les prestations en cours de paiement ont été réajustées au 1^{er} janvier 2016 (+0,5%).
 La dernière tranche indiciaire (adaptation au coût de vie) date du 01.10.2013 (indice 775,17) et n'a pas changé depuis

Période considérée	Pour le bénéficiaire-type (prestation = pension mensuelle)	
A. Début de la période : 01.01.2015	2.281,57	pension attribuée en 2015
B. Fin de période : 01.07.2016	2.292,98	réajustement au 01.01.2016
C. Pourcentage A/B	100,5%	

D. -

E. L'assuré doit suivre jusqu'à l'âge de 50 ans, sous peine de suspension de la pension, les mesures de réhabilitation ou de reconversion qui peuvent être prescrites par la caisse de pension compétente sur proposition du contrôle médical de la sécurité sociale.

Article 57

1. Aura droit à la pension d'invalidité tout assuré atteint d'invalidité permanente qui fournira la preuve qu'il a été assuré pendant 12 mois au moins au cours des trois années précédant le début de l'invalidité. Aucun stage n'est requis si l'invalidité est due à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle.

Pour le calcul de la durée du stage voir sous Partie V.

Il est fait usage du paragraphe 1.a de l'article 57.

Article 58

A l'âge de 65 ans la pension d'invalidité se convertit en pension de vieillesse, sans que son montant ne puisse subir une diminution.

La pension d'invalidité sera suspendue tant que l'assuré âgé de moins de 50 ans refuse sans motif légitime de se soumettre aux mesures de réhabilitation ou de reconversion prescrites par la caisse de pension.

Les pensions sont suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois. Dans ce cas la pension est versée aux membres de famille qui, en cas de décès du titulaire, auraient droit à une pension de survie, pourvu qu'ils habitent le Luxembourg et que la pension du titulaire ait servi à les entretenir d'une façon appréciable.

Les pensions d'invalidité ne sont pas dues si l'assuré a provoqué l'invalidité, soit intentionnellement, soit dans l'accomplissement d'un crime.

Partie X

PRESTATIONS DE SURVIVANTS

Article 60

1. Non

2. Lorsque la pension de survie dépasse ensemble avec les revenus personnels du bénéficiaire le montant mensuel de 260,625 € (indice 100), elle est réduite à raison de 30% du montant des revenus personnels, à l'exclusion de ceux représentant la différence entre la pension de survie et le montant précité au cas où la pension de survie est inférieure à ce montant. Le montant prévisé est augmenté de 12% pour chaque enfant ouvrant droit à une pension d'orphelin. Sont pris en compte au titre des revenus personnels les revenus professionnels et les revenus de remplacement (indemnités pécuniaires de maladie, de maternité, de chômage) dépassant un montant de 115,8333 (indice 100) et les pensions dues au titre d'un régime légal de sécurité sociale.

Article 61

A. Il est fait usage de l'alinéa a.

B. Sont protégées toutes les personnes qui exercent une activité salariée.

C. Renseignements statistiques :

Titre I de l'article 74

A. *Nombre des salariés protégés en 2015*

<i>i. en vertu du régime général :</i>	370.027
<i>ii. en vertu des régimes spéciaux des fonctionnaires :</i>	28 992
<i>iii. Total :</i>	399.019

B. *Nombre total des salariés en 2015 :* 399.019

C. *Pourcentage du total des salariés protégés (A.iii) par rapport au total des salariés (B): 100%*

D. -

Article 62

A. Il est fait usage de l'article 65.

Titre I de l'article 65

A. *La pension de survivant annuelle à l'indice 100 se compose*

- *de trois quarts des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales;*
- *de la totalité des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales*
- *auxquelles l'assuré ou le pensionné décédé avait ou aurait eu droit.*

La pension d'orphelin annuelle à l'indice 100 se compose

- *d'un quart des majorations proportionnelles et des majorations proportionnelles spéciales;*
- *d'un tiers des majorations forfaitaires et des majorations forfaitaires spéciales auxquelles l'assuré ou le pensionné décédé avait ou aurait eu droit.*

Le complément pension minimum est alloué à raison de trois quarts pour le conjoint survivant et à raison d'un quart pour l'orphelin.

B. 1. *Il est fait usage du paragraphe 6 alinéa b.1*

i – ii : salaire moyen suivant définition élargie OCDE, salaire moyen des travailleurs du secteur B à N (nace rév. 2) temps plein

B. 2. Le temps de base est l'année.

C. Le montant du salaire annuel de 50.508,38 € est réduit au nombre indice 100 (50.508,38 / 7,7517 = 6.515,78) et adapté à l'année de base 1984 avec un coefficient d'ajustement (6.515,78 / 1,433 = 4.546,95).

Titre IV de l'article 65

Calcul des prestations aux survivants :

Nombre d'années de cotisations:	15
Nombre d'années jusqu'à 55 ans	10
Nombre d'années jusqu'à 65 ans	20
25-45 ans	20

Survivant

<u>Majorations proportionnelles</u>		1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation		83,30 (x15)
Montant total		1.249,50
Montant survivant	75%	937,13
<u>Majorations proportionnelles spéciales</u>		1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation		83,30 (x10)
Montant total (45-55=10 ans)		833,00
Montant survivant	75%	624,75
<u>Majorations forfaitaires</u>		497,02 / 40
Montant par année de cotisation		12,43 (x 15)
Montant total		186,38
<u>Majorations forfaitaires spéciales</u>		497,02 / 40
Montant par année de cotisation		12,43 (x 15)
Montant total (proportion 15/20x20)		186,38
<u>Allocation de fin d'année</u>		66,80 / 40
Montant par année de cotisation		1,67 (x 15)
Montant total		25,05
<u>Total pension survivant</u>		1.959,69 (x 1,424)
Ajustée au niveau de vie 2015		2.790,60 (x 7,7517)
Adaptée au coût de la vie 2015		<u>21.631,88</u>

Orphelins

<u>Majorations proportionnelles</u>		1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation		83,30 (x 15)
Montant total		1.249,50
Montant orphelin	25%	312,38
<u>Majorations proportionnelles spéciales</u>		1,832% x 4.546,95
Montant par année de cotisation		83,30 (x10)
Montant total		833,00
Montant orphelin	25%	208,25
<u>Majorations forfaitaires</u>		497,02 / 40
Montant par année de cotisation		12,43 (x 15)
Montant total		186,38
	33,33%	62,13

¹ Cet alinéa est celui qui se rapproche le plus de la sélection effectuée. Toutefois, le salaire moyen a été calculé sur l'ensemble des travailleurs appartenant aux secteurs repris sous i-ii.

<u>Majorations forfaitaires spéciales</u>		497,02 / 40
Montant par année de cotisation		12,43 (x 15)
Montant total		186,38
	33,33%	62,13
<u>Allocation de fin d'année</u>		66,80 / 40
Montant par année de cotisation		1,67 (x 15)
Montant total		25,05
	33,33%	8,35
<u>Total pensions orphelins</u>		653,24 x2 = 1.306.48 (x 1,424)
Ajustée au niveau 2015		1.860,43 (x 7,7517)
Adaptée indice 775,17		<u>14.421,50</u>
Pension totale survivants :		36.053,38

Ne dépasse pas les limites de l'article 219 du Code la sécurité sociale, donc pas de réduction.

D. Montant de la prestation accordée pendant le temps de base :	41.342,02 €
E. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'emploi :	5.288,64 €
F. Montant des allocations familiales attribuées pendant l'éventualité :	5.288,64 €

G. Pourcentage que représente la somme D + F (= 41.342,02) par rapport à la somme C + E (= 55.797,02) : 74,10%

Titre V de l'article 65

D. et G. La législation luxembourgeoise ne fait pas de différence entre la femme salariée et l'homme salarié ni du point de vue du salaire ni du point de vue des prestations.

C. Renseignements sur la révision du montant des prestations :

Titre VI de l'article 65

1. En vue d'assurer le maintien du pouvoir d'achat, les pensions calculées à l'indice 100 du coût de la vie sont adaptées au coût de la vie. L'adaptation automatique est déclenchée si pour la période semestrielle écoulée la variation de l'indice se chiffre à 2,5% par rapport à la cote d'échéance précédente. En dehors de l'adaptation au coût de la vie, les pensions sont réajustées annuellement à l'évolution du niveau réel des salaires (augmentation du pouvoir d'achat). En fonction de la situation financière du régime de pension, le réajustement pourra ou devra le cas échéant être réduit ou neutralisé par voie législative.

2.

Période considérée	Indice du coût de vie (base : niveau de prix 1948)	Indice des gains (Base : niveau de vie 1984)
A. Début de la période : 01.01.2015	775,17	1,426
B. Fin de période : 01.07.2016	775,17	1,433
C. Pourcentage A/B	100,0%	100,5%

3. Les prestations en cours de paiement ont été réajustées au 1^{er} janvier 2016 (+0,5%). La dernière tranche indiciaire (adaptation au coût de vie) date du 01.10.2013 (indice 775,17) et n'a pas changé depuis.

Période considérée	Pour les bénéficiaires-type (prestation = pensions mensuelle)	
A. Début de la période : 01.01.2015	3.004,44	pensions attribuées en 2015
B. Fin de période : 01.07.2016	3.019,46	réajustement au 01.01.2016
C. Pourcentage A/B	100,5%	

Article 63

1. Les survivants ont droit aux prestations prévues en leur faveur si le défunt au moment de son décès a été assuré pendant 12 mois au cours des trois années précédant le décès ou si le défunt était titulaire d'une pension.

L'accomplissement du stage n'est pas requis si le décès est imputable à un accident de quelque nature que ce soit ou à une maladie professionnelle. Pour le calcul de la durée d'assurance voir sous Partie V.

2. Il est fait usage du paragraphe 1. a de l'article 63.

Article 64

La pension de survivant est accordée pendant toute la durée de l'éventualité jusqu'au décès ou au remariage.

La pension d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans. Elle sera payée également après l'expiration de la 18^e année mais au maximum jusqu'à l'accomplissement de la 27^e année, si l'enfant est empêché de gagner sa vie par suite de la préparation scientifique ou technique à sa future profession.

Les pensions seront suspendues pendant l'exécution d'une peine privative de liberté supérieure à un mois; dans ce cas la pension sera versée aux membres de famille auxquels le titulaire devait l'entretien.

Les pensions de survivants sont également suspendues dans les hypothèses prévues aux points e) et f) de l'article 68. Elles ne sont pas suspendues dans l'hypothèse prévue au paragraphe j) de l'article 68.

PARTIE XI

CALCUL DES PAIEMENTS PÉRIODIQUES

Voir sous Parties II à X.

PARTIE XII

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 69

1. Tout requérant a le droit de former appel en cas de refus de la prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité. Le recours doit être formé devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans un délai de 40 jours à dater de la notification de la décision du comité directeur de l'institution compétente, sous peine de forclusion. La requête doit énoncer l'objet de la demande et l'exposé sommaire des moyens. L'appel contre la décision du Conseil arbitral devra être interjeté, sous peine de forclusion, dans les 40 jours de la date de la notification de la décision du Conseil arbitral devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale.

En matière d'octroi des indemnités de chômage, une demande en réexamen contre les décisions prises par l'Agence pour le développement de l'emploi est ouverte auprès d'une commission spéciale dans les 40 jours suivant la notification de la décision. L'appel contre les décisions de la commission spéciale est porté devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale.

2. -

Article 70

1.

Parties II, III et VIII

Le taux de cotisation pour l'assurance maladie-maternité est fixé de manière à couvrir toutes les charges de l'assurance maladie-maternité, y compris la dotation à la réserve et le remboursement à la Mutualité des employeurs des charges résultant du remboursement de 80% des salaires versés par les employeurs aux salariés en congé de maladie.

Le taux de cotisation pour le financement des soins de santé est fixé à 5,60% du revenu professionnel et pour le financement des indemnités pécuniaires de maladie et de maternité il est majoré de 0,5%.

Le taux de cotisation est refixé par le comité directeur de la CNS avec effet au premier janvier de l'année pour laquelle le budget fait apparaître que le montant de la réserve se situe en dehors des limites prévues par la loi. Si le comité directeur n'a pas refixé le taux au 1er décembre, celui-ci est arrêté par le ministre ayant dans ses attributions la sécurité sociale. Le taux de cotisation refixé est publié au Mémorial.

Les cotisations sont par parts égales à charge des employeurs et des salariés.

Le *minimum cotisable* mensuel est constitué par le salaire social minimum. Ce minimum est augmenté de 30% pour le groupe des bénéficiaires de pension en ce qui concerne les soins de santé. En cas d'occupation à temps partiel, le minimum cotisable est réduit proportionnellement en fonction de la durée de l'occupation par rapport à une occupation normale de 173 heures par mois. Le *maximum cotisable* annuel est constitué par le quintuple des douze salaires sociaux minima.

Le minimum cotisable s'élève à 1.922,96 € et pour les bénéficiaires de pension à 2.499,85 €. Toutefois, si les pensions ou rentes n'atteignent pas le minimum prévu, le bénéficiaire ne doit la cotisation que jusqu'à concurrence du montant effectif de sa pension, le restant étant à charge de l'organisme débiteur de la pension ou rente.

Le maximum cotisable s'élève à 9.614,82 €.

L'Etat supporte 40% des cotisations.

Partie IV

Les indemnités de chômage sont prises en charge par un Fonds pour l'emploi qui est alimenté par les ressources suivantes :

- Une cotisation spéciale à charge des employeurs du secteur privé. Cette cotisation spéciale est due pour les années d'alimentation du fonds pour l'emploi. Actuellement le taux de cette cotisation spéciale est fixé à 0% des salaires ou rémunérations cotisables.
- Des impôts de solidarité prélevés moyennant des majorations, d'une part, de l'impôt sur le revenu des personnes physiques et, d'autre part, de l'impôt sur le revenu des collectivités. La majoration d'impôt faite sur les revenus des personnes physiques est actuellement de 7,2%, celle faite sur les revenus des collectivités est de 7%.
- Une contribution à charge des communes, répartie sur les collectivités locales moyennant une clé basée sur le produit de l'impôt commercial. Cette contribution est actuellement de 2%.
- Les huiles minérales légères et les gasoils destinés à l'alimentation des moteurs des véhicules circulant sur la voie publique et utilisés comme carburant sont soumis à un droit d'accise autonome additionnel dénommé contribution sociale.
- Une contribution à charge de l'Etat à fixer annuellement par la loi budgétaire.

Parties V, IX et X

En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les charges du régime général de pension sont couvertes par des cotisations. Le taux de cotisation global est fixé au pour chaque période de couverture sur base d'un bilan technique et de prévisions actuarielles établi par l'IGSS. Le bilan technique est actualisé au milieu de chaque période de couverture. Si ce bilan actualisé montre que le taux de cotisation global fixé initialement ne permet pas de respecter les conditions légales, le taux de cotisation global est refixé par loi spéciale pour une période de couverture de 10 ans.

Pour la période de couverture allant de 2013 à 2022, le taux de cotisation global est fixé à 24%. La charge des cotisations incombe par parts égales à l'employeur, au salarié et à l'Etat.

Le minimum cotisable est constitué par le salaire social minimum et le maximum cotisable par le quintuple dudit salaire (voir ci-dessus).

Partie VI

En dehors des revenus de placements et d'autres ressources diverses, le financement de l'assurance accident est assuré par des cotisations exclusivement à charge des employeurs. Le taux de cotisation, actuellement 1%, est uniforme pour tous les employeurs. Il est fixé annuellement pour l'exercice à venir sur base du budget de cet exercice de manière à couvrir les dépenses courantes à charge de l'Association d'assurance accident et à constituer la réserve.

Partie VII

Les ressources nécessaires au paiement des allocations familiales sont constituées pour moitié par des cotisations prises en charge par l'Etat et pour moitié par une contribution de l'Etat versée par avances mensuelles à la CNPF.

2. Les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles relèvent d'une branche spéciale.

3.

Parties acceptées	Ressources affectées à la protection des salariés et non salariés*, de leurs épouses et de leurs enfants (A) (1)	Cotisations d'assurance à la charge des salariés et non salariés protégés (B) (1)
	2015	2015
II - III – VIII ¹⁾	2.366.889.985,96	1.355.116.834,18
V - IX - X	3.782.461.902,42	1.515.417.451,62
Totaux	6.149.351.888,38	2.870.534.285,80

¹⁾ Le régime d'assurance maladie-maternité est un régime unique pour toutes les catégories socioprofessionnelles et se base sur le principe de la solidarité, les chiffres ne peuvent donc pas être répartis par branche.

4. Pourcentage : 46,68 %

5. L'Etat assume une garantie générale en ce qui concerne le service des prestations.

6. Les principales modifications intervenues au cours de la période couverte par le présent rapport peuvent être consultées dans les rapports généraux intermédiaires des années 2007 à 2015.

7. Pour faire face aux charges qui incombent à l'assurance maladie-maternité, la Caisse nationale de santé applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve qui ne peut être inférieure à 10%, ni supérieure à 20% du montant annuel des dépenses. En dehors des revenus de placement et d'autres ressources diverses, les ressources nécessaires sont constituées par des cotisations. Le budget global de l'assurance maladie-maternité est établi par la CNS en intégrant les budgets relatifs aux frais d'administration et aux frais de gestion du patrimoine des caisses de maladie du secteur public. Le budget est accompagné d'une programmation pluriannuelle indiquant de façon prospective l'évolution financière de l'assurance maladie.

Pour faire face aux charges qui incombent au régime général de pension, la Caisse nationale d'assurance pension applique le système de la répartition des charges par périodes de couverture de 10 ans avec constitution d'une réserve de compensation qui doit être supérieure à 1,5 fois le montant des prestations annuelles.

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

Pour faire face aux charges d'allocations familiales qui lui incombent, la Caisse nationale des prestations familiales applique le système de la répartition des charges avec constitution d'une réserve.

Le système de financement en matière de chômage est basé sur la fiscalisation. Outre les prestations en relation avec l'indemnisation des chômeurs complets et partiels et des préretraités, le Fonds pour l'emploi assure le financement d'un certain nombre de mesures de politique de l'emploi.

Article 71

Parties II, III et VIII

La Caisse nationale de santé est compétente pour la gestion de l'assurance maladie-maternité, à l'exception des affaires dévolues aux caisses de maladie du secteur public. Elle est placée sous la responsabilité d'un comité directeur qui est composé de :

- 5 délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés à l'exception du groupe des agents du chemin de fer
- 1 délégué des cheminots désigné par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés
- 1 délégué des salariés du secteur public désigné par le groupe des fonctionnaires et employés communaux de la Chambre des fonctionnaires et employés publics
- 1 délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics à l'exception du groupe des fonctionnaires et employés communaux
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture
- 5 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Les groupes des salariés et des employeurs désignent chacun un vice-président, appelés à suppléer le président dans les organes de la caisse. Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans tous les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non-salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés publics le comité directeur se compose :

- 6 délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics, à l'exception de ceux représentant les fonctionnaires et employés communaux
- 6 délégués des employeurs, désignés par le Gouvernement en Conseil.

Dans la Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux le comité directeur se compose :

- 6 délégués des assurés désignés par les membres de la Chambre des fonctionnaires et employés publics qui représentent les fonctionnaires et employés communaux
- 6 délégués des employeurs, désignés par le Syndicat intercommunal des villes et communes luxembourgeoises.

Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois le comité directeur se compose du chef d'entreprise ou de son représentant comme président et de 6 délégués des assurés, désignés par le groupe des agents du chemin de fer de la Chambre des salariés.

Il y a autant de délégués suppléants qu'il y a de délégués effectifs.

Lors de sa constitution, le comité directeur procède à l'élection en son sein d'un président et d'un vice-président. Le président et le vice-président sont élus alternativement et pour une période quinquennale par les délégués des assurés et les délégués des employeurs du comité directeur. Dans l'Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois il n'est procédé qu'à l'élection d'un vice-président par les membres assurés du comité directeur.

La Mutualité des employeurs a pour objet d'assurer les employeurs contre les charges salariales résultant de la continuation de la rémunération en cas de maladie. La gestion de la Mutualité incombe à un conseil d'administration comprenant :

- 6 délégués désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers
- 1 délégué de la Chambre d'agriculture
- 1 représentant des professions libérales, désigné par le ministre ayant dans ses attributions la Sécurité sociale sur proposition des organisations représentatives
- les présidents de la Caisse nationale de santé et du Centre commun de la sécurité sociale ou leurs délégués, représentant l'Etat.

Pour chaque délégué effectif, il y a un délégué suppléant. Le conseil d'administration désigne en son sein un président et un vice-président. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante.

Partie IV

La direction de l'Agence pour le développement de l'emploi se compose d'un directeur et de deux directeurs adjoints. Une commission de suivi créée auprès du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions est chargée d'assister le ministre dans l'accompagnement et l'évaluation de l'accomplissement des missions et attributions de l'Agence pour le développement de l'emploi.

A la demande du ministre, la commission de suivi lui rend des avis sur la mise en œuvre de la politique de promotion de l'emploi et les activités de l'Agence pour le développement de l'emploi ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement de celle-ci.

La commission de suivi se compose comme suit:

- 1 président;
- 1 représentant du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions;
- 1 représentant du ministre ayant l'Economie dans ses attributions;
- 1 représentant du ministre ayant la Formation professionnelle dans ses attributions;
- 1 représentant du ministre ayant la Lutte contre la pauvreté dans ses attributions;
- 1 représentant du ministre ayant l'Economie solidaire dans ses attributions;
- 3 représentants des organisations professionnelles des employeurs;
- 3 représentants des organisations syndicales.

La commission de suivi est nommée pour cinq ans.

Le président est nommé par le gouvernement en Conseil sur proposition du ministre ayant l'Emploi dans ses attributions. Les autres membres sont nommés par le ministre ayant l'Emploi dans ses attributions.

Les représentants des employeurs et des syndicats sont nommés sur proposition des organisations professionnelles des employeurs et des organisations syndicales les plus représentatives sur le plan national dans les secteurs privé et public.

Parties V, IX et X

Le comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat, nommé par le Grand-Duc de

- 8 délégués des salariés du secteur privé, désignés par la Chambre des salariés
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre de commerce
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre des métiers
- 1 délégué des non-salariés désigné par la Chambre d'agriculture
- 4 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce
- 1 délégué des employeurs désigné par la Chambre des métiers.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Un vice-président est élu alternativement et pour une période quinquennale par le groupe des salariés et le groupe des employeurs et non-salariés.

Les décisions sont prises à la majorité des voix. Dans les votes, chaque délégué dispose d'un nombre de voix pondéré en fonction du nombre des assurés relevant de la compétence des différentes chambres professionnelles et de leurs sous-groupes. Les délégués employeurs disposent, ensemble avec les délégués des assurés non-salariés, du même nombre de voix que les délégués des assurés salariés. Il en est de même pour le président. Le nombre de voix dont disposent les délégués employeurs et le président est recalculé au début de chaque séance du comité directeur en tenant compte des présences effectives.

Le Fonds de compensation a pour mission d'assurer la gestion de la réserve de compensation du régime général d'assurance pension. Le Fonds de compensation est placé sous la responsabilité d'un conseil d'administration qui se compose :

- du président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension et de trois membres désignés par le Gouvernement en Conseil
- de 4 membres délégués par les assurés
- de 4 membres délégués par les employeurs.
- pour chaque membre effectif il y a un membre suppléant.

La présidence du conseil d'administration est exercée par le président du comité directeur de la Caisse nationale d'assurance pension. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité absolue des voix exprimées. En cas de partage des votes, la voix du président ou de son remplaçant est prépondérante. Le conseil d'administration peut instituer des commissions et recourir au service d'experts.

Partie VI

Le comité directeur de l'Association d'assurance accident se compose en dehors du président, fonctionnaire de l'Etat nommé par le Grand-Duc, de :

- 7 délégués des employeurs désignés par la Chambre de commerce et par la Chambre des métiers
- 1 délégué des employeurs désigné par la Chambre d'agriculture
- 7 délégués des salariés du secteur privé désignés par la Chambre des salariés
- 1 délégué des salariés du secteur public désigné par la Chambre des fonctionnaires et employés publics.

Il y a autant de membres suppléants qu'il y a de membres effectifs.

Le comité directeur peut nommer en son sein des commissions auxquelles il peut confier l'accomplissement de certaines tâches ou l'exercice de certaines de ses attributions. Les délégués des salariés ont voix délibérative en matière de prestations et de prévention et voix consultative dans les autres matières. Le président et les délégués des employeurs ont voix délibérative dans toutes les matières. Les décisions sont prises à la majorité des voix. La voix du président prévaut en cas d'égalité des voix.

Partie VII

La gestion des prestations familiales incombe à la Caisse nationale des prestations familiales. La caisse est administrée et gérée par un comité directeur comprenant un représentant du ministre compétent en matière de prestations familiales qui exerce la fonction de président, 4 représentants des syndicats des salariés les plus représentatifs sur le plan national, 3 représentants des chambres professionnelles patronales et 1 représentant des professions libérales.

III.

Les institutions de sécurité sociale sont soumises à la haute surveillance du Gouvernement, laquelle s'exerce par l'Inspection générale de la sécurité sociale. L'autorité de surveillance veille à l'observation

des prescriptions légales, réglementaires, statutaires et conventionnelles ainsi qu'à la régularité des opérations financières. A cette fin, elle peut en tout temps contrôler ou faire contrôler la gestion des institutions de sécurité sociale. Celles-ci sont tenues de mettre en œuvre une gestion des risques et une assurance qualité appropriée suivant des critères prescrits par l'autorité de surveillance.

L'institution de sécurité sociale est tenue de présenter ses livres, pièces justificatives, valeurs et espèces, ainsi que les documents relatifs au contenu des livres et à la détermination des prestations, et de faire toutes autres communications que l'autorité de surveillance juge nécessaires à l'exercice de son droit de surveillance. Le procès-verbal des délibérations des organes de ces institutions est communiqué sans délai à l'autorité de surveillance.

Si une décision d'un organe d'une institution de sécurité sociale est contraire aux lois, règlements, conventions ou statuts, l'Inspection générale de la sécurité sociale peut en suspendre l'exécution par décision motivée jusqu'à décision du ministre de tutelle qu'elle saisit aux fins d'annulation. Les motifs de la suspension sont communiqués au président de l'institution concernée dans les 5 jours de la suspension; celui-ci peut, le cas échéant, présenter des observations endéans la quinzaine. Si l'annulation de la décision par le ministre n'intervient pas dans les 40 jours à partir de la communication au président, la suspension est levée.

Au cas où l'institution de sécurité sociale refuse de remplir les obligations lui imposées par les lois, règlements, statuts ou conventions, le ministre de tutelle peut après deux avertissements consécutifs, charger l'Inspection générale de la sécurité sociale de mettre à exécution les mesures prescrites par les lois, règlements, statuts et conventions aux frais de l'institution.

IV.

Aucune décision judiciaire concernant l'application du code n'a été rendue jusqu'ici.

V.

Annexes : Code de la sécurité sociale 2016 (envoyé par voie électronique)
 Rapport général de la sécurité sociale (envoyé par voie électronique)
 Paramètres sociaux