



Projet de règlement grand-ducal déterminant les conditions et modalités de l'assurance accident volontaire des exploitants agricoles, viticoles, horticoles et sylvicoles non soumis à l'assurance obligatoire.

Vu l'article 89 du Code de la sécurité sociale;

Vu l'avis de la Chambre d'Agriculture ;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. A condition qu'il s'agisse de personnes physiques non soumises à l'assurance accident obligatoire, les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs exploitant au minimum 3 hectares de terres agricoles, 0,10 hectare de vignobles, 0,50 hectare de forêts ou pépinières, 0,30 hectare de vergers ou 0,25 hectare de maraîchages peuvent s'assurer volontairement en présentant une demande écrite au Centre commun de la sécurité sociale.

Art. 2. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnelles survenus à partir du lendemain de la réception de la demande.

Elle est résiliée sur déclaration de l'assuré avec effet à la fin de l'exercice au cours duquel la déclaration est parvenue au Centre commun de la sécurité sociale.

L'assurance prend automatiquement fin le jour du décès de la personne ayant présenté la demande.

Art. 3. Chaque assuré volontaire est tenu de déclarer avant le 31 décembre de chaque année la surface exploitée en qualité de propriétaire ou de locataire, séparément pour les trois natures de culture prévues à l'article qui suit, sous peine d'exclusion de l'assurance.

Art. 4. Le montant annuel de la cotisation par hectare est fixé sur base, d'une part, des dépenses de l'exercice précédent à charge de l'assurance volontaire depuis le 1^{er} janvier 1998 et, d'autre part, de la surface totale déclarée par les assurés volontaires pour le même exercice et pondérée à l'aide des coefficients suivants :

- 1,0 pour les terres agricoles,
- 1,3 pour les forêts et les pépinières,
- 6,8 pour les vignobles, vergers et les maraîchages.

La fixation des cotisations incombe au comité directeur de l'Association d'assurance accident.

Art. 5. La cotisation à charge de l'assuré volontaire est toujours due pour un exercice entier, même si l'assurance ne couvre qu'une partie de l'année.

Elle est calculée en multipliant le montant visé à l'article 4 ci-dessus par la surface en hectares déclarée par l'assuré volontaire à la fin de l'année précédente.

Art. 6. A défaut de déclaration de la surface exploitée ou de paiement de la cotisation d'un exercice, l'assurance cesse d'office à la fin de cet exercice. Dans ce cas, l'assuré est exclu de l'assurance volontaire pendant l'exercice subséquent et n'y peut être réadmis qu'après avoir réglé intégralement sa dette de cotisation antérieure.

Art. 7. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

Le présent règlement remplace celui du 17 novembre 1997 déterminant les conditions et modalités de l'assurance volontaire en matière d'assurance accident agricole et forestière sur base de l'ancien article 86 du Code de la sécurité sociale. Il reprend la plupart des dispositions de ce règlement, tout en tenant compte de la modification du livre II du Code de la sécurité sociale dans le contexte de la réforme de l'assurance accident avec effet au 1^{er} janvier 2011.

Aux termes de l'article 88, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale, sont dispensées de l'assurance obligatoire les personnes exerçant à titre principal ou accessoire pour leur propre compte une activité ressortissant de la Chambre d'agriculture dans une exploitation dont la dimension économique n'atteint pas le seuil fixé en application de l'article 2, paragraphes (8) et (9) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural. Ce seuil a été fixé à 9.600 euros par an par règlement grand-ducal du 25 avril 2008. A noter que l'article 88, alinéa 3 autorise les personnes dispensées de se faire admettre sur demande à l'assurance accident obligatoire en même temps qu'à l'assurance maladie et à l'assurance pension, notamment si le revenu de l'exploitation d'un ou de plusieurs exercices passe en dessous du seuil.

L'article 89 du Code de la sécurité sociale dispose que les exploitants agricoles qui ne tombent pas sous l'assurance accident obligatoire peuvent s'assurer volontairement dans les conditions et modalités à déterminer par règlement grand-ducal. C'est la base légale habilitante du présent projet de règlement.

L'article 1^{er} du règlement grand-ducal du 17 novembre 1997 prévoyait que les personnes physiques exerçant une activité agricole, viticole, horticole ou sylvicole sur un ou plusieurs terrains d'une surface totale d'un demi-hectare au moins sans tomber sous l'obligation d'assurance pouvaient s'assurer volontairement. Reprenant en grande partie les termes de l'article 2 de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural, le nouvel article 1^{er} vise désormais les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs exploitant au minimum 3 hectares de terres agricoles, 0,10 hectare de vignobles, 0,50 hectare de pépinières, 0,30 hectare de vergers ou 0,25 hectare de maraîchages. Par rapport à la loi sur le développement rural, il convient toutefois de noter deux différences. D'une part, les pisciculteurs et les apiculteurs qui n'exercent pas leur activité sur une surface mesurable ne pourront pas s'assurer volontairement, étant donné que les cotisations sont calculées sur base du nombre d'hectares cultivés. D'autre part, le seuil de 0,50 hectare pour les pépinières sera étendu aux sylviculteurs.

Les articles 2 et 3 reprennent les dispositions prévues par les mêmes articles du règlement de 1997.

Quant à l'article 4, il convient de relever plusieurs différences par rapport à l'article 4 du règlement de 1997. D'une part, les coefficients, inscrits à l'ancien article 19 des statuts de l'Association d'assurance contre les accidents, section agricole et s'appliquant dans le cadre de cette section aux assurés obligatoires et volontaires, ont été arrondis pour être repris dans le nouveau règlement. En effet, les cotisations des assurés obligatoires seront désormais calculées non plus en fonction de la surface cultivée, mais sur base du revenu de

l'exploitation déterminé à l'aide de la notion de marge brute standard et il n'est guère indiqué de recalculer régulièrement les coefficients en tablant sur les dépenses et les surfaces relativement peu importantes dans les trois natures de culture de l'assurance volontaire. Les dépenses à prendre en charge par l'assurance volontaire se limiteront à celles occasionnées depuis sa création en 1997. Vu la suppression de la section agricole et de ses organes directeurs, la fixation des cotisations incombera à partir de 2011 au comité directeur de l'Association d'assurance accident.

Les deux premiers alinéas de l'article 5 reprennent les dispositions actuelles. A l'opposé de l'ancien, le nouveau règlement ne contient plus de règle concernant l'arrondi, étant donné que, depuis l'introduction de l'euro, l'article 428, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale dispose que « la cotisation individuelle est comptée en euros à deux décimales près, les fractions de cents étant arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros et vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros ».

En ce qui concerne l'article 6, il convient de noter qu'il reprend la solution actuelle en réduisant toutefois de trois à une année le délai pendant lequel l'assuré volontaire, exclu de l'assurance pour ne pas avoir rempli ses obligations de déclaration et de paiement, ne peut pas être réadmis à l'assurance volontaire.

Il ne semble pas nécessaire d'abroger par une disposition formelle du présent règlement celui du 17 novembre 1997 déterminant les conditions et modalités de l'assurance volontaire en matière d'assurance accident agricole et forestière, parce que ce règlement sera caduc au 1^{er} janvier 2011 ensemble avec l'article 86 du Code de la sécurité sociale sur base duquel il avait été pris.



Projet de règlement grand-ducal déterminant les modalités de fixation et de perception des cotisations de la Chambre d'agriculture

Vu la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective et notamment les articles 3 et 31 bis ;

Vu l'article 413, alinéa 1, sous 6) du Code de la sécurité sociale;

Vu l'avis de la Chambre d'Agriculture ;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural et de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1^{er}. Le revenu professionnel de l'exploitation agricole servant au calcul de la cotisation annuelle en faveur de la Chambre d'agriculture se détermine sur base des dispositions du règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003 concernant la détermination du revenu professionnel agricole cotisable en matière d'assurance maladie et d'assurance pension.

Art. 2. La cotisation en faveur de la Chambre d'agriculture est à charge du chef des exploitations agricoles pour lesquelles des cotisations de sécurité sociale ont été calculées le mois de mai de l'exercice en cause, à condition que le chef d'exploitation, assuré au sens de l'article 171, alinéa 1 sous 2) du Code de la sécurité sociale ou bénéficiaire de pension, soit à considérer comme exploitant agricole à titre principal en ce que la part du temps de travail consacré aux activités extérieures à l'exploitation agricole est inférieure à la moitié du temps de travail total de l'exploitant tout en ne dépassant pas 20 heures par semaine.

Art. 3. Sur base d'un taux fixé par la Chambre d'agriculture qui peut aussi déterminer une cotisation minimale, le Centre commun de la sécurité sociale calcule le montant de la cotisation annuelle à charge de l'exploitation agricole et l'intègre dans l'un des comptes cotisations mensuels au sens de l'article 428 du Code de la sécurité sociale adressé au chef d'exploitation. L'imputation des paiements ainsi que le recouvrement forcé et la prescription des cotisations s'effectuent conformément aux articles 429 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Art. 4. Le règlement grand-ducal du 12 octobre 1992 fixant certaines modalités de fixation et de perception des cotisations par la Chambre d'agriculture est abrogé.

Art. 5. Notre Ministre de l'Agriculture, de la Viticulture et du Développement rural et Notre Ministre de la Sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de

l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui s'applique à partir de l'exercice 2010.

Exposé des motifs

Dans le cadre du règlement grand-ducal du 12 octobre 1992 fixant certaines modalités de fixation et de perception des cotisations par la Chambre d'agriculture, le Centre commun de la sécurité sociale calcule les cotisations pour la Chambre d'agriculture sur l'assiette de cotisations pour l'assurance maladie et l'assurance pension (ainsi qu'à partir de 2011 également pour l'assurance accident). Constituée par le revenu de l'exploitation agricole déterminé forfaitairement à l'aide de la notion de marge brute standard, cette assiette sert au calcul des cotisations en faveur de la Chambre d'agriculture, ceci conformément à l'article 31 bis de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective. Le Centre commun applique le taux déterminé par la Chambre d'agriculture et la cotisation minimum fixée actuellement à 25 euros, mais c'est la Chambre d'agriculture qui procède à la perception des cotisations en enregistrant les paiements sur son propre compte bancaire.

Le présent règlement entend aller un pas plus loin, en intégrant la perception des dites cotisations dans le système général de la perception des cotisations de sécurité sociale à l'instar des cotisations pour la Chambre des salariés.

Tout comme le règlement de 1992 qu'il remplace, l'article 1^{er} renvoie aux dispositions réglementaires précisant la détermination en principe forfaitaire du revenu de l'exploitation agricole, en l'occurrence au règlement grand-ducal modifié du 6 juin 2003, modifié par celui du 30 avril 2004.

Comme en vertu de l'article 31, paragraphe (1), sous a) de la loi modifiée du 4 avril 1924 portant création de chambres professionnelles à base élective seuls les exploitants agricoles à titre principal ont la qualité d'électeurs de la Chambre d'agriculture, le nouvel article 2 reprend la définition inscrite au deuxième tiret de l'article 2, paragraphe (6) de la loi modifiée du 18 avril 2008 concernant le renouvellement du soutien au développement rural. Ne peut donc pas être considéré comme exploitant à titre principal, celui qui consacre la moitié de son temps de travail ou 20 heures par semaine ou davantage aux activités extérieures à l'exploitation agricole. En revanche, les quelque 150 bénéficiaires d'une pension de vieillesse continuant l'activité professionnelle en qualité de chef d'exploitation cotiseront tout comme par le passé à la Chambre d'agriculture, étant donné que le nouvel article 31, paragraphe (1) sous c) de la loi du 4 avril 1924 dans la teneur de la loi du 13 mai 2008 portant introduction du statut unique désigne comme électeurs de la Chambre d'agriculture les bénéficiaires de pension au titre d'une activité agricole et n'appartenant pas à une autre profession.

Par ailleurs, le nouvel article 2 limite le cercle des débiteurs de la cotisation annuelle aux « exploitations agricoles pour lesquelles des cotisations de sécurité sociale ont été calculées le mois de mai de l'exercice en cause ». De ce fait, seules les exploitations agricoles obligées de payer au courant du mois de juillet les cotisations d'assurance maladie, accident et pension se rapportant au mois de mai seront tenues au paiement de la cotisation annuelle en faveur de la Chambre d'agriculture. En seront donc exemptées celles qui ont arrêté leur activité avant le mois de mai ainsi que celles dispensées de l'assurance obligatoire en matière de sécurité sociale parce que leur revenu reste inférieur au seuil légal (cf. p. ex. article 5, alinéa 2 et 3 du Code de la sécurité sociale, dont la teneur changera avec effet au 1^{er} janvier 2011 par l'effet de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident).

Entièrement nouveau, l'article 3 règle l'intégration de la perception des cotisations de la Chambre d'agriculture dans le système de perception commune des cotisations de sécurité sociale. A noter que la cotisation en faveur de la Chambre d'agriculture sera normalement mise en compte sur l'extrait de compte envoyé en juillet aux débiteurs des cotisations de sécurité sociale se rapportant au mois de mai.



Projet de règlement grand-ducal portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 119 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 119, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture, de la Chambre des Salariés et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Pour les assurés qui présentent un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent le capital de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément est obtenu en multipliant l'indemnité annuelle à la date de la consolidation par le facteur de capitalisation correspondant à l'âge du bénéficiaire à cette date figurant en annexe au présent règlement et en faisant partie intégrante.

Art. 2. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Annexe

Facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément en cas de taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent

Age	Hommes	Femmes	Age	Hommes	Femmes
0	23,6631	24,1445	50	15,8362	17,7768
1	23,7083	24,2095	51	15,5096	17,4997
2	23,6522	24,1675	52	15,1834	17,2234
3	23,5883	24,1125	53	14,8582	16,9482

4	23,5102	24,0668	54	14,5214	16,6629
5	23,4349	24,0195	55	14,1726	16,3673
6	23,3567	23,9586	56	13,8248	16,0608
7	23,2816	23,8953	57	13,4787	15,7306
8	23,1912	23,8294	58	13,1343	15,4134
9	23,1035	23,7671	59	12,7505	15,0718
10	23,0060	23,6961	60	12,3813	14,7305
11	22,9110	23,6285	61	11,9997	14,3898
12	22,8058	23,5520	62	11,6639	14,0239
13	22,6964	23,4724	63	11,2733	13,6449
14	22,5960	23,3961	64	10,9000	13,2929
15	22,4918	23,3235	65	10,5147	12,8875
16	22,3698	23,2347	66	10,1481	12,5239
17	22,2500	23,1492	67	9,7703	12,1333
18	22,1398	23,0535	68	9,4129	11,7151
19	22,0255	22,9609	69	9,0455	11,3117
20	21,9145	22,8787	70	8,6999	10,9095
21	21,7920	22,7794	71	8,3446	10,5101
22	21,6727	22,6689	72	7,9961	10,0815
23	21,5492	22,5759	73	7,6378	9,6387
24	21,4294	22,4647	74	7,2863	9,2284
25	21,3055	22,3492	75	6,9418	8,7893
26	21,1608	22,2215	76	6,5881	8,3686
27	21,0276	22,1196	77	6,2772	7,9517

28	20,8728	21,9906	78	5,9396	7,5215
29	20,7295	21,8486	79	5,6100	7,1119
30	20,5635	21,7251	80	5,3067	6,6900
31	20,3914	21,5806	81	5,0317	6,2898
32	20,2219	21,4306	82	4,7490	5,8950
33	20,0555	21,2998	83	4,4762	5,5425
34	19,8549	21,1302	84	4,2317	5,1797
35	19,6658	20,9625	85	3,9809	4,8057
36	19,4697	20,8057	86	3,7023	4,5117
37	19,2763	20,6252	87	3,5081	4,1909
38	19,0357	20,4377	88	3,2896	3,8973
39	18,8163	20,2704	89	3,0824	3,6306
40	18,5781	20,0595	90	2,8872	3,3365
41	18,3313	19,8688	91	2,6854	3,1070
42	18,0963	19,6611	92	2,4919	2,8309
43	17,8419	19,4456	93	2,3245	2,5781
44	17,5779	19,2315	94	2,1500	2,3093
45	17,3042	19,0096	95	1,9195	2,0178
46	17,0204	18,7687	96	1,6314	1,6712
47	16,7373	18,5396	97	1,2021	1,2133
48	16,4439	18,2808	98	0,9963	1,0027
49	16,1397	18,0333	99	0,5417	0,5417
			100	0,0000	0,0000

Exposé des motifs

Suite au vote de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, le présent règlement grand-ducal a pour objet de définir les facteurs de capitalisation prévus au nouvel article 119, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2011 et devant permettre le calcul du capital alloué à titre d'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément par l'assurance accident aux assurés qui présentent suite à un accident du travail ou une maladie professionnelle un taux d'incapacité permanente inférieur ou égal à vingt pour cent.

Il s'agit des mêmes facteurs de capitalisation que ceux figurant dans le règlement grand-ducal du 26 février 2004 portant détermination des facteurs de capitalisation prévus à l'article 113 du Code des assurances sociales et qui étaient appliqués jusqu'à présent par l'Association d'assurance accident pour le calcul du montant du rachat des rentes des accidentés du travail. Le taux d'intérêt technique de 4% appliqué dans le calcul de ces facteurs de capitalisation a donc également été repris.

La distinction entre les deux sexes au niveau des facteurs de capitalisation à utiliser pour le calcul du montant du rachat des rentes des accidentés du travail est conforme à la directive 96/97 CE du Conseil du 20 décembre 1996 modifiant la directive 86/378/CEE relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitements entre hommes et femmes dans les régimes professionnels de sécurité sociale. Cette directive prévoit explicitement que les bases du calcul actuariel peuvent varier suivant le sexe.



Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 120 du Code de la sécurité sociale

Vu l'article 120 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer les douleurs physiques endurées jusqu'à la consolidation sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit :

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités
1	très léger	88 €
2	léger	175 €
3	modéré	438 €
4	moyen	1.095 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 2. Les forfaits mentionnés à l'article 1^{er} indemnisent les souffrances physiques et morales ressenties par l'assuré avant la consolidation. Ils ne tiennent pas compte des douleurs durables persistant après la consolidation qui nécessitent un traitement régulier et qui obligent l'assuré à modifier définitivement certains gestes professionnels, lesquelles sont réparées par l'allocation de l'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément définitif. La simple dépose du matériel d'ostéosynthèse après la consolidation ne donne pas droit à un nouveau dommage moral.

Art. 3. L'évaluation des douleurs physiques endurées se fait par les médecins et experts au moment de la consolidation par référence à plusieurs facteurs d'appréciation parmi les critères suivants:

- nature et gravité du traumatisme initial;
- nature, siège et étendue des lésions initiales;
- nature et durée du traitement hospitalier et ambulatoire;
- durée d'hospitalisation et secteur d'hospitalisation;

- nature et fréquence des complications;
- nature et durée du traitement médicamenteux;
- nature et nombre des examens complémentaires nécessitant des manipulations pénibles ;
- transports répétés et pénibles.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après :

1	très léger	une journée d'hospitalisation en observation; suture d'une petite plaie; entorse bénigne sans immobilisation; traitement antalgique de plusieurs jours; contusions multiples.
2	léger	durée d'hospitalisation de moins de deux semaines; suture de plusieurs plaies; traumatisme crânien avec perte de connaissance prolongée; fracture ou entorse non compliquée, traitée par immobilisation de moins de six semaines; fracture non déplacée du crâne, fracture des os de la face non opérée; arthroscopie, ponctions articulaires répétées; fracture de couronnes dentaires ne nécessitant pas le remplacement des couronnes.
3	modéré	durée d'hospitalisation entre deux semaines et un mois; traitement d'une ulcération cutanée ou oculaire pendant plusieurs semaines; sutures tendineuses avec immobilisation; chirurgie oculaire; traumatisme crânien avec hémorragie cérébrale non opéré; laparotomie pour hémorragie abdominale; splénectomie; luxation d'épaule avec fracture de la glène, réduite sous anesthésie générale; fracture osseuse d'un membre nécessitant une ostéosynthèse; fracture vertébrale immobilisée par corset ou ostéosynthèse; plusieurs fractures traitées orthopédiquement; fracture de la face opérée; fracture de mâchoire traitée par blocage intermaxillaire.
4	moyen	durée d'hospitalisation entre un et deux mois; brûlures ou délabrement cutané nécessitant plusieurs greffes cutanées sur une surface avoisinant 10% de la surface corporelle; traumatisme crânien grave ayant nécessité une intervention chirurgicale; pseudarthrose ou fracture complexe des membres ayant nécessité plusieurs interventions chirurgicales; fixateurs externes en place pendant plus de 4 semaines; traumatisme thoracique grave avec volet thoracique nécessitant un drainage de plusieurs jours; séjour dans une unité de réanimation intensive pendant moins de deux

		mois, trachéotomie.
5	assez important	durée d'hospitalisation entre deux et six mois; traumatisme crânien grave avec ou sans embarrure nécessitant une intervention chirurgicale intracrânienne ayant laissé des séquelles neurologiques ou psychiques; fracture du rachis avec paraplégie nécessitant un séjour prolongé dans un centre de rééducation spécialisé; polytraumatisme avec fracture de plusieurs segments osseux; évolution d'une fracture vers une ostéite nécessitant plusieurs interventions chirurgicales ou un traitement ambulatoire long et régulier; fractures associées à des lésions vasculo-nerveuses nécessitant des greffes; traumatisme thoraco-abdominale avec lésions des organes internes nécessitant des résections ou réparations chirurgicales.
6	important	durée d'hospitalisation entre six et dix-huit mois; traumatisme crânien très grave laissant des séquelles neurologiques et psychiatriques avec perte de l'autonomie; tétraplégie; traumatisme thoraco-abdominal avec un traitement chirurgical lourd laissant des séquelles respiratoires et digestives graves; brûlures étendues nécessitant de nombreuses greffes cutanées et transfert dans un centre des grands brûlés.
7	très important	durée d'hospitalisation de plus de dix-huit mois; séquelles gravissimes dépassant les cas décrits dans les degrés précédents; séquelles nécessitant des séjours hospitaliers réguliers pendant des années dans des centres spécialisés ou des traitements pénibles à vie comme la dialyse rénale.

Art. 4. Les forfaits alloués par l'Association d'assurance accident en vue de réparer le préjudice esthétique sont fixés au nombre indice cent du coût de la vie comme suit :

Echelle	Préjudice esthétique	Indemnités
1	très léger	58 €
2	léger	146 €
3	modéré	365 €
4	moyen	1.022 €
5	assez important	2.189 €
6	important	3.649 €
7	très important	7.297 €

Art. 5. Les forfaits mentionnés à l'article 4 indemnisent le dommage subi par l'assuré en raison de l'altération de son image personnelle et de la manière dont il ressent le regard des autres.

Art. 6. Pour les cicatrices, l'évaluation se fait par référence aux critères suivants :

- nombre, localisation et dimension;
- orientation, coloration et relief;

- douleur spontanée ou provoquée;
- adhérence aux tissus sous-jacents;
- exposée au regard des autres ou cachée par les vêtements.

Les médecins et experts tiennent notamment compte des éléments d'orientation repris dans le tableau ci-après :

1	très léger	cicatrice de bonne qualité, peu visible ou cachée par les vêtements; décoloration dentaire; légère boiterie; légère déformation après une fracture.
2	léger	cicatrice de bonne qualité, bien visible de près; amputation d'une phalange.
3	modéré	troubles de la mobilité oculaire; inégalité pupillaire; cicatrices disgracieuses du nez, de la bouche; troubles de la mimique; séquelles de paralysie faciale; trachéotomie de bonne qualité; amputation de plusieurs doigts; marche en permanence avec 2 cannes.
4	moyen	plusieurs cicatrices très disgracieuses de la face; plusieurs cicatrices thoraco-abdominales de mauvaise qualité; amputation de la main avec prothèse; amputation appareillée de la cuisse permettant une marche sans aide; anus artificiel; édentition non prothésée.
5	assez important	amputation non prothésée d'un bras; amputation de cuisse appareillée avec grandes difficultés à la marche; paraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante.
6	important	cicatrices de brûlures de 3 ^{ème} ou 4 ^{ème} degré étendues sur tout le corps; cicatrices et déformations faciales entravant le contact social; tétraplégie nécessitant un déplacement en chaise roulante électrique; plusieurs amputations de segments de membres rendant impossible le contact social.
7	très important	tétraplégie ventilée; défiguration ou déformations générant habituellement la répulsion.

Art. 7. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui sera publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Exposé des motifs

L'article 120 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux dispositions de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que 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 sept mille cinq cents euros au nombre indice cent du coût de la vie, soit 53.988 euros à l'indice 719,84.

Conformément à l'exposé des motifs du projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident, l'indemnité allouée à titre de *pretium doloris* est destinée à réparer le dommage causé par les douleurs physiques spécifiques au type de blessures encourues ainsi que celles causées par les traitements chirurgicaux et thérapeutiques que leur guérison a nécessités. Les douleurs qui peuvent subsister au-delà de la date de consolidation des lésions sont indemnisées dans le cadre de l'atteinte définitive à l'intégrité physique. L'indemnité allouée à titre de préjudice esthétique est destinée à réparer la répercussion d'une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez la victime une altération de l'image qu'en ont les autres et une altération de l'image de soi.

L'évaluation de ces deux préjudices est faite *in concreto* par les médecins. Pour le préjudice moral, ils décrivent en détail les blessures subies et les soins nécessités pour évaluer le degré des souffrances endurées compte tenu de la situation personnelle de la victime, l'évolution d'une lésion et le ressenti des douleurs variant d'une personne à l'autre. Pour le préjudice esthétique, l'évaluation se fait en fonction des séquelles laissées par la blessure.

Comme en droit commun, les échelles retenues sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale vont de 1 à 7 (où 1 correspond à des douleurs qualifiées de très légères et 7 à des souffrances très importantes) pour qualifier les souffrances endurées et le préjudice esthétique. Les forfaits proposés sont également inspirés de ceux alloués en droit commun. Si certains montants du préjudice esthétique diffèrent quelque peu de ceux proposés dans l'exposé des motifs du projet de loi, c'est qu'il a été jugé que les montants initialement proposés étaient insuffisants pour indemniser les séquelles importantes correspondant aux échelles 5, 6 et 7.



Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 130 et 131 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les bénéficiaires d'une rente de survie, à savoir le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de trois mille six cent quarante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 2. Les père et mère de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de deux mille cent quatre-vingt-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 3. Toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins a droit à un forfait de mille quatre cent cinquante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 4. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

L'article 130 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux dispositions de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, 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 à l'indemnisation du dommage moral. Il précise en son alinéa 2 que l'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit et que le forfait ne saurait dépasser 4.400 € au nombre indice cent du coût de la vie, soit 31.673 € à l'indice 719,84 par survivant.

Il résulte de l'exposé des motifs ainsi que du commentaire des articles du projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident qu'il était envisagé d'allouer à titre d'indemnisation du préjudice moral subi par les survivants un forfait de 25.000 € aux bénéficiaires d'une rente de survie et aux autres ayants droits des forfaits de 2.000 €, 5.000 € ou 15.000 €, montants exprimés à l'indice 685,17 applicable à l'époque du dépôt du projet de loi, selon que les liens ayant existé avec l'assuré décédé seraient jugés avoir été peu étroits, étroits ou très étroits.

Si le présent projet de règlement grand-ducal propose d'allouer à chaque bénéficiaire d'une rente de survie un forfait de 3.649 € à l'indice cent (soit 26.267 € à l'indice 719,84), montant inspiré des sommes allouées au même titre en droit commun et envisagé par les auteurs du projet de loi, il propose d'admettre des liens très étroits entre l'assuré défunt et ses parents et d'allouer automatiquement à chacun des père et mère le forfait de 2.189 € à l'indice cent (soit 15.757 € à l'indice 719,84) envisagé par les auteurs du projet de loi pour de tels liens. Il est par ailleurs proposé d'admettre que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis au moins trois ans avait des liens étroits avec l'assuré et de lui allouer un forfait de 1.459 € à l'indice cent (soit 10.502 € à l'indice 719,84). Si l'approche ainsi adoptée diffère quelque peu de celle envisagée initialement, elle a toutefois incontestablement le mérite d'instaurer des critères clairement définis et d'éviter à l'Administration de devoir apprécier arbitrairement des liens ayant existé entre l'assuré défunt et les personnes introduisant une demande en indemnisation du dommage moral.



Projet de règlement grand-ducal fixant les forfaits prévus à l'article 130 du Code de la sécurité sociale

Vu les articles 130 et 131 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre de Commerce, de la Chambre des Métiers, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Fonctionnaires et employés publics;

Notre Conseil d'Etat entendu;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Les bénéficiaires d'une rente de survie, à savoir le conjoint survivant ou le partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats et les enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de trois mille six cent quarante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 2. Les père et mère de l'assuré décédé ont chacun droit à un forfait de deux mille cent quatre-vingt-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 3. Toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins a droit à un forfait de mille quatre cent cinquante-neuf euros au nombre indice cent du coût de la vie à titre d'indemnisation du dommage moral subi.

Art. 4. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

L'article 130 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale devant entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011 conformément aux dispositions de la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident dispose que si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, son conjoint survivant ou son partenaire au sens de l'article 2 de la loi du 9 juillet 2004 relative aux effets légaux de certains partenariats, 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 à l'indemnisation du dommage moral. Il précise en son alinéa 2 que l'indemnisation consiste dans des forfaits fixés par règlement grand-ducal compte tenu du droit à une rente de survie ou des liens ayant existé entre l'assuré et l'ayant droit et que le forfait ne saurait dépasser 4.400 € au nombre indice cent du coût de la vie, soit 31.673 € à l'indice 719,84 par survivant.

Il résulte de l'exposé des motifs ainsi que du commentaire des articles du projet de loi n°5899 portant réforme de l'assurance accident qu'il était envisagé d'allouer à titre d'indemnisation du préjudice moral subi par les survivants un forfait de 25.000 € aux bénéficiaires d'une rente de survie et aux autres ayants droits des forfaits de 2.000 €, 5.000 € ou 15.000 €, montants exprimés à l'indice 685,17 applicable à l'époque du dépôt du projet de loi, selon que les liens ayant existé avec l'assuré décédé seraient jugés avoir été peu étroits, étroits ou très étroits.

Si le présent projet de règlement grand-ducal propose d'allouer à chaque bénéficiaire d'une rente de survie un forfait de 3.649 € à l'indice cent (soit 26.267 € à l'indice 719,84), montant inspiré des sommes allouées au même titre en droit commun et envisagé par les auteurs du projet de loi, il propose d'admettre des liens très étroits entre l'assuré défunt et ses parents et d'allouer automatiquement à chacun des père et mère le forfait de 2.189 € à l'indice cent (soit 15.757 € à l'indice 719,84) envisagé par les auteurs du projet de loi pour de tels liens. Il est par ailleurs proposé d'admettre que toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis au moins trois ans avait des liens étroits avec l'assuré et de lui allouer un forfait de 1.459 € à l'indice cent (soit 10.502 € à l'indice 719,84). Si l'approche ainsi adoptée diffère quelque peu de celle envisagée initialement, elle a toutefois incontestablement le mérite d'instaurer des critères clairement définis et d'éviter à l'Administration de devoir apprécier arbitrairement des liens ayant existé entre l'assuré défunt et les personnes introduisant une demande en indemnisation du dommage moral.



Projet de règlement grand-ducal déterminant la procédure de déclaration des accidents et précisant la prise en charge de certaines prestations par l'assurance accident

Vu les articles 96, 98, 126 et 127 du Code de la sécurité sociale;

Vu les avis de la Chambre des Salariés, de la Chambre des Fonctionnaires et Employés publics, de la Chambre de Commerce, de la Chambre d'Agriculture et de la Chambre des Métiers ;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité sociale et après délibération du Gouvernement en conseil;

Arrêtons:

Art. 1er. Sauf en cas de circonstances exceptionnelles dûment motivées, tout assuré, victime d'un accident du travail ou de trajet, doit en aviser immédiatement son employeur ou le représentant de celui-ci.

Art. 2. L'employeur ou son représentant doit déclarer tout accident du travail à l'Association d'assurance accident en fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire prescrit et fait parvenir une copie de la déclaration à l'assuré.

Art. 3. Si un écolier, élève ou étudiant subit un accident dans le cadre d'un établissement d'enseignement, la déclaration incombe au bourgmestre ou au responsable de l'établissement ou à leur délégué. L'accident survenu dans le cadre d'une activité périscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité.

Les accidents survenus dans le cadre d'une autre activité visée à l'article 91 du Code de la sécurité sociale sont à déclarer par le responsable ou son délégué du service, de l'administration, de l'institution ou de l'association ayant organisé l'activité.

Art. 4. Sur réclamation écrite de la personne affirmant avoir été victime d'un accident dans le délai annuel prescrit par l'article 123 du Code de la sécurité sociale, l'Association d'assurance accident demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

Art. 5. Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet ou comme maladie professionnelle un accident ou une maladie déclaré conformément aux articles qui précèdent fait l'objet d'une décision du président ou de son délégué en vertu de l'article 146 du Code de la sécurité sociale. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident et portée à la connaissance de l'employeur ou de la personne ayant fait la déclaration.

Art. 6. Pour rémunérer le travail administratif effectué par les institutions d'assurance maladie, l'Association d'assurance accident verse une indemnité correspondant à trois pour cent des prestations avancées à la Caisse nationale de santé.

Art. 7. Si le médecin traitant estime que la période d'incapacité de travail totale ou la prestation en nature est imputable à un accident du travail, il indique le numéro de l'accident lui communiqué par l'assuré ou directement par l'Association d'assurance accident sur le certificat d'incapacité de travail, le mémoire d'honoraires, l'ordonnance ou tout autre document standardisé servant aux prescriptions médicales. Pendant les trois mois consécutifs à l'accident, il peut, à défaut de numéro, indiquer la date de l'accident.

Art. 8. Les dossiers sont clôturés d'office sans qu'un avis du Contrôle médical de la sécurité sociale et une décision n'aient à intervenir,

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

Art. 9. Si une prestation imputée initialement à l'assurance accident sur indication du médecin traitant est mise à charge de l'assurance maladie sur avis postérieur du Contrôle médical de la sécurité sociale ou inversement ou si l'assurance maladie a pris intégralement en charge une prestation en nature dans le cadre du système du tiers payant nonobstant la limitation dans le temps prévue à l'article 8, la Caisse nationale de santé peut soit renoncer à la récupération de la participation incombant éventuellement à l'assuré dans le cadre de l'assurance maladie, soit la déduire, en vertu de l'article 441 du Code de la sécurité sociale, du remboursement futur par l'assurance maladie de prestations en nature au même assuré.

Art. 10. Notre Ministre de la Sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Exposé des motifs

La loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident, dont le volet ayant trait aux prestations entre en vigueur le 1^{er} janvier 2011, insère dans le nouveau livre II du Code de la sécurité sociale un certain nombre de dispositions qui figuraient jusqu'ici dans le règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 déterminant la procédure de déclaration des accidents et d'attribution des prestations de l'assurance accident. Le présent règlement grand-ducal a pour objet de remplacer à partir du 1^{er} janvier 2011 le prédit règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 et en constitue partant une version allégée qui reprend avant tout les modalités de déclaration des accidents du travail et définit à l'article 8, conformément à l'article 126 du nouveau livre II du Code de la sécurité sociale, les délais de clôture d'office des dossiers. C'est à l'article 8 que l'on trouve la principale modification par rapport au règlement grand-ducal du 24 novembre 2005 en ce que la limite de clôture d'office de trois mois après l'accident est désormais non plus appliquée aux accidents ayant provoqué une incapacité de travail totale dépassant les trois jours consécutifs à l'accident, mais aux accidents ayant provoqué une incapacité de travail totale dépassant les huit jours consécutifs à l'accident, ce qui entraîne une simplification administrative dans la mesure où l'assuré ne doit désormais renvoyer un rapport médical circonstancié à l'Administration qu'après huit jours d'incapacité de travail. La limite de clôture d'office de neuf mois après la survenance de l'accident ayant entraîné une incapacité de travail totale plus importante a par ailleurs été relevée à douze mois. Elle ne s'applique pas lorsque sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, le dossier est à clôturer à une autre date par décision ou n'est pas à clôturer parce qu'en raison de la gravité des séquelles de l'accident l'assuré nécessitera toute sa vie des prestations en nature à charge de l'assurance accident.



Projet de règlement grand-ducal concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire.

Vu l'article 91, alinéa 1 sous 1) du Code de la sécurité sociale;

Notre Conseil d'Etat entendu ;

Sur le rapport de Notre Ministre de la Sécurité Sociale, Notre Ministre de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, notre Ministre des Sports, Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration, Notre Ministre de la Culture, Notre Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Notre Ministre des Finances et après délibération du Gouvernement en Conseil;

Arrêtons:

Art. 1er Par enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend :

- a) celui organisé par un établissement d'enseignement public ou privé établi sur le territoire luxembourgeois;
- b) celui suivi dans un établissement d'enseignement public ou privé établi à l'étranger par des personnes ayant leur domicile légal au Grand-Duché de Luxembourg;
- c) celui dispensé par les institutions d'enseignement musical au sens de la loi du 28 avril 1998 portant harmonisation de l'enseignement musical dans le secteur communal.

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

- a) le séjour dans les cantines et les internats;
- b) les cours de rattrapage, les études surveillées, les activités guidées, les loisirs surveillés, et les visites guidées;
- c) les voyages d'études et séjours à l'étranger et ceux organisés au Luxembourg pour les élèves et étudiants étrangers dans le cadre d'échanges internationaux;
- d) les contrôles médicaux, les consultations, examens, essais d'intégration scolaire et autres activités organisées par les services médico-psycho-pédagogiques et d'orientation scolaire et par les centres, instituts et services d'éducation différenciée prévus par la loi modifiée du 14 mars 1973;
- e) les journées d'information et d'orientation scolaire ou professionnelle;

- f) les manifestations organisées en collaboration avec l'école dans le domaine de la sécurité routière et de l'épargne scolaire;
- g) les activités de recherche et les stages des élèves et étudiants dans les entreprises ou administrations;
- h) l'ensemble des activités organisées dans le cadre des projets d'établissement prévus dans la loi modifiée du 4 septembre 1990 portant réforme de l'enseignement secondaire technique et de la formation professionnelle continue;
- i) les cours de langue et de culture maternelle organisés à l'intention des enfants de parents immigrés et autorisés par le ministère de l'éducation nationale;
- j) les activités de nature sportive, artistique, culturelle, écologique et scientifique;
- k) l'activité des servants de messe appelés pendant les heures de classe à assister à des cérémonies religieuses.

Art. 2. Par activités périprescolaires, péricolaires et périuniversitaires au sens de l'article 91, alinéa 1, sous 1) du Code de la sécurité sociale, on entend les activités énumérées ci-après organisées pour les écoliers, élèves et étudiants admis à l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, soit par l'Etat ou les communes, soit par des organismes agréés en vertu de la loi du 8 septembre 1998 réglant les relations entre l'Etat et les organismes oeuvrant dans les domaines social, familial et thérapeutique, soit par des organismes agréés spécialement à cet effet par arrêté conjoint des ministres ayant dans leurs attributions le Trésor et le Budget, la Sécurité sociale, l'Education nationale, la Formation professionnelle et les Sports, la Famille, la Solidarité sociale et la Jeunesse, la Culture, l'Enseignement supérieur et la Recherche, ainsi que la Promotion féminine, à publier au Mémorial :

- a) le séjour dans les internats, les structures d'accueil sans hébergement pour enfants, les centres d'accueil avec hébergement pour enfants et jeunes adultes et dans les centres d'animation et de vacances;
- b) les activités énumérées à l'article 1er, alinéa 2 sous j) du présent règlement si elles sont organisées par des associations oeuvrant exclusivement dans le cadre des établissements d'enseignement;
- c) les voyages, visites et séjours organisés dans le cadre d'échanges des jeunes en vertu d'accords bilatéraux et de programmes internationaux, tant pour les voyages et séjours des jeunes luxembourgeois à l'étranger que pour les voyages et séjours des jeunes étrangers au Luxembourg;
- d) la participation à des stages, journées d'études, camps, activités d'animation de loisirs et de vacances et colonies de vacances;
- e) la vente de fleurs, insignes et cartes autorisée par le ministre de l'éducation nationale;
- f) les activités socio-éducatives dans le cadre de centres, foyers et maisons pour jeunes, groupes guides et scouts et organismes et associations pour jeunes;

g) la participation à la formation d'animateurs;

h) les activités de consultation, d'aide, d'assistance, de guidance, de formation sociale, d'animation et d'orientation pour enfants et jeunes dans des services spécialisés.

Pour les activités visées à l'alinéa qui précède sous a), b), c), d), g) et h), l'assurance ne s'étend non seulement à l'activité elle-même, mais également au séjour éventuel et aux loisirs connexes à l'activité.

Art. 3. Le droit aux prestations prévues par le présent règlement est suspendu jusqu'à concurrence du montant des prestations de même nature auxquelles ouvrent droit à l'étranger les activités dont il s'agit.

Art. 4. Le règlement grand-ducal 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire est abrogé.

Art. 5. Notre Ministre de la Sécurité Sociale, Notre Ministre de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, notre Ministre des Sports, Notre Ministre de la Famille et de l'Intégration, Notre Ministre de la Culture, Notre Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Notre Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent règlement qui est publié au Mémorial et qui entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Exposé des motifs

Le présent règlement grand-ducal a pour objet de reprendre les dispositions du règlement grand-ducal du 23 février 2001 concernant l'assurance accident dans le cadre de l'enseignement précoce, préscolaire, scolaire et universitaire, ceci en raison de la modification intervenue au niveau de la base légale à partir du 1^{er} janvier 2011 suite aux nouvelles dispositions du livre II du Code de la sécurité sociale introduites par la loi du 12 mai 2010 portant réforme de l'assurance accident.