

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SECURITE SOCIALE

Audience publique du vingt-sept juin deux mille dix-neuf

Composition:

M.	Pierre Calmes, président de chambre à la Cour d'appel,	président
Mme	Mylène Regenwetter, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
Mme	Michèle Raus, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
M.	Gilles Cabos, conseiller juridique, Luxembourg,	assesseur-employeur
M.	Paul Becker, délégué permanent, Diekirch,	assesseur-assuré
M.	Jean-Paul Sinner,	secrétaire



ENTRE:

X, née le [...], demeurant à [...],
appelante,
comparant par Maître Jean Tonnar, avocat à la Cour, demeurant à Esch-sur-Alzette;

ET:

la Caisse nationale de santé, établie à Luxembourg, représentée par son président actuellement
en fonction,
intimée,
comparant par Monsieur Mike Walch, attaché, demeurant à Luxembourg.

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 26 octobre 2018, X a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale le 17 septembre 2018, dans la cause pendante entre elle et la Caisse nationale de santé, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort, déclare le recours recevable en la pure forme ; quant au fond, déclare le recours non fondé et en déboute.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 23 mai 2019, à laquelle Monsieur le président fit le rapport oral.

Maître Jean Tonnar, pour l'appelante, maintint les moyens et conclusions de la requête d'appel déposée au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 26 octobre 2018.

Monsieur Mike Walch, pour l'intimée, conclut à l'irrecevabilité de la requête d'appel et à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 17 septembre 2018.

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

Dans un écrit adressé le 8 mars 2016 à X, le docteur Jean KOPPES a demandé l'admission de façon stationnaire pour une durée de deux à trois mois à l'« Elysis » de X née le [...] qui avait été victime d'une chute avec luxation-fracture de la cheville et arrachement astragalien du pied droit en Autriche le 2 mars 2016 et dont le maintien à domicile était impossible, le rapatriement d'Autriche ayant été prévu pour le 8 mars 2016.

La demande de prise en charge des frais engendrés par la cure de convalescence à l'« Elysis » a été refusée par décision présidentielle du 16 décembre 2016, confirmée sur recours de X par décision du comité directeur de la Caisse nationale de santé (ci-après la CNS) du 7 août 2017, au motif que les prestations litigieuses ne sont pas inscrites dans les nomenclatures telles que prévues à l'article 65 du code de la sécurité sociale (ci-après CSS) ou dans les listes prévues par les statuts de la CNS, de sorte qu'elles ne peuvent pas donner lieu à un remboursement, en donnant à considérer que la demande de prise en charge ne vise pas une hospitalisation et des soins y afférents, que l'Elysis A.s.b.l. n'est pas classé par le règlement grand-ducal du 13 mars 2009 parmi les établissements de rééducation ou de convalescence, qu'il n'existe pas de convention entre la CNS et l'Elysis A.s.b.l. et finalement que la CNS n'était pas en possession d'un certificat médical circonstancié tel que visé par l'article 19 alinéa 3 du CSS qui lui aurait le cas échéant permis de prendre en charge des actes non prévus par la nomenclature et que les conditions de l'article 76 des statuts de la CNS et plus particulièrement une demande circonstanciée préalable du médecin traitant et une autorisation de l'Administration du contrôle médical de la sécurité sociale (ci-après CMSS) faisaient défaut de sorte qu'aucune prise en charge par assimilation n'était possible.

Par jugement du 17 septembre 2018 le Conseil arbitral de la sécurité sociale a confirmé la décision du comité directeur de la CNS du 7 août 2017.

Ce jugement est motivé comme suit :

« Attendu que la requérante X fait grief à une décision du comité directeur de la Caisse nationale de santé (CNS) rendue lors de la séance du 7 août 2017 d'avoir, refusé la prise en charge de six factures acquittées concernant un séjour de la partie requérante du 8 mars 2016 au 10 mai 2016 auprès d'« Elysis a.s.b.l. » à Luxembourg, s'élevant à un montant total de 10.518,92 euros ;

Attendu que le recours, enregistré sous le numéro CNS 247/17, est recevable pour avoir été présenté dans les formes et délai prévus par la loi ;

Attendu que la partie requérante maintient intégralement ses moyens et arguments développés dans sa requête du 26 septembre 2017 ;

Attendu que la partie défenderesse conclut à voir confirmer la décision entreprise pour la motivation qui lui a servi de fondement ;

Attendu que l'article 19 du Code de la sécurité sociale dispose que : *« Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix.*

Ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.

Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aides et de soins. » ;

qu'en vertu de l'article 2 des statuts de la CNS : *« Sans préjudice des dispositions légales, réglementaires et statutaires éventuellement plus restrictives, la personne protégée a le droit de s'adresser pour l'obtention des prestations de soins de santé et fournitures*

a) aux prestataires et fournisseurs visés par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale

b) aux fournisseurs disposant d'un agrément du comité directeur de la Caisse nationale de santé

c) aux fournisseurs identifiés spécialement à cet effet par un titre de prise en charge émis par la Caisse nationale de santé lorsque la fourniture ne peut être délivrée par un des fournisseurs visés ci-devant. » ;

Attendu qu'il y a donc lieu de vérifier tout d'abord si « Elysis a.s.b.l. » est à considérer comme un prestataire visé par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code la sécurité sociale ;

que l'article 61, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dispose qu' « *Il est conclu une convention distincte : (...)* »

5) pour les établissements de cures thérapeutiques et les centres de convalescence (...). » ;

que l'article 1^{er} de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers prévoit que la susdite loi est applicable aux établissements de convalescence ;

que l'article 2 de la même loi retient un plan hospitalier établi par règlement grand-ducal ;

que le règlement grand-ducal du 13 mars 2009 établissant le plan hospitalier et déterminant les missions et la composition minimales des structures d'évaluation et d'assurance qualité des prestations hospitalières et les modalités de coordination nationale de ces structures retient à l'article 9 : « *Constituent des établissements de moyen séjour les établissements de rééducation et les établissements de convalescence. (...) Sont classés établissements de rééducation et établissements de convalescence, les établissements hospitaliers repris au tableau 1 figurant en annexe au présent règlement.* » ;

que « Elysis a.s.b.l. » ne figure pas à l'Annexe 1 du Tableau de classification des établissements hospitaliers ;

qu'au vu des articles précités, à défaut de convention les six factures concernant un séjour de la partie requérante du 8 mars 2016 au 10 mai 2016 ne sauront être prises en charge ;

Attendu qu'il y a lieu de relever en plus, même si « Elysis a.s.b.l. », serait considérée comme établissement figurant à l'annexe 1 « que le poste de « soins » n'est pas détaillée et partant à défaut de détails des soins prodigués, il s'avère impossible de vérifier si ces soins tombent sous le champ d'application de la prise en charge de l'assurance maladie ;

Attendu que la partie requérante sollicite encore l'application de l'article 19, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale ;

que l'alinéa 3 de l'article 19 du Code de la sécurité sociale dispose que : « *Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.* » ;

que cette disposition ne peut s'appliquer que si les soins ont été prodigués par un prestataire conventionné ;

que « Elysis a.s.b.l. » ne constitue cependant pas un prestataire conventionné ;

que l'application de l'article 19 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale requière en plus qu'un certificat circonstancié du médecin traitant soit fourni, pièce faisant défaut en l'espèce ;

qu'au vu des développements qui précèdent l'article 19 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale n'a pas vocation à s'appliquer ;

Attendu qu'en dernier lieu, la requérante sollicite une prise en charge conformément à l'article 76 des statuts de la CNS ;

qu'aux termes de l'article 76 des statuts de la CNS (dans sa teneur applicable au présent litige) :
« *Les cures de convalescence délivrées aux personnes protégées après une grande intervention chirurgicale, une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave par le Centre national de convalescence sont prises en charge par l'assurance maladie sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale à la suite d'une demande circonstanciée préalable du médecin traitant. (...)* » ;

qu'à défaut de demande circonstanciée préalable du médecin traitant ainsi que d'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale, les conditions de l'article 76 précité n'ont pas été respectées ;

Attendu qu'il y a partant lieu de conclure que le recours est à déclarer non fondé et que la décision entreprise est à confirmer. »

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 26 octobre 2018, X a régulièrement fait interjeter appel contre le prédit jugement.

Cet acte d'appel est conçu comme suit :

« A l'honneur de vous exposer très respectueusement par son mandataire soussigné Maître Jean Tonnar, avocat à la Cour, demeurant à L-4123 Esch-sur-Alzette, 29, rue du Fossé, en l'étude duquel domicile est élu ;

La dame X, née le [...], demeurant à [...]

Par la présente, la requérante interjette formellement appel contre la décision du Conseil Arbitral de la Sécurité Sociale n° CNS 247/17 du 27.09.2018, notifiée le 2.10.2018 et dont le dispositif est conçu comme suit :

« Par ces motifs,

le Conseil arbitral, statuant contradictoirement et en premier ressort,

déclare le recours recevable en la pure forme ;

quant au fond, déclare le recours non fondé en déboute. »

Attendu que la décision entreprise cause torts et griefs à la partie appelante en ce qu'elle n'a pas fait droit à ses explications ;

attendu qu'en effet la partie appelante, X, avait déposé un recours devant le Conseil arbitral de la Sécurité Sociale pour attaquer une décision du Comité directeur de la

Caisse Nationale de Santé rendue lors de la séance du 7.08.2017 et qui avait refusé la prise en charge de 6 factures acquittées concernant un séjour de la partie requérante du 8.03.2016 au 10.05.2016 auprès d'ELYSIS ASBL à Luxembourg, factures s'élevant à un montant total de 10.518,92.-€ ;

attendu qu'en effet, comme il a été expliqué dans la requête introductive d'instance déposée devant le Conseil arbitral de la Sécurité Sociale, la requérante a été victime d'un grave accident lors d'un séjour en Autriche, à Seefeld, lors d'une promenade en date du 1.03.2016 ;

attendu que l'ambulance et le médecin arrivés sur place à l'endroit de l'accident ont exigé que la victime, la dame X se rende immédiatement soit dans une clinique privée située à Hochrum soit à la clinique universitaire d'Innsbruck ;

attendu que la clinique à Hochrum a accueilli la victime immédiatement et la dame X a dû être opérée d'urgence le soir et la même nuit du 1.03.2016, alors qu'elle avait subi de multiples fractures du pied ;

attendu qu'en date du 7.03.2016 le médecin, le Docteur Martin WEBER de la clinique de Hochrum et qui a son cabinet à Innsbruck, Elisabethstraße n° 11, a décrit la suite de l'opération pour les deux à trois mois postopératoires ;

attendu qu'il était notamment indiqué « Hochlagerung, regelmäßige Wundkontrolle, Physiotherapie, Ruhigstellung in eine Unterschenkelschiene initial. Dann Übergang auf einen Walker. »

attendu qu'en date du lundi 7.03.2016 les deux médecins traitants de la clinique de Hochrum ont informé la requérante qu'elle pouvait être rapatriée en ambulance au Grand-Duché de Luxembourg le lendemain, soit le 8.03.2016 ;

attendu que la dame X, âgée à l'époque de pratiquement 83 ans, s'est retrouvée dans une situation tout à fait exceptionnelle alors qu'elle est seule dans la vie et qu'elle se trouvait dans l'obligation de trouver endéans les 24 heures une maison où séjourner pendant les deux à trois mois à venir afin de recevoir les soins indispensables, pour l'aider dans les actes de base de la vie courante et les soins nécessités par son état postopératoire, notamment la rééducation et la réhabilitation pour lui permettre de marcher à nouveau normalement ;

aucune solution n'ayant pu être trouvée, à savoir une maison de retraite ou une maison de soins ne l'acceptant pas, un hôpital à Luxembourg refusant tout accès à la victime qui était opérée et qui n'avait plus de raison d'être dans un hôpital, l'appelante s'est adressée à son médecin traitant, le Docteur Jean KOPPES, qui ne voyait d'autre solution, au vu de la situation désespérée de sa patiente, lui suggérait la maison de soins ELYSIS à Luxembourg-Kirchberg pour demander si éventuellement cette maison de soins ELYSIS disposait d'une chambre de vacances ou de séjour pour une durée déterminée ;

attendu qu'évidemment une demande avait également été formulée auprès du Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation du Kirchberg, ce dernier refusant évidemment l'admission de la dame X alors qu'il est surchargé de jeunes victimes d'accidents de la route et autres et ne voulant pas de personnes âgées de plus de 83 ans ;

sur ce par l'intermédiaire de différentes connaissances la dame X a pu bénéficier, avec énormément de chance, d'une chambre de séjour à durée déterminée à la maison de soins ELYSIS où elle a pu bénéficier pendant deux mois de soins et de rééducation, respectivement de réhabilitation, qui lui ont permis de progresser de façon suffisante pour lui permettre de rentrer chez elle dès qu'elle était prête à marcher à l'aide de béquilles ;

attendu que de tout cela il résulte que la requérante n'a pas voulu bénéficier d'un traitement de faveur, mais qu'elle a uniquement eu recours à la maison de soins ELYSIS alors que toutes les autres portes des maisons de soins, maisons de retraite, maison de réhabilitation, hôpitaux de tout le Grand-Duché de Luxembourg lui étaient fermées ;

attendu que c'est par conséquent à juste titre qu'en droit la requérante, respectivement son mandataire, se sont basés sur une violation de l'article 10.bis (1) de la Constitution et à la violation de l'article 1^{er} du protocole n° 12 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ;

attendu qu'aussi bien le Comité directeur de la Caisse Nationale de Santé que le Conseil arbitral de la Sécurité Sociale étaient d'accord à dire que tous les soins auraient été pris en charge si la requérante avait trouvé « refuge » dans une maison de soins, maison de retraite, hôpital de réhabilitation ou hôpital luxembourgeois conventionné ;

attendu que malheureusement cela fut rendu impossible à la partie requérante qui malgré toutes les demandes entreprises, s'est vue refermer toutes les portes et toutes les possibilités devant elle ;

attendu que ce n'est qu'en désespoir de cause et grâce à plusieurs intermédiaires que la requérante hospitalisée en Autriche a pu trouver une place pour une durée déterminée à la maison de soins ELYSIS ;

attendu que le jugement attaqué prévoit lui-même que l'article 19 du Code de la Sécurité Sociale prévoit à l'alinéa 3 :

« Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse Nationale de Santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la Sécurité Sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance »

attendu que tel fut précisément le cas alors que la requérante a remis un certificat circonstancié du médecin traitant indiquant clairement à la Caisse Nationale de Santé que la patiente n'avait d'autre possibilité que la maison de soins ELYSIS au vu du refus de toutes les autres possibilités offertes au Grand-Duché de Luxembourg ;

attendu que la partie appelante se réserve le droit de produire encore un certificat médical informant le Conseil Supérieur de la non-disponibilité d'une autre place ;

attendu que la requérante a été renvoyée par ambulance le mardi 8.03.2016 de Hochrum en Autriche au Grand-Duché de Luxembourg et ni la Caisse Nationale de Santé, ni le Contrôle médical de la Sécurité Sociale n'avaient le temps d'aviser la demande de la dame X au vu de l'urgence ;

qu'elle ne pouvait attendre dans son appartement l'avis du Contrôle médical alors qu'elle n'avait pas de possibilité de rester seule dans son appartement ;

attendu qu'à ce moment la partie appelante n'avait pas non plus la possibilité de vérifier si ELYSIS ASBL est à considérer comme un prestataire visé par les conventions conclues en vertu des articles 61 et 75 du Code de la Sécurité Sociale ;

attendu que la requérante n'avait pas les moyens de vérifier si ELYSIS est conventionné ou non;

attendu que par ailleurs cela n'aurait rien changé alors que le problème demeurait, à savoir qu'elle restait toujours devant une porte fermée d'un établissement « conventionné » ;

dans ces conditions même si elle avait su qu'ELYSIS n'était pas conventionné, quod non, elle n'aurait pas pu faire autrement que de se rendre dans cette unique institution qui lui ouvrait une possibilité de séjour à durée déterminée ;

attendu que par conséquent les 6 factures concernant le séjour de la partie appelante du 8.03.2016 au 10.05.2016 auraient dû être prises en charge ;

la décision est par conséquent à réformer ;

attendu qu'en ordre subsidiaire la partie appelante a sollicité l'application de l'article 19 alinéa 3 qui prévoit que dans les cas exceptionnels un tarif pourrait être fixé par la Caisse Nationale de Santé ;

attendu que là encore c'est à tort que le Conseil arbitral de la Sécurité Sociale reproche à la partie appelante qu'ELYSIS ne serait pas un prestataire conventionné et que dans ces conditions elle ne pourrait pas bénéficier de l'application de l'article 19 alinéa 3 du Code de la Sécurité Sociale ;

attendu qu'en dernier lieu la partie appelante a sollicité une prise en charge conformément à l'article 76 des statuts de la CNS, la décision attaquée est absurde dans la mesure où elle fait état d'un défaut de demande circonstanciée préalable du médecin traitant ainsi que de l'autorisation du Contrôle médical de la Sécurité Sociale, tout cela exigé par l'article 76 des statuts de la CNS ;

attendu qu'il a déjà été expliqué longuement qu'aucune demande circonstanciée n'a pu être introduite par le médecin traitant au préalable alors que le médecin traitant se trouvait au Luxembourg et la partie appelante en Autriche et que dans ces conditions l'article 76 devrait néanmoins jouer et la partie appelante devrait bénéficier des prestations qui en tout état de cause auraient été prises en charge telles que kiné et tous les autres soins prodigués à ELYSIS en faveur de l'appelante, sans les frais de séjour ;

attendu qu'il convient encore de rajouter pour être complet que le médecin traitant a bien expliqué sa demande de transfert de la victime au Centre Elysis dans un rapport circonstancié du 8.03.2016 ;

que par conséquent l'article 76 aurait dû s'appliquer ;

pour toutes ces raisons et d'autres à développer en cours d'instance, la partie appelante demande à voir réformer la décision du Conseil arbitral de la Sécurité Sociale du 17.09.2018 dans son intégralité ;

la partie appelante se réserve tous autres droits, dus, moyens et actions ;

A CES CAUSES :

La partie appelante conclut à ce qu'il Vous plaise, Mesdames / Messieurs les Président et Conseillers, composant le Conseil Supérieur de la Sécurité Sociale de et à Luxembourg,

Voir l'appel interjeté recevable en la forme et le dire justifié au fond.

Réformer la décision du Conseil Arbitral du 17.09.2018, notifiée le 2.10.2018, et dire que l'appelante, X, a droit à la prise en charge par la CNS de 6 factures acquittées concernant un séjour de la partie requérante du 8.03.2016 au 10.05.2016 auprès d'ELYSIS ASBL à Luxembourg pour un montant total de 10.518,92.-€ ;

en ordre subsidiaire dire que la partie appelante a droit aux prestations qui en tout état de cause auraient dû être prises en charge dans n'importe quel établissement conventionné tel que soins de kinésithérapie, soins de massages, soins des plaies, soins de surveillance de cicatrisation, ... ;

réserver à la partie appelante le droit de produire toutes autres pièces ;

voir statuer sur les frais ce qu'en droit il appartiendra,

réserver à la partie requérante tous autres droits, dus, moyens et actions. »

Sur demande du Conseil supérieur de la sécurité sociale la CNS a versé une prise de position en date du 16 mars 2019, dont la teneur est la suivante :

« Conformément à votre demande datée du 8 mai 2019, je vous prie de trouver ci-après les conclusions de la Caisse nationale de santé concernant la requête d'appel de Maître Jean TONNAR.

Principalement, la Caisse nationale de santé demande à ce que l'appel soit déclaré irrecevable alors que la demande de Madame X — tant à titre principal, qu'à titre subsidiaire - n'est pas formulée de façon suffisamment précise pour permettre de déterminer de quelles prestations il s'agit en l'espèce par rapport à la nomenclature.

Les montants réclamés à titre principal ne sont ni ventilés, ni libellés de façon suffisamment précise pour permettre leur identification par rapport à la nomenclature.

La demande formulée à titre subsidiaire est à qualifier d'illicite. Il ne peut être fait droit à une demande d'accord de « *prestations qui en tout état de cause auraient dû être prises en charge dans n'importe quel établissement conventionné tel que soins de kinésithérapie, soins de massages, soins de plaies, soins de surveillance de cicatrisation, ...* », soit une demande non

exhaustive, non définie par rapport à la nomenclature (article 19 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale).

Aussi bien la Caisse nationale de santé que le Conseil supérieur de la sécurité sociale doivent pouvoir contrôler la nécessité et la véracité des prestations — qui doivent être définies par rapport à la nomenclature.

L'appel est partant irrecevable pour violation de l'alinéa 2 de l'article 1^{er} du règlement grand-ducal modifié du 24 décembre 1993 déterminant en application de l'article 455 du Code de la sécurité sociale la procédure à suivre devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale et le Conseil supérieur de la sécurité sociale, ainsi que les délais et frais de justice.

A titre subsidiaire, la Caisse nationale de santé maintient dans son intégralité les développements contenus dans la décision de refus de prise en charge de son Comité directeur datée du 7 août 2017 (pièce n° 10) et apporte les précisions suivantes :

Il ressort du courrier du mandataire de l'assurée du 25 août 2016 (pièces 5.2) que Madame X lors de son opération - le 1^{er} mars 2016 - fut informée qu'elle séjournerait 8 jours après l'opération à la clinique à Hochrum. Pour la prise en charge des frais de l'opération, du séjour et des frais retour à Luxembourg, il fut directement pris contact avec la Caisse Médico Complémentaire Mutualiste (CMCM).

La veille de la fin du séjour hospitalier de 8 jours, soit le 7 mars 2016, le Dr Martin WEBER organisa le retour de Madame X en ambulance et l'informa des suites thérapeutiques.

Madame X a ainsi pu contacter son médecin traitant le Dr Jean KOPPES à Luxembourg pour que ce dernier s'occupe des suites thérapeutiques à Luxembourg.

Ainsi le jour de son retour à Luxembourg, le Dr KOPPES demanda une admission à la maison de soins ELYSIS pour le motif : « *Madame X vit seule, et aucun appui sur la jambe fracturée n'est permis pendant plusieurs semaines, de sorte que pour ces 2-3 mois un maintien à domicile est impossible. De même, Madame X a besoin d'aide pour les actes de base de la vie courante (Habillage, hygiène, cuisine).* »

Le mandataire de Madame X affirme qu'elle n'avait pas d'autre choix et que cette dernière était à ce moment dans l'incapacité d'introduire une demande préalable auprès de la Caisse nationale de santé. Il s'agit d'affirmations qui restent en l'état de pures allégations.

Il semble invraisemblable qu'aussi bien les médecins traitants que les « *différentes connaissances* » qui lui ont permis de trouver une chambre n'aient pas été informés et n'ont pas informés Madame X que l'ELYSIS n'est pas un établissement de convalescence conventionné avec la Caisse nationale de santé.

La question de prise en charge des soins est une question fondamentale qui fait forcément l'objet d'un entretien lors de l'admission dans un tel centre.

Il est également difficile de croire qu'il n'y avait plus de place dans une structure conventionnée ou hospitalière, respectivement qu'il était impossible d'avoir une place dans les jours suivants.

Il est plus vraisemblable que le choix d'aller dans la maison de soins ELYSIS fut un choix pris en connaissance de cause - ce qui explique pourquoi il n'y a pas eu de demande de prise en charge préalable auprès de la Caisse nationale de santé.

La situation de Madame X découle de choix pris par ses médecins traitants, en principe avec l'accord avec leur patient. La Caisse nationale de santé n'intervient pas dans ces choix.

Les médecins (aussi bien à l'étranger qu'au Luxembourg) sont habitués à organiser le transport de malades vers divers pays et diverses institutions dans des délais beaucoup plus courts que celui de 24 H.

Le Dr Martin WEBER et le Dr Jean KOPPEs en l'espèce se sont occupés aussi bien du transport que de la prise en charge thérapeutique de Madame X. Ils ont pris des décisions et fait des choix — dont les frais ne peuvent pas être pris en charge par la Caisse nationale de santé pour des raisons de contraintes législatives.

Il est inadmissible qu'il soit simplement affirmé qu'il n'y avait pas d'autre choix pour contourner le système de santé existant.

Contrairement à ce qu'affirme le mandataire de l'assurée, ni le Comité directeur de la Caisse nationale de santé, ni le Conseil arbitral de la sécurité sociale étaient d'accord à dire que tous les soins auraient été pris en charge si la requérante avait été dans une autre maison de soins.

Le mandataire de Madame X semble vouloir continuer à ignorer ce qu'il faut entendre par « *le poste de soins n'est pas détaillé* » et qu'à défaut il est impossible d'accorder une prise en charge.

Il est évident que la Caisse nationale de santé ne peut accorder le remboursement de soins qui ne sont pas prévus par la nomenclature.

La pièce 9.32 donne un aperçu de la nécessité qu'il soit précisé ce qui se cache derrière les montants réclamés.

Il est étonnant que l'assurée puisse prétendre avoir droit au remboursement à titre de « soins » le vin consommé lors de son séjour à la maison de soins ELYSIS, des soins esthétiques tels qu'une coupe de cheveux et des « achats en pharmacie » (pièces 9.11 et 9.32).

Il ressort de ce qui précède ainsi que des développements contenus dans la décision du comité directeur en cause que c'est à bon droit qu'en première instance il fut déclaré non fondé le recours introduit par l'assurée.

Partant, à titre subsidiaire, il y a lieu de dire l'appel non fondé et de confirmer le jugement de première instance.

La Caisse nationale de santé se réserve le droit d'invoquer d'autres moyens et pièces à faire valoir en temps et lieu suivant qu'il appartiendra. »

Les faits :

Il n'est pas contesté que le 1^{er} mars 2016 l'appelante a été victime d'une chute à Seefeld en Autriche, à la suite de laquelle elle a été opérée d'urgence à la Privatklinik Hochrum d'une luxation-fracture de la cheville avec arrachement astragale du pied droit. Elle a été rapatriée au Luxembourg par ambulance le 8 mars 2016 où elle a été accueillie pendant huit semaines par la maison de soins Elysis A.s.b.l. en tant que pensionnaire temporaire en convalescence. La partie appelante est en aveu que la maison de soins Elysis A.s.b.l. l'a parfaitement rendue attentif au fait qu'elle n'est pas un établissement conventionné et que les frais occasionnés par ce séjour ne seraient pas pris en charge par la CNS.

Les deux factures émises par la maison de soins Elysis A.s.b.l. pour frais d'hébergement et de soins que l'appelante a néanmoins présenté pour remboursement à la CNS n'ont effectivement pas été prises en charge au motif que les prestations reprises sur les factures litigieuses ne sont pas inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du CSS et dans les listes prévues par les statuts de la CNS.

Le médecin traitant au Luxembourg de l'appelante, le docteur Jean KOPPES, avait émis un certificat à l'attention de la maison de soins Elysis A.s.b.l., dans lequel il expliquait que l'appelante vivait seule et qu'aucun appui sur la jambe fracturée n'était permis pendant plusieurs semaines, de sorte que pendant deux à trois mois un maintien à domicile était impossible et qu'elle avait besoin d'aide pour les actes de base de la vie courante (habillage, hygiène, cuisine).

Quant à la procédure :

La partie intimée CNS a soulevé l'irrecevabilité de l'appel pour violation de l'article 1^{er} du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993, les montant réclamés n'étant ni ventilés, ni libellés de façon suffisamment précise pour permettre leur identification par rapport à la nomenclature.

L'article 1^{er} alinéa 2 du règlement grand-ducal du 24 décembre 1993, applicable devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale en vertu de l'article 21 du même règlement, dispose que la requête doit énoncer l'objet de la demande et un exposé sommaire des moyens.

La requête d'appel comportant plusieurs pages de motivation satisfait manifestement à cette exigence. La partie intimée semble ici confondre recevabilité de la requête d'appel avec bien-fondé de l'appel.

Quant au fond :

S'agissant initialement d'une demande de prise en charge de frais et soins, les dispositions suivantes sont d'application

- dans le code de la sécurité sociale :

« **Art. 17.** *Sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée:*

- 1) les soins de médecine;
- 2) les soins de médecine dentaire;
- 3) les traitements effectués par les professionnels de santé;
- 4) les analyses de biologie médicale;
- 5) les orthèses, prothèses, épithèses et implants dentaires;
- 6) les médicaments, le sang humain et les composants sanguins;
- 7) les dispositifs médicaux;
- 8) les traitements effectués en milieu hospitalier;
- 9) les frais de séjour à l'hôpital en cas d'accouchement et en cas d'hospitalisation sauf pour le cas de simple hébergement;
- 10) les cures thérapeutiques et de convalescence;
- 11) les soins de rééducations et de réadaptations fonctionnelles;
- 12) les frais de transport des malades;
- 13) les soins palliatifs suivant les modalités d'attribution précisées par règlement grand-ducal;
- 14) les psychothérapies visant le traitement d'un trouble mental.

Art. 19. *Les assurés sont libres de s'adresser aux prestataires de soins de leur choix.*

Ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.

Cependant dans des cas exceptionnels à constater par la Caisse nationale de santé sur base d'un certificat circonstancié du médecin traitant, l'acte ne figurant pas dans la nomenclature peut être pris en charge sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale qui fixe un tarif en assimilant cet acte à un autre acte de même importance.

Les personnes bénéficiant des prestations en nature de l'assurance dépendance n'ont droit à la prise en charge des actes inscrits à la nomenclature des infirmiers que si ces actes sont dispensés par le réseau ou l'établissement d'aides et de soins ayant conclu un contrat d'aides et de soins.

*Art. 61. Sans préjudice de la disposition de l'alinéa 3 de l'article 60, les rapports entre l'assurance maladie et les prestataires de soins exerçant légalement leur profession au Grand-Duché de Luxembourg en dehors du secteur hospitalier sont définis par des conventions écrites ou par des sentences arbitrales conformément aux dispositions légales et réglementaires.
(...)*

Tout arrangement conclu par les parties à quelque titre que ce soit, qui ne suit pas les procédures ou ne revêt pas les formes prescrites, est nul et non avenu.

Art. 65. 1 Les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes.

2 Dans chacune des nomenclatures des prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 4), 12) et 13), chaque acte ou service est désigné par la même lettre-clé et par un coefficient. La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est fixée par voie conventionnelle. Le coefficient est un nombre exprimant la valeur relative de chaque acte professionnel inscrit dans chacune des nomenclatures visées au présent alinéa tenant compte de la durée, de la compétence technique et de l'effort intellectuel requis pour dispenser cet acte professionnel.

3 Dans la nomenclature des médecins les spécialités médicales et des normes de compétences spécifiques et d'expériences professionnelles sont détaillées. La nomenclature peut en outre prévoir une orientation prioritaire ou exclusive de la dispensation de certains actes vers des services et centres de compétences hospitaliers tels que définis dans la loi sur les établissements hospitaliers.

4 Lorsque l'acte ou le service professionnel implique l'utilisation d'un appareil, la nomenclature peut fixer un forfait couvrant les frais directs et indirects résultant de l'utilisation de l'appareil.

5 Les nomenclatures peuvent prévoir une cotation forfaitaire pour un ensemble d'actes ou services professionnels dispensés pour une période ou un traitement déterminé. Cette cotation forfaitaire s'impose pour les prestations de soins de la profession d'infirmier à l'égard des personnes dépendantes au sens du Livre V et pour les actes et services dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12).

6 Elles peuvent également prévoir la réduction ou l'augmentation du tarif des actes et services dans des conditions qu'elles déterminent.

7 Les nomenclatures des actes, services professionnels et prothèses sont déterminées par des règlements grand-ducaux sur base d'une recommandation circonstanciée de la Commission de nomenclature.

Art. 75. Les modalités de prise en charge sont réglées par une convention écrite conclue par la Caisse nationale de santé avec les groupements des hôpitaux possédant la qualité et ayant un caractère suffisamment représentatif. La représentativité des groupements des hôpitaux s'apprécie en fonction du nombre de leurs membres et de leur ancienneté.

La même convention a pour objet l'institution de la commission des budgets hospitaliers visée aux alinéas 3 et 4 de l'article 77. »

- dans les statuts de la CNS :

« Art. 12. Les prestations et fournitures prises en charge par l'assurance maladie au Luxembourg sont limitées à celles prévues à l'article 17 du Code de la sécurité sociale et qui sont inscrites dans les nomenclatures visées à l'article 65 du même code ou dans les listes prévues par les présents statuts.

Une liste formant annexe et partie intégrante des présents statuts indique les affections, les traitements ainsi que les moyens de diagnostic exclus de la prise en charge.

Dans le cadre des présents statuts les termes "assurance maladie" comprennent également l'assurance contre les accidents.

Art. 76. Les cures de convalescence délivrées aux personnes protégées après une grande intervention chirurgicale, une hospitalisation de longue durée ou après une maladie grave par le Centre national de convalescence sont prises en charge par l'assurance maladie sur autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale à la suite d'une demande circonstanciée préalable du médecin traitant.

Les forfaits pour les cures de convalescence prévus dans la nomenclature afférente sont pris en charge jusqu'à concurrence d'un montant de sept euros soixante-treize cents (7,73 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

Le montant journalier pris en charge par l'assurance maladie pour le séjour du curiste est fixé forfaitairement à six euros cinquante cents (6,50 €) par jour au nombre cent de l'indice pondéré du coût de la vie au 1^{er} janvier 1948.

Les montants visés aux alinéas précédents sont dus par journée effectivement passée au Centre national de convalescence. La prise en charge des frais pour une cure de convalescence ne peut dépasser vingt et un jours par cas. »

La partie appelante ne conteste pas que la maison de soins Elysis A.s.b.l. n'est pas un établissement conventionné.

La partie appelante ne rapporte pas la preuve que les actes et soins litigieux sont inscrits dans la nomenclature visée par l'article 65 du CSS.

La partie appelante ne rapporte pas la preuve du « refus de toutes les autres possibilités offertes au Luxembourg » et plus particulièrement des établissements conventionnés, et que la maison de soins Elysis A.s.b.l. était la seule possibilité qui lui restait dans l'urgence où elle se trouvait.

La partie appelante invoque l'article 19 paragraphe 3 du CSS.

Le Conseil arbitral de la sécurité sociale avait estimé que ce texte n'avait pas vocation à s'appliquer, alors que les soins n'ont pas été prodigués par un prestataire conventionné.

L'article 19 paragraphe 3 du CSS ne dispose pas expressément qu'il ne s'applique que si les soins sont prodigués par un prestataire de soins conventionné, mais il énonce uniquement une exception à l'obligation prévue par l'article 65 du CSS suivant lequel les soins ne peuvent être pris en charge que s'ils sont inscrits dans la nomenclature et non pas une exception pour le cas où les soins ont été prodigués par un établissement non conventionné.

A ce propos il y a lieu de se référer aux commentaires des articles page 65 des documents parlementaires n° 6196 :

« Point 7° - article 19, alinéa 3 CSS

L'actuel terminologie "pathologie inhabituelle" ne permettant pas d'assimiler les traitements faits avec une technique non reprise par la nomenclature parce qu'elle est rarement pratiquée dans la pratique courante ou innovante, l'alinéa 3 est reformulé: l'assimilation est faite au cas par cas en passant par la procédure décisionnelle ordinaire, sur avis du Contrôle médical de la sécurité sociale. »

Il en découle que l'article 19 alinéa 3 du CSS ne concerne manifestement que les traitements non repris dans la nomenclature.

Pour le surplus il résulte clairement de l'article 12 des statuts de la CNS que : « *Les prestations ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur dispensation a été réalisée conformément aux stipulations des conventions visées aux articles 61 et 75 du Code de la sécurité sociale.* »

Les actes et soins n'ayant pas été prodigués par un établissement conventionné, la CNS sur avis du CMSS n'était de toute manière pas habilitée à procéder par assimilation pour des actes et soins non-inscrits à la nomenclature.

Il résulte de ce qui précède que l'appel est à déclarer non fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

déclare l'appel recevable,

le dit cependant non fondé,

partant,

confirme le jugement entrepris.

La lecture du présent arrêt a été faite à l'audience publique du 27 juin 2019 par Monsieur le Président Pierre Calmes, en présence de Monsieur Jean-Paul Sinner, secrétaire.

Le Président,
signé: Calmes

Le Secrétaire,
signé: Sinner