

GUIDE DE L'ASSURÉ

www.aaa.lu | www.visionzero.lu

Janvier 2019

**VISION
ZERO**
RISQUES
ACCIDENTS
MORTS

Sécurité-Santé au travail. Tous concernés!

ASSURÉS 4

- Salariés
- Indépendants
- Professions agricoles
- Activités extraprofessionnelles

MALADIES
PROFESSIONNELLES 14

- Définition
- Tableau
- Déclaration d’une maladie professionnelle

COTISATIONS 36

- Assurance obligatoire
- Assurance agricole volontaire
- Régimes spéciaux extraprofessionnels
- Système bonus-malus

PRÉVENTION 40

- Recommandations de prévention
- Label « Sécher & Gesund mat System »
- Stratégie Nationale VISION ZERO

ACCIDENTS 10

- Accident du travail
- Accident de trajet
- Déclaration d’un accident

PRESTATIONS 18

- Prestations de soins de santé
- Dégât matériel au véhicule automoteur
- Dégâts matériels accessoires et prothèses
- Prestations en espèces pendant les 78 premières semaines
- Rentes pour accidents
- Rente complète
- Rente partielle
- Rente professionnelle d’attente
- Indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux
- Indemnité pour préjudice physiologique et d’agrément
- Indemnité réparant les douleurs physiques endurées
- Indemnité pour préjudice esthétique
- Limitation des prestations
- Prestations dépendance
- Prestations des survivants

ASSOCIATION D'ASSURANCE ACCIDENT

L'Association d'assurance accident (AAA) est un établissement public chargé de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail / de trajet et des maladies professionnelles.

Créée par le législateur en 1901, elle est placée sous la tutelle du Ministre de la Sécurité sociale et est gérée par un conseil d'administration.

Les services administratifs de l'AAA assurant les relations avec les employeurs et les assurés sont principalement :

- **le Service Prévention :**

Les missions du Service Prévention sont le conseil, la formation et la sensibilisation en vue d'aider les entreprises à mieux développer leur culture de prévention et de remplir leurs obligations légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail.

- **le Service Prestations :**

Le Service Prestations assure la gestion des dossiers et s'occupe du traitement des affaires : instruction en vue de la décision sur la prise en charge en tant qu'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle et indemnisation après la prise en charge par l'assurance accident.

Les décisions individuelles prises par l'AAA à l'égard des assurés et des employeurs peuvent faire l'objet, **dans un délai de 40 jours à partir de la notification**, d'une opposition à vider par le conseil d'administration. La décision prise par celui-ci peut à son tour et dans le même délai faire l'objet d'un recours auprès du Conseil arbitral de la sécurité sociale dont le jugement est susceptible d'appel devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale. Les avis de l'Administration du Contrôle médical de la sécurité sociale à caractère médical et à portée individuelle s'imposent à l'AAA.

Les informations sommaires de cette brochure sur les différents aspects de l'assurance accident tendent à faciliter la matière.

En aucun cas, ces informations ne peuvent être utilisées dans le cadre d'un éventuel litige qui doit toujours être tranché sur base des dispositions légales et réglementaires en vigueur.

BON À SAVOIR

L'AAA est un des initiateurs de la stratégie nationale **VISION ZERO** qui fait appel à la promotion de la sécurité et de la santé au travail, dans le but de réduire le nombre et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles au Luxembourg. Plus d'informations sur www.visionzero.lu

ASSURÉS



SALARIÉS

Toute personne qui exerce contre rémunération une activité professionnelle pour le compte d'autrui au Grand-Duché de Luxembourg, est assurée obligatoirement contre les accidents du travail / de trajet et les maladies professionnelles.

Y sont formellement assimilés :

- les apprentis ;
- les stagiaires ;
- les élèves et étudiants occupés pendant leurs vacances scolaires au service d'un employeur du secteur privé ou du secteur public ;
- les gens de mer occupés sur un navire battant pavillon luxembourgeois et remplissant certaines conditions de nationalité ou de résidence ;
- les membres d'associations religieuses exerçant une activité d'utilité générale ;
- les coopérants dans les pays en développement, les personnes participant aux opérations pour le maintien de la paix ainsi que les observateurs aux missions officielles d'observation aux élections à l'étranger et ceux qui assistent à l'exécution d'une mesure d'éloignement dans le cadre de la législation sur la libre circulation des personnes et l'immigration ;
- les volontaires de l'armée ;
- les jeunes qui exercent un service volontaire ;
- les travailleurs handicapés occupés dans les ateliers protégés ;
- les sportifs qui participent à des activités d'élite.

L'assurance accident couvre également toute occupation moyennant rémunération au service d'un tiers qui n'est pas établi légalement à son propre compte, fut-il un simple particulier. Il va sans dire que des occupations de cette nature peuvent faire l'objet de sanctions pénales prévues en matière de travail clandestin ainsi que d'une amende d'ordre lorsqu'elles sont déclarées tardivement au Centre commun de la sécurité sociale. Si un accident du travail se produit avant ladite déclaration, l'Association d'assurance accident peut demander au tiers, ayant occupé l'accidenté, le remboursement d'au plus la moitié des prestations versées suite à cet accident **dans la limite d'un plafond de 30.000 euros.**

BON À SAVOIR

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

L'assurance accident couvre non seulement les salariés du secteur privé, mais aussi ceux du secteur public y compris les fonctionnaires et employés de l'Etat, des communes et des établissements publics.

INDÉPENDANTS

Toute personne qui exerce au Grand-Duché de Luxembourg pour son propre compte une activité professionnelle artisanale, commerciale ou libérale (médecins, avocats, notaires, architectes, ingénieurs conseil, etc.) est assurée obligatoirement contre les accidents du travail / de trajet et les maladies professionnelles.

Il en est de même de leur conjoint ou partenaire qui leur prête des services nécessaires dans une mesure telle que ces services peuvent être considérés comme activité principale.

Sous condition de détenir l'autorisation d'établissement délivrée par le Ministère des Classes moyennes, relèvent également de l'assurance accident obligatoire en qualité d'indépendants :

- les associés de certaines sociétés (sociétés à responsabilité limitée, sociétés en nom collectif, etc.) qui détiennent **plus de 25 %** des parts sociales ;
- les administrateurs ou mandataires d'autres sociétés (p. ex. sociétés anonymes) délégués à la gestion journalière.



PROFESSIONS AGRICOLES

Toute personne qui exerce au Grand-Duché de Luxembourg pour son propre compte une activité professionnelle agricole, viticole ou horticole ainsi que le conjoint, le partenaire ou les parents et alliés en ligne directe âgés de plus de 18 ans et exerçant l'activité professionnelle dans l'exploitation à titre principal, sont assurées obligatoirement.

Sans qu'une déclaration auprès du Centre commun de la sécurité sociale soit nécessaire, l'assurance accident indemnise les accidents survenus dans l'exploitation de l'assuré principal à ses **parents et alliés en ligne directe âgés de plus de 12 ans** ainsi qu'aux **aidants occasionnels** (c.-à-d. les personnes occupées dans l'exploitation, soit accessoirement à une activité professionnelle principale et sans rémunération ou contre une rémunération ne dépassant pas un tiers du salaire social minimum, soit occasionnellement pendant une durée déterminée à l'avance qui **ne doit pas dépasser 3 mois par année de calendrier**). En revanche, les salariés occupés dans l'exploitation, sans pouvoir être considérés comme aidants occasionnels, sont à déclarer auprès du Centre commun de la sécurité sociale.

Les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs, exerçant cette activité sur une surface dépassant un seuil déterminé sans tomber sous l'obligation d'assurance, peuvent **s'assurer volontairement**, en présentant une demande auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnels postérieurs à la réception de cette demande.

BON À SAVOIR

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

- l'exploitation des propriétés forestières ;
- l'élaboration et la mise en œuvre des produits de l'exploitation ;
- la satisfaction des besoins de l'exploitation ;
- l'extraction ou la mise en œuvre de produits de terre ;
- les travaux exécutés au profit de tiers ;
- les réparations courantes des constructions servant à l'exploitation ainsi que les travaux exécutés dans l'intérêt de la culture du sol ou les autres travaux se rattachant à l'exploitation ;
- le travail dans le ménage des chefs d'entreprises agricoles à condition que ces chefs d'entreprises exercent la profession agricole à titre principal ;
- les formations continues et les stages reconnus.

ACTIVITÉS EXTRAPROFESSIONNELLES

Les régimes spéciaux couvrent des personnes pour lesquelles le législateur a prévu une couverture contre certains risques même si elles n'exercent pas forcément d'activité professionnelle.

Les régimes spéciaux suivants sont gérés par l'assurance accident pour le compte de l'Etat :

1. les écoliers, élèves et étudiants, y compris dans le cadre de leurs activités périscolaires ;
2. les membres des jurys des examens d'apprentissage et de maîtrise ;
3. les délégués des différentes branches professionnelles qui ne sont pas assurés à un autre titre et qui participent aux séances des chambres professionnelles, des organes des institutions de sécurité sociale, du Conseil arbitral de la sécurité sociale, du Conseil supérieur de la sécurité sociale, du Tribunal du travail, du Conseil économique et social, du Comité de coordination tripartite, de l'Office national de conciliation ou participant à des réunions de toute autre instance du dialogue social ;
4. les personnes participant bénévolement à des actions de secours et de sauvetage, ainsi que celles qui participent bénévolement à des exercices théoriques et pratiques dans le cadre d'une association ou d'un corps poursuivant des actions de secours ou de sauvetage, ainsi qu'à l'action de secours et de sauvetage apportée spontanément par un particulier à la personne ou aux biens d'un tiers exposé à un péril imminent sur le territoire du Grand-Duché ;
5. les personnes bénéficiant d'une mesure de mise au travail conformément à la législation sur le revenu minimum garanti ;
6. les détenus occupés pour le compte de l'administration pénitentiaire et les personnes faisant l'objet de certaines mesures ordonnées par le code pénal ou le code d'instruction criminelle ;
7. les demandeurs d'emploi bénéficiant de mesures d'insertion professionnelle conformément à la législation sur le fonds pour l'emploi et le chômage ;
8. les personnes dans l'exercice d'un mandat public ;
9. les personnes exerçant à titre bénévole une activité dans le domaine social, socio-éducatif, médico-social ou thérapeutique au profit d'un organisme agréé par l'Etat ;
10. dans le cadre des examens par le contrôle médical de la sécurité sociale ou la cellule d'évaluation et d'orientation, l'assuré ou la personne dépendante ainsi que la tierce personne qui l'accompagne en raison de son état de santé ;
11. les personnes occupées auprès d'une représentation diplomatique, économique ou touristique luxembourgeoise à l'étranger, pour autant que ces personnes ne soient pas soumises à un autre régime d'assurance accident ;
12. les bénéficiaires de l'indemnité de chômage complet se présentant auprès de l'Administration de l'emploi, à un entretien d'embauche ou à une mesure active en faveur de l'emploi ;
13. les personnes handicapées inscrites dans un service de formation agréé par l'Etat ;

14. les représentants des parents d'élèves participant à une réunion d'une association de parents d'élèves de l'école fondamentale ou de l'enseignement secondaire, ainsi qu'à une réunion dans le cadre de la loi modifiée du 6 février 2009 portant organisation de l'enseignement fondamental, dans le cadre de la loi modifiée du 25 juin 2004 portant organisation des lycées ou dans le cadre de la loi du 1er août 2018 portant création d'une représentation nationale des parents ;

15. les candidats effectuant le stage préparant à l'obtention de l'attestation habilitant à faire des remplacements dans l'enseignement fondamental ;
16. les jeunes participant aux activités de préparation à la vie active organisées par le Service national de la jeunesse.
17. les bénéficiaires d'une reprise progressive du travail au sens de l'article 14bis du Code de la sécurité sociale.



ACCIDENTS



ACCIDENT DU TRAVAIL

La loi définit l'accident professionnel comme celui qui est survenu à un assuré par le fait du travail ou à l'occasion de son travail.

Cette définition très succincte a été complétée par la jurisprudence luxembourgeoise qui a précisé les éléments constitutifs de l'accident du travail en reprenant une définition de la Cour de cassation française selon laquelle **l'accident du travail est caractérisé par l'action soudaine d'une cause extérieure provoquant au cours du travail une lésion de l'organisme humain.**

Le **critère de la soudaineté** permet de fixer avec précision l'événement accidentel dans le temps et de distinguer l'accident de la maladie, événement progressif à évolution lente.

La **condition de l'extériorité** exige l'existence d'un élément extérieur au corps humain qui intervient directement ou indirectement. Il peut s'agir, soit d'une force au sens propre du terme, soit d'une caractéristique de l'environnement du travail agissant sur celui-ci, comme par exemple des conditions de travail anormalement pénibles exigeant des efforts particulièrement soutenus.

En ce qui concerne l'exigence d'un lien entre l'accident et le travail, la jurisprudence a établi la **présomption** suivante reprise aussi de celle de la Cour de cassation française : la brusque apparition au temps et lieu du travail d'une lésion physique constitue un accident du travail, à moins que l'AAA ne rapporte la preuve que l'atteinte est due à une cause totalement étrangère à l'activité professionnelle assurée. La charge de la preuve des conditions de temps et de lieu incombe à l'assuré.



ACCIDENT DE TRAJET

La loi qualifie d'accident de trajet celui survenu sur le trajet d'aller et de retour :

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

Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un **covoiturage régulier** ou pour déposer ou reprendre l'enfant **qui vit en communauté domestique avec l'assuré**, auprès d'une tierce personne à laquelle il est obligé de le confier afin de pouvoir s'adonner à son occupation.



ATTENTION

L'accident de trajet n'est pas pris en charge :

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

DÉCLARATION D'UN ACCIDENT

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.

L'employeur doit déclarer tout accident à l'AAA en lui fournissant toutes les indications demandées sur le formulaire prescrit.

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**.

L'accident survenu dans le contexte d'une activité périscolaire, périscolaire ou périuniversitaire est à déclarer par le **représentant de l'organisme luxembourgeois ayant organisé cette activité**.

Le refus de considérer comme accident du travail ou de trajet un accident déclaré comme tel par l'employeur fait l'objet d'une décision de l'AAA susceptible d'un recours. Cette décision est notifiée à la victime de l'accident par courrier recommandé.



Le formulaire de déclaration d'accident du travail ou de trajet ainsi que le formulaire de déclaration d'accident survenu dans le cadre de l'enseignement scolaire ou lors d'une activité périscolaire sont disponibles sur www.aaa.lu

BON À SAVOIR

A défaut de déclaration envoyée à l'AAA, la personne affirmant avoir été victime d'un accident, peut endéans l'année de la survenance de l'accident, introduire une réclamation écrite. Dans ce cas, l'AAA demande la prise de position de la personne à laquelle incombe la déclaration avant de prendre une décision.

MALADIES PROFESSIONNELLES



DÉFINITION

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

TABLEAU

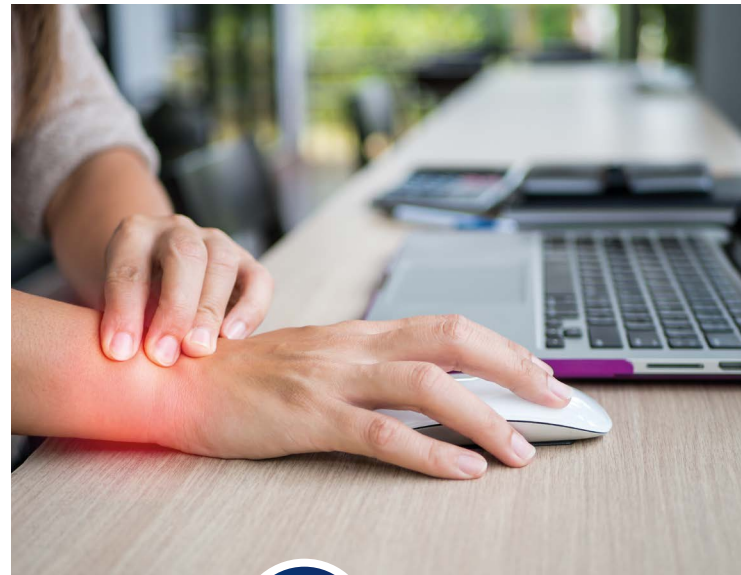
Une maladie est présumée d'origine professionnelle lorsqu'elle **figure au tableau des maladies professionnelles** et est contractée à la suite d'une **exposition à un risque spécifique au travail**.

Le tableau des maladies professionnelles est déterminé par règlement grand-ducal sur proposition d'une Commission supérieure des maladies professionnelles. Ne peuvent être inscrites au tableau des maladies professionnelles que des maladies qui, d'après les connaissances médicales, sont causées par des influences spécifiques appelées risques et auxquelles certains groupes de personnes sont particulièrement exposés par rapport à la population générale du fait de leur travail assuré.

Le tableau regroupe les pathologies en fonction de 6 catégories d'agents nocifs, à savoir :

1. Maladies provoquées par les agents chimiques ;
2. Maladies provoquées par des agents physiques ;
3. Maladies professionnelles infectieuses ou parasitaires ainsi que les maladies tropicales ;
4. Maladies provoquées par des poussières minérales et organiques ;
5. Affections cutanées ;
6. Maladies provoquées par des actions diverses.

Une maladie non désignée dans le tableau peut être reconnue comme maladie professionnelle, si l'assuré rapporte la preuve de son origine professionnelle.



Le tableau des maladies professionnelles est disponible sur www.aaa.lu

ATTENTION

Dans certains cas, l'indemnisation des suites d'une maladie est subordonnée à des conditions supplémentaires précisées dans le tableau (p. ex. l'abandon de l'activité professionnelle à l'origine d'une affection cutanée).

DÉCLARATION D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Il incombe au médecin de faire la déclaration à l'AAA dès qu'il a des suspicions fondées qu'une maladie a sa cause déterminante dans une activité professionnelle assurée.

En cas de déclaration, le médecin remet une copie de la déclaration à son patient. Ensuite l'AAA demande à l'employeur de fournir tous les renseignements concernant l'**exposition professionnelle à des risques**.

Dans la déclaration patronale concernant cette exposition, l'employeur indique notamment avec précision :

1. le ou les postes de travail successivement occupés et les tâches y effectuées ;
2. les gestes et postures de travail relatifs à chaque poste ainsi que les produits, machines et outils y utilisés ;
3. la durée du temps de travail exposant le salarié aux différents gestes et postures de travail ainsi qu'aux produits, machines et outils en cause ;
4. les mesures de protection prises contre les risques professionnels et les équipements de protection individuelle mis à disposition.



Le formulaire de déclaration médicale d'une maladie professionnelle est disponible sur www.aaa.lu



PRESTATIONS



PRESTATIONS DE SOINS DE SANTÉ

L'AAA accorde les prestations en nature ci-après prévues en matière d'assurance maladie :

- 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 cures thérapeutiques et de convalescence ;
- les soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles ;
- les soins palliatifs ;
- les frais de voyage ;
- les frais de séjour en cas d'hospitalisation, sauf pour le cas de simple hébergement.

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

- les prestations sont en principe payées intégralement, c.-à-d. qu'elles ne comportent pas de participation financière de la part de l'assuré.
- elles sont versées directement au prestataire de soins suivant le système du tiers payant sans que l'assuré n'ait à en faire l'avance.

BON À SAVOIR

Les travailleurs frontaliers peuvent bénéficier des prestations en nature, non seulement au Grand-Duché de Luxembourg, mais également dans leur pays de résidence. Dans ce dernier cas, ils doivent s'inscrire auprès de l'institution compétente (Caisse primaire en France, DGUV à Duisburg en Allemagne, Mutuelle en Belgique) à l'aide du formulaire DA1 établi par l'AAA pour une période limitée de 6 semaines, mais renouvelable sur demande.

DÉGÂT MATÉRIEL AU VÉHICULE AUTOMOTEUR

Même en l'absence d'une lésion corporelle, l'assuré a droit à l'indemnisation du dégât causé au véhicule automoteur utilisé au moment de l'accident survenu sur la voirie publique dans la limite :

- d'une franchise fixée à 2/3 du salaire social minimum ;
- d'un maximum fixé à 5 fois le salaire social minimum s'il s'agit d'un accident de trajet, ou
- d'un maximum fixé à 7 fois le salaire social minimum s'il s'agit d'un accident du travail.

Le dégât au véhicule automoteur est indemnisé sur demande et déterminé sur base d'une expertise émanant d'un expert en automobiles agréé. A défaut d'expertise, l'AAA détermine la valeur du véhicule avant l'accident par référence à la valeur d'un véhicule similaire sur le marché de l'occasion à l'aide d'une banque de données informatique utilisée par les professionnels.

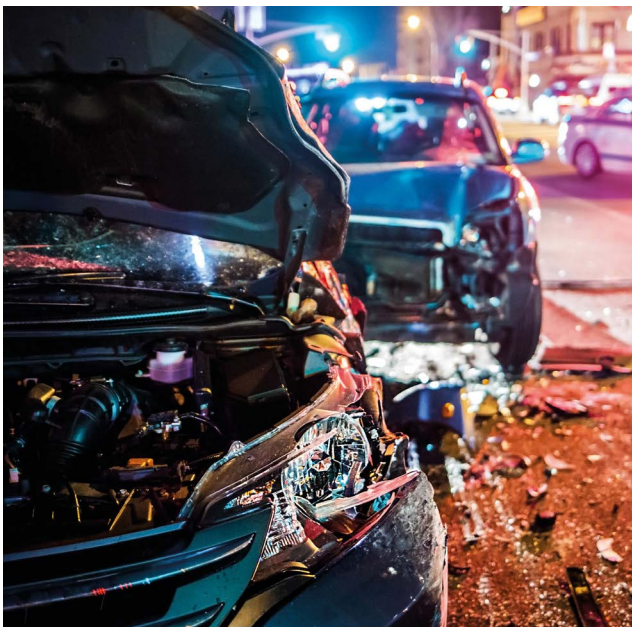
BON À SAVOIR

Les élèves et étudiants n'ont droit au remboursement du dégât matériel au véhicule automoteur seulement si, pour des motifs sérieux et indépendants de leur volonté, ils n'ont pas pu utiliser de transports en commun.

ATTENTION

Le droit à l'indemnisation par l'AAA n'existe pas si le préjudice est indemnisable à un autre titre, p. ex. dans le cadre d'un contrat d'assurance « dommages matériels » (casco) conclu avec une compagnie d'assurance privée.

En cas de réparation, l'indemnité n'est versée à l'assuré que sur présentation d'une facture acquittée par un professionnel légalement établi.



DÉGÂTS MATÉRIELS ACCESSOIRES ET PROTHÈSES

D'autres dommages remboursés comprennent les dégâts matériels accessoires et les dommages aux couronnes dentaires, prothèses, orthèses et épithèses.

1. L'assuré a droit à l'indemnisation des dégâts matériels accessoires à l'accident à condition que cet accident ait causé une **lésion corporelle**.

L'indemnisation du dégât causé aux vêtements est accordée sur présentation de la facture avant accident, déduction faite d'un pourcentage de 20 % par année entière pour vétusté.

2. Les autres effets personnels endommagés sont remboursés sur présentation d'une facture de réparation émise par un professionnel légalement établi jusqu'à concurrence de 80 % du prix figurant sur la facture d'achat.

3. L'assuré a droit à l'indemnisation des dommages causés aux couronnes dentaires, prothèses, orthèses et épithèses dont elle était pourvue lors de l'accident, **même en l'absence de lésion corporelle**.

L'assuré est indemnisé s'il s'agit d'une :

- prothèse implantée dans l'organisme pour compenser un organe manquant ou défaillant ;
- prothèse non implantée mais restaurant une fonction corporelle compromise ;
- prothèse orthopédique, ou ;
- couronne dentaire.

Le dégât causé aux lunettes ou à une prothèse auditive est uniquement remboursé **s'il existe une lésion corporelle** car il ne s'agit pas d'une prothèse venant remplacer une partie du corps humain.



Les formulaires de demande pour l'indemnisation des dégâts sont disponibles sur www.aaa.lu

PRESTATIONS EN ESPÈCES PENDANT LES 78 PREMIÈRES SEMAINES

En cas d'incapacité de travail totale temporaire (ITT) consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le salarié 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 **77^{ème} jour d'incapacité de travail pendant une période de référence de 18 mois de calendrier successifs**. 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. La Mutualité des employeurs rembourse, pour compte de l'AAA, à l'employeur **80 % de la rémunération** avancée au salarié et augmentée de la part employeur des cotisations pour l'assurance pension, l'assurance maladie et l'assurance accident. Quant à l'assuré non-salarié exerçant une profession indépendante ou agricole, il a droit à une indemnité à hauteur de 80 % de l'assiette cotisable appliquée au moment de la survenance de l'incapacité de travail totale jusqu'à la fin du mois au cours duquel se situe le 77^{ème} jour d'incapacité de travail. Le montant à rembourser est mis au crédit de l'employeur ou de l'assuré non salarié sur l'extrait de compte mensuel du Centre commun de la sécurité sociale et compensé avec les cotisations dues.

Si à l'issue de cette première période l'assuré continue à être atteint d'incapacité de travail totale, il a droit au paiement d'une **indemnité pécuniaire** par la Caisse nationale de santé pour compte de l'AAA. Le montant de l'indemnité pécuniaire correspond à la rémunération cotisable ou à l'assiette cotisable mise en compte respectivement pour le salarié ou le non-salarié au moment de la survenance de l'incapacité de travail.

Le droit à l'indemnité pécuniaire est limité à un total de **78 semaines pour une période de référence de 104 semaines**. A cette fin, sont totalisées toutes les périodes d'incapacité de travail se situant dans la période de référence qui prend fin la veille de chaque nouvelle période d'incapacité de travail. La période d'incapacité de travail peut être soit continue, soit interrompue par des périodes de reprise du travail. Il n'est fait aucune distinction suivant l'origine de l'incapacité de travail.

Toutefois, l'indemnité pécuniaire prend fin avant l'échéance de la 78^{ème} semaine dès la fin du contrat de travail à durée déterminée (ou du contrat de mission d'un travailleur intérimaire), à moins que le salarié n'ait été affilié depuis 6 mois au moins.

BON À SAVOIR

La plupart des salariés du secteur public n'ont droit à aucune prestation en espèces de la part de l'assurance accident pendant les 78 premières semaines, étant donné qu'ils bénéficient de la conservation de la rémunération sans limitation dans le temps en vertu d'une disposition légale, réglementaire ou conventionnelle. Il s'agit notamment des fonctionnaires, employés ou ouvriers de l'Etat ainsi que des fonctionnaires ou employés communaux.



ATTENTION

Pour obtenir les prestations en espèces, l'assuré doit faire parvenir à la Caisse nationale de santé le certificat d'incapacité de travail établi par son médecin traitant au plus tard le 3^{ème} jour ouvré de l'incapacité de travail. Ces prestations sont versées quelle que soit l'origine de l'incapacité de travail (maladie, maladie professionnelle ou accident du travail).

RENTES

Les rentes accident indemnisent la perte totale ou partielle du revenu professionnel et présentent les caractéristiques communes suivantes :

- elles sont soumises aux retenues pour l'impôt sur le revenu, elles donnent lieu à l'affiliation à l'assurance maladie et à l'assurance pension et partant au prélèvement des cotisations afférentes ;
- elles sont adaptées automatiquement à l'évolution du coût de la vie (indice) et ajustées tous les deux ans à l'évolution du niveau de vie ;
- elles cessent d'être payées si le bénéficiaire atteint l'âge de 65 ans ou en cas d'octroi d'une pension de vieillesse anticipée.



RENTE COMPLÈTE

L'assuré a droit à une rente complète tant que l'incapacité de travail totale imputable à l'accident ou à la maladie professionnelle persiste.

Les rentes complètes sont accordées pour les périodes d'incapacité de travail totale imputables à l'accident ou la maladie professionnelle survenue, alors que l'assuré 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 (ADEM). La rente complète prend cours :

- à partir de la fin du droit à l'indemnité pécuniaire qui coïncide normalement avec celle d'une période continue ou discontinue d'incapacité de travail de 78 semaines quelle qu'en soit l'origine ;
- à partir de la fin de ce droit se plaçant dans certaines hypothèses plus tôt, notamment en cas de cessation du contrat de mission ou de travail à durée déterminée.

Pour les salariés, la rente complète correspond à la rémunération cotisable des 12 mois précédant celui de la survenance de l'accident ou de la maladie professionnelle.

Pour les assurés non-salariés, est prise en compte l'assiette cotisable appliquée au moment de l'accident. Tout recalcul de cette assiette entraîne la révision de la rente. En cas d'exercice de plusieurs activités soumises à l'assurance, la totalité de l'assiette cotisable des différentes activités est prise en considération.

La rente complète ne peut être ni inférieure au salaire social minimum, ni supérieure au plafond cotisable correspondant au quintuple de ce salaire.

La rente complète est accordée sur demande. Elle n'est pas payée aussi longtemps que l'assuré continue à percevoir un salaire.



Le formulaire de demande en obtention d'une rente complète est disponible sur www.aaa.lu

ATTENTION

La demande doit être présentée, sous peine de déchéance, dans un délai de 3 ans à partir de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

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

RENTE PARTIELLE

L'assuré, subissant une perte de revenu professionnel par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle a droit, sur demande, 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 partielle permanente de 10 % au moins ;
- que la perte de revenu atteigne 10 % au moins ;
- que l'assuré soit reconnu, par le médecin du travail compétent, incapable d'exercer pour le compte d'autrui son dernier poste de travail ou de maintenir son dernier régime de travail ;
- que de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'incapacité soit principalement imputable aux 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.

Pour les salariés, la rente partielle correspond à la différence entre, d'une part, la rémunération cotisable au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle et, d'autre part, celle pendant les 12 mois précédant l'accident. Pour l'assuré indépendant, la rente équivaut à la diminution effective du revenu professionnel fiscal réalisé au cours des 12 mois suivant celui de la consolidation ou de la reconversion professionnelle par rapport au revenu professionnel annuel moyen réalisé au cours des 36 mois précédant celui de la survenance de l'accident.

BON À SAVOIR

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'assuré, le montant peut être révisé, à condition que la nouvelle incapacité partielle permanente semble définitive et que son taux dépasse de 10 % au moins celui de l'incapacité antérieure.



RENTE PROFESSIONNELLE D'ATTENTE

Si un salarié présente une incapacité pour exercer son dernier poste de travail ou pour maintenir son dernier régime de travail, il bénéficie d'un reclassement professionnel externe de la part de la Commission mixte.

L'assuré a droit à la rente professionnelle d'attente de la part de l'Association d'assurance accident, si au moment de la consolidation, le taux d'incapacité partielle permanente de l'assurée atteignent au moins 10 % et à condition que cette incapacité soit, de l'avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, principalement imputable à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Il en est de même de l'indépendant qui ne peut plus exercer son activité professionnelle principalement à cause d'un accident ou d'une maladie professionnelle, sans être atteint d'invalidité au sens de la législation sur l'assurance pension.

Le montant de la rente professionnelle d'attente est fixé à 85 % de la rente complète, c.-à-d. de la rémunération cotisable du salarié pendant les 12 mois précédant celui de la survenance de l'accident ou de l'assiette cotisable de l'indépendant au moment de cette survenance.

La rente professionnelle d'attente est versée tant que le reclassement externe n'est pas possible.

Sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale, l'AAA prend en charge les mesures de reconversion professionnelle suivies dans le cadre du reclassement professionnel par l'Agence pour le développement de l'emploi.

ATTENTION

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 l'Agence pour le développement de l'emploi (ADEM) ;
- se soustrait aux mesures de reclassement ;
- refuse toute tentative de reconversion professionnelle ;
- touche à l'étranger une indemnité de chômage ou une prestation de même nature.

INDEMNITÉS POUR PRÉJUDICES EXTRAPATRIMONIAUX

Si, après la consolidation, l'assuré est atteint, par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle, d'une incapacité de travail permanente totale ou partielle, il a droit à l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux.

Ces indemnités sont accordées sur demande et ne sont soumises à aucune charge fiscale ou sociale. En cas d'aggravation ultérieure de l'état de santé de l'assuré, le montant des indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux peut être révisé, à condition que la nouvelle incapacité partielle permanente semble définitive et que son taux dépasse de 10 % au moins celui de l'incapacité antérieure.



Le formulaire de demande en obtention d'indemnités pour préjudices extrapatrimoniaux est disponible sur www.aaa.lu

ATTENTION

La demande doit être présentée, sous peine de déchéance, dans le délai de 3 ans à partir de la consolidation ou de la reconversion professionnelle.

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE PHYSIOLOGIQUE ET D'AGRÉMENT

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément vise à réparer l'impact, des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle sur la vie de l'assuré, pour autant que ces effets n'aient pas d'incidence économique directe évaluable en argent.

L'indemnité pour préjudice physiologique et d'agrément vise donc à réparer la perte de qualité de vie dans le chef de la victime en raison des séquelles de l'accident ou de la maladie professionnelle. Elle indemnise le fait que l'assuré doive fournir un effort accru dans l'ensemble de ses activités professionnelles et privées en raison de l'atteinte corporelle subie. Elle répare ainsi la diminution des plaisirs de la vie causée notamment par l'impossibilité, voire la difficulté de se livrer à certaines activités, de loisir ou autres, ainsi que le fait de voir, le cas échéant, son espérance de vie diminuée. Cette indemnité répare également la perte de valeur de la victime sur le marché du travail.

Le préjudice physiologique et d'agrément est indemnisé par l'allocation d'un forfait calculé sur base du taux d'incapacité de travail définitif fixé par le Contrôle médical de la sécurité sociale. Les forfaits alloués augmentent plus que proportionnellement par rapport au taux fixé, ceci afin d'indemniser équitablement les conséquences multiples et souvent lourdes résultant d'un taux d'incapacité partielle permanente (IPP) élevé.

BON À SAVOIR

L'indemnité est payée sous forme de capital pour les taux d'incapacités de travail permanentes inférieurs ou égaux à 20 % et sous forme de paiements mensuels pour les taux supérieurs à 20 % sans possibilité de rachat.

INDEMNITÉ RÉPARANT LES DOULEURS PHYSIQUES ENDURÉES

Cette indemnité vise à réparer les souffrances endurées par l’assuré jusqu’à la consolidation de ses lésions.

Elle 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 nécessaires à la guérison. Elle consiste en un forfait fixé sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale sur base d’une échelle tenant compte de la gravité du préjudice.

TABLEAU DES INDEMNITÉS RÉPARANT LES DOULEURS PHYSIQUES ENDURÉES

Echelle	Douleurs endurées	Indemnités (€) (indice 100)
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 €

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

Le préjudice esthétique peut être défini comme la répercussion d’une atteinte anatomique ou anatomo-physiologique à la personne, entraînant chez l’assuré une altération de son image, mais aussi une altération de l’image que les autres se font d’elle ou une atteinte psychologique limitée que le médecin sait être habituelle.

L’importance du préjudice esthétique est appréciée en fonction des séquelles laissées par la blessure subie (p.ex. localisation et apparence des cicatrices et infirmités) et de l’âge de l’assuré.

Le préjudice esthétique est indemnisé par un forfait et il appartient au Contrôle médical de la sécurité sociale d’évaluer ce préjudice à l’aide d’une échelle

numérique similaire quant à la graduation à celle utilisée pour la détermination du préjudice pour douleurs endurées, mais en partie différente quant aux montants.

TABLEAU DES INDEMNITÉS POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE

Echelle	Préjudice esthétique	Indemnités (€) (indice 100)
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 €

LIMITATION DES PRESTATIONS

Sauf gravité exceptionnelle, les accidents du travail ou maladies professionnelles ne justifient l'octroi de prestations à charge de l'assurance accident que pendant une période limitée.

Aussi, les dossiers de l'AAA sont-ils clôturés :

- d'office 3 mois après la survenance d'un accident qui n'a pas provoqué une incapacité de travail totale temporaire (ITT) dépassant les 8 jours consécutifs à cet accident ;
- d'office 12 mois après la survenance d'un accident ayant entraîné une ITT supérieure à 8 jours ;
- à tout moment par une décision susceptible de recours de l'AAA sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale.

L'octroi ultérieur des prestations en nature ou en espèces du chef de cet accident est subordonné à la présentation d'une demande de réouverture de l'assuré sur le formulaire prescrit et d'un rapport du médecin traitant justifiant la réouverture du dossier. Si le Contrôle médical de la sécurité sociale émet un avis négatif, la réouverture du dossier est refusée par une décision susceptible de recours de l'AAA.



Le formulaire de demande de réouverture d'un dossier accident pour traitement médical est disponible sur www.aaa.lu

PRESTATIONS DÉPENDANCE

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

Ces prestations se caractérisent par une prise en charge :

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

Les aides techniques (p.ex. fauteuils roulants), les adaptations des voitures et des logements peuvent être prises en charge.

En vue de l'obtention des prestations dépendance, l'assuré doit présenter une demande auprès de la Caisse nationale de santé qui statue sur avis de l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance.



PRESTATIONS DES SURVIVANTS

Si le décès de l'assuré a pour cause principale un accident ou une maladie professionnelle, les survivants ont droit à une indemnité pour dommage moral forfaitaire.

Le montant est fixé à :

- 3.649 € indice 100 pour le conjoint survivant ou le partenaire ainsi que pour chacun des enfants légitimes, naturels ou adoptifs de l'assuré décédé ;
- 2.189 € indice 100 pour chacun des père et mère de l'assuré décédé ;
- 1.459 € indice 100 pour toute autre personne ayant vécu en communauté domestique avec l'assuré au moment du décès depuis trois années au moins.

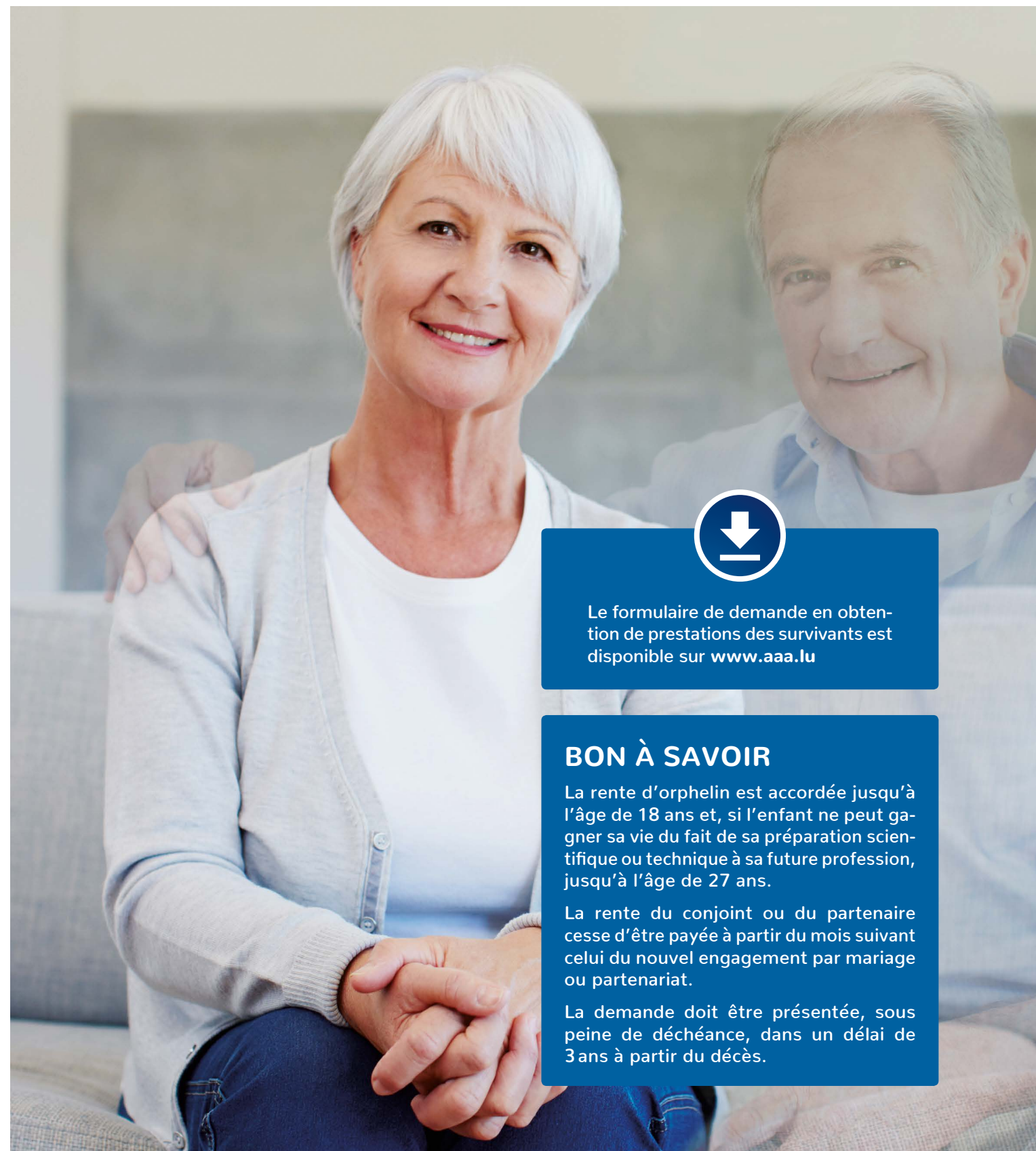
Si le décès de l'assuré est survenu **avant l'âge de 65 ans**, son conjoint survivant ou partenaire ainsi que ses enfants légitimes, naturels ou adoptifs ont droit à une rente de survie.

Les rentes de survie ne sont pas déterminées en faisant abstraction de l'octroi de la pension de survie au titre de l'assurance pension, mais elles sont au contraire conçues comme complément à cette pension. Bien que constituant une prestation à part à charge de l'assurance accident, le montant des rentes de survie est fixé selon le mode de calcul utilisé en matière d'assurance pension en prolongeant fictivement la carrière d'assurance sur base du revenu professionnel cotisable réalisé avant l'accident jusqu'à la date à laquelle l'assuré

aurait atteint l'âge normal de la retraite. En d'autres termes, les survivants ont droit à une rente de survie qui, ensemble avec la pension de survie, atteint le niveau de la pension qu'ils auraient obtenu, si l'assuré avait continué à cotiser jusqu'à l'âge de 65 ans ou s'il avait bénéficié jusqu'à cet âge d'une rente complète pour avoir été atteint d'incapacité totale à la suite d'un accident du travail.

Les indemnités pour dommage moral et les rentes de survie sont accordées par l'AAA aux survivants sur demande. Les rentes de survie sont payées par la Caisse nationale d'assurance pension pour compte de l'AAA et sont soumises aux retenues fiscales et sociales.

En cas de décès d'un assuré relevant d'un des régimes spéciaux transitoires applicables aux fonctionnaires entrés en service avant le 1er janvier 1999, son conjoint survivant ou son partenaire ainsi que ses enfants ont droit, à la place de la rente de survie, à la mise en compte d'une bonification spéciale pour la détermination de leur pension.



Le formulaire de demande en obtention de prestations des survivants est disponible sur www.aaa.lu

BON À SAVOIR

La rente d'orphelin est accordée jusqu'à l'âge de 18 ans et, si l'enfant ne peut gagner sa vie du fait 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.

La demande doit être présentée, sous peine de déchéance, dans un délai de 3 ans à partir du décès.



COTISATIONS

ASSURANCE OBLIGATOIRE

Les dépenses de l'assurance obligatoire sont financées par des cotisations à charge des employeurs ou des assurés non-salariés.

Jusqu'en 2010, les cotisants étaient répartis en 21 classes en fonction de la nature de l'activité assurée. Pour chaque classe, l'AAA fixait annuellement un taux de cotisation différent pouvant aller jusqu'à 6 %.

Depuis l'exercice 2011, le régime général est financé solidairement par les cotisants quel que soit le risque d'accident inhérent à l'activité qu'ils exercent. Aussi le conseil d'administration de l'AAA fixe-t-il chaque année un taux de cotisation unique pour l'exercice à venir de manière à :

- couvrir les dépenses courantes prévues par le budget de l'AAA pour l'exercice à venir ;
- constituer la réserve légale qui ne peut être inférieure aux dépenses courantes de l'avant-dernier exercice.

Après approbation par le Ministre de la Sécurité sociale, le taux de cotisation est publié au Mémorial.

Avec le règlement grand-ducal du 8 février 2016, un système bonus/malus diminuant de 10 % ou augmentant au maximum de 50 % le taux de cotisation unique a été introduit. A cet effet, les cotisants sont répartis en classes de risques. La diminution ou la majoration se fait en fonction des charges des accidents au cours d'une période d'observation récente d'une année. Il n'est tenu compte ni des accidents de trajet ni des maladies professionnelles.

Les cotisations d'assurance accident des salariés sont entièrement à charge de l'employeur, celles des assurés indépendants à charge de ces derniers. Elles sont perçues par le Centre commun de la sécurité sociale ensemble avec les cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension avec application d'un maximum cotisable correspondant au quintuple du salaire social minimum. Le minimum cotisable équivaut au salaire social minimum, étant

entendu qu'en cas de travail à temps partiel, il est fait application du salaire minimum horaire.

Les cotisations sont calculées sur base des rémunérations déclarées mensuellement par les employeurs pour leurs salariés affiliés préalablement à la sécurité sociale. Il existe une procédure simplifiée pour les salariés occupés dans le ménage privé de l'employeur avec lesquels celui-ci a convenu un salaire net. Cette procédure évite à l'employeur la déclaration mensuelle du salaire et comprend le recouvrement des impôts pour compte de l'Administration des Contributions directes.

L'assiette servant de base au calcul des cotisations à charge des assurés non-salariés est la même que celle qui sert de base à la fixation des cotisations d'assurance maladie et d'assurance pension. Pour ces assurés, l'assiette correspond au revenu fiscal de l'exercice en cause est communiquée par l'Administration des contributions directes. Pour les professions agricoles, les cotisations sont déterminées sur base du revenu de l'exploitation agricole déterminé forfaitairement sur base des productions végétales et animales au cours de l'année précédant l'exercice de cotisation (marges brutes standard).

ASSURANCE AGRICOLE VOLONTAIRE

Les cotisations sont fixées annuellement en fonction de la surface des terrains cultivés et la nature de la culture.

À savoir :

- terres agricoles ;
- forêts et pépinières ;
- vignobles, vergers et maraîchages.

Les montants à payer par hectare pour chacune de ces trois natures de culture sont fixés chaque année par le conseil d'administration de l'AAA sur base, d'une part, des dépenses de l'exercice précédent à charge de l'assurance volontaire et, d'autre part, de la surface totale déclarée par les assurés.

A la demande du Centre commun de la sécurité sociale (CCSS), les assurés volontaires sont tenus de déclarer chaque année la surface en hectares exploitée en qualité de propriétaire ou de locataire, séparément pour chaque nature de culture. Les cotisations afférentes sont perçues à la fin de l'exercice par le CCSS.

Conformément au règlement grand-ducal du 17 décembre 2010, les agriculteurs, viticulteurs, éleveurs, arboriculteurs, horticulteurs, pépiniéristes, jardiniers, maraîchers et sylviculteurs, non soumis à l'assurance obligatoire et 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 auprès du Centre commun de la sécurité sociale. L'assurance n'opère que pour les accidents et maladies professionnelles postérieurs à la réception de cette demande.

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 4 du règlement grand-ducal (terres agricoles / forêts et pépinières / vignobles, vergers et maraîchages) sous peine d'exclusion de l'assurance.

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



RÉGIMES SPÉCIAUX EXTRAPROFESSIONNELS

Les prestations des régimes spéciaux couvrant certaines activités extraprofessionnelles et les frais d'administration afférents sont remboursées par l'Etat à l'AAA.

SYSTÈME BONUS-MALUS

Le système bonus-malus vise à inciter les cotisants de l'assurance accident d'investir davantage dans la prévention des accidents du travail.

Le taux de cotisation de base de chaque cotisant peut être diminué ou augmenté via un facteur de multiplication individuel appelé facteur bonus-malus. **Pour calculer le facteur bonus-malus, les cotisants sont répartis en classes de risques et comparés aux autres cotisants se trouvant dans la même classe, comparaison qui est basée sur le coût des accidents.**

Chaque cotisant se voit attribué une seule classe de risques sur base de son activité principale. Il n'est attribué qu'une classe de risques par cotisant pour l'ensemble de ses activités, **l'activité principale étant déterminante** pour le classement.

Tout nouveau cotisant est tenu de fournir lors de son affiliation au Centre commun de la sécurité sociale les indications nécessaires pour son classement dans une classe de risques. De même, il doit signaler sans retard tout changement de l'activité exercée susceptible d'impliquer un re-classement.



BON À SAVOIR

Le système bonus-malus est appliqué pour la première fois à partir de l'exercice 2019. Les informations détaillées concernant les classes de risques, la méthode de calcul, etc. sont disponibles sur www.aaa.lu

PRÉVENTION



PRÉVENTION

Les missions du Service Prévention sont le conseil, la formation et la sensibilisation en vue d'aider les entreprises à mieux développer leur culture de prévention et de remplir leurs obligations légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail (SST).

Voici les missions du service :

- information, conseil et sensibilisation à la SST ;
- mise à disposition de matériel didactique (brochures, affiches) ;
- aides financières en matière de gestion de la SST dans les entreprises ;
- formations ;
- contrôles et surveillance des dispositions légales et réglementaires en matière de SST ;
- élaboration de recommandations de prévention ;
- campagnes de prévention ;
- analyse des causes d'accidents et de maladies professionnelles, enquêtes et études de postes de travail ;
- gestion du système bonus-malus.



BON À SAVOIR

L'Association d'assurance accident accorde différentes aides financières aux entreprises dans les domaines suivants:

- mise en place de systèmes de management de la sécurité
- participation des salariés à diverses formations de sécurité

Les informations détaillées sont disponibles sur www.aaa.lu

RECOMMANDATIONS DE PRÉVENTION

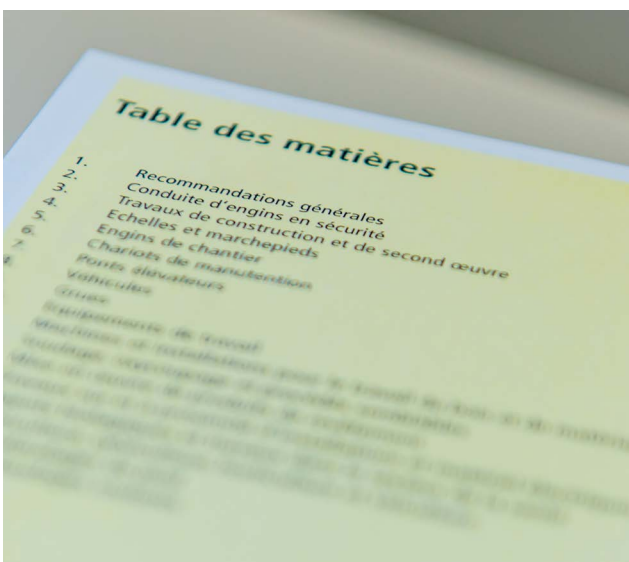
Les recommandations de prévention, qui sont des règles de l'art en matière de sécurité et de santé au travail, sont élaborées par le Service Prévention avec le concours d'experts choisis par le conseil d'administration de l'AAA en raison de leur expérience professionnelle.

Les recommandations ne font pas partie de la réglementation en tant que telle et l'ambition des auteurs n'est pas de fixer des contraintes supplémentaires à la législation existante, mais d'**aider les employeurs et les salariés à remplir au mieux leurs obligations légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail.**

Elles offrent un complément à la législation en vigueur, notamment au livre III intitulé « Protection, sécurité et santé des travailleurs » du Code du travail ainsi qu'aux règlements grand-ducaux pris en exécution de ce livre.

En attirant l'attention sur un risque et en proposant des mesures susceptibles de l'éviter ou de le réduire, **les recommandations permettent à l'employeur ou au salarié à prendre conscience du risque concerné et à mettre en œuvre les moyens propres à le prévenir.**

D'autres moyens peuvent cependant être employés dans la mesure où ils permettent d'apporter le même degré de sécurité et de santé au travail.



Les recommandations de prévention sont disponibles sur www.aaa.lu

LABEL « SÉCHER & GESOND MAT SYSTEM »

Dans un souci d'aider les entreprises à mettre en place une gestion efficace de la sécurité et de la santé au travail, l'Association d'assurance accident a créé un label de qualité en matière de sécurité et de santé au travail, dénommé « Sécher a Gesond mat System ».

Avec ce label, destiné aux petites entreprises, l'AAA vise à encourager les efforts particuliers des employeurs en matière de prévention des risques, tout en minimisant le volet administratif.

Le label offre aux entreprises une image de qualité en matière de sécurité et de santé au travail et leur permet surtout de **bénéficier d'un conseil personnalisé et d'un accompagnement par les agents du Service Prévention** de l'AAA.

Les frais d'assistance et de conseil aux entreprises par les agents du service de prévention de l'AAA, ainsi que les frais des audits sont entièrement **gratuits**. Les autres frais, notamment ceux en relation avec la mise en conformité avec les dispositions légales et réglementaires en matière de sécurité et de santé au travail sont à la charge des entreprises.

Les atouts du label sont :

- La promotion d'une gestion efficace de la sécurité et de la santé au travail.
- Le conseil personnalisé et l'accompagnement de l'entreprise par les agents de l'AAA.
- L'augmentation de la motivation des salariés.
- L'amélioration de la sécurité et de la santé au travail et la diminution du nombre des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- La diminution des coûts et des absences engendrées par les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- L'image de qualité en matière de sécurité-santé au travail.
- La visibilité à travers différents médias (communication de l'entreprise, visibilité sur le site Internet VISION ZERO, visibilité au Forum sécurité-santé au travail, etc.)



Sécher & Gesond mat System



Les démarches, le questionnaire en ligne et les entreprises certifiées sont disponibles sur www.visionzero.lu/label-sgs

STRATÉGIE NATIONALE VISION ZERO

L'AAA est un des initiateurs de la stratégie nationale **VISION ZERO** qui fait appel à la promotion de la sécurité et de la santé au travail, dans le but de réduire le nombre et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles au Grand-Duché de Luxembourg.

La Charte nationale VISION ZERO pour la promotion de la sécurité et de la santé au travail a été signée par les partenaires nationaux en 2016 à l'occasion de la 10ème édition du Forum de la sécurité et de la santé au travail. Elle fait appel à une approche commune et traduit la volonté solidaire des partenaires nationaux. Le but est de dynamiser la sécurité et la santé au travail et à mobiliser tout employeur et tout salarié. Nous sommes tous concernés !

Les 4 principes de la VISION ZERO :

1. La vie est un bien non négociable
2. L'homme est faillible
3. L'homme a des limites de tolérance
4. Chacun a droit à un lieu de travail sain et sécurisé

Les 7 règles d'or de la VISION ZERO :

1. Faire preuve de leadership - montrer son engagement
2. Identifier les dangers - évaluer les risques
3. Définir les objectifs - élaborer des programmes
4. Garantir un système sûr et sain - être organisé
5. Assurer la sécurité et la santé sur les machines, les équipements et les lieux de travail
6. Améliorer les qualifications - développer les compétences
7. Investir dans la personne - motiver par la participation



Sécurité-Santé au travail. Tous concernés !



BON À SAVOIR

Les entreprises luxembourgeoises sont également encouragées à souscrire à la VISION ZERO. Une telle adhésion, moyennant un plan d'action, est un engagement volontaire pour réduire le nombre et la gravité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles. Découvrez plus d'informations sur www.visionzero.lu



Sécurité-Santé au travail. Tous concernés !

SENSIBILISATION | PRÉVENTION | FORMATION

CHANGEONS NOS ATTITUDES, ENGAGEONS-NOUS DANS LA VISION ZERO

La VISION ZERO est la stratégie nationale de prévention des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles.

COMMENT ADHÉRER EN TANT QU'ENTREPRISE ?

Pour adhérer à la VISION ZERO, consultez le site www.visionzero.lu et inscrivez votre entreprise par un simple formulaire.

Engagez-vous par un plan d'action en matière de sécurité et de santé au travail et réduisons ensemble le nombre et la gravité des accidents et des maladies professionnelles.

Les labels de la VISION ZERO :

- Label « Sécher & Gesund mat System » (SGS) de l'AAA
- Label « Entreprise Socialement Responsable » (ESR) de l'INDR



www.visionzero.lu



Les initiateurs de la VISION ZERO :



@ prevention.aaa@secu.lu

+352 26 19 15 - 2201

www.aaa.lu | www.visionzero.lu

Association d'assurance accident

125, route d'Esch | L-1471 Luxembourg

Ouverture du guichet:
08h00 - 16h00

Service Prestations

T. (+352) 26 19 15 - 2235

F. (+352) 49 53 35

prestations.aaa@secu.lu

Heures de bureau:

8h30 - 11h30 et 13h30 - 16h00

Service Prévention

T. (+352) 26 19 15 - 2201

F. (+352) 40 12 47

prevention.aaa@secu.lu