

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SECURITE SOCIALE

Audience publique du onze février 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
Mme	Marie-Anne Ketter, premier conseiller de gouvernement, Luxbg.,	assesseur-employeur
M.	Michel Cloos, instituteur e.r., Fentange,	assesseur-assuré
M.	Jean-Paul Sinner,	secrétaire



ENTRE:

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

ET:

X née le [...], demeurant à [...],
intimée,
comparant en personne.

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 9 octobre 2018, la Caisse nationale de santé a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale le 16 août 2018, dans la cause pendante entre elle et X, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral de la sécurité sociale, statuant contradictoirement et en dernier ressort, quant à la forme, déclare le recours recevable, quant au fond, déclare le recours fondé et y fait droit : réforme la décision entreprise et renvoie l'affaire en prosécution de cause devant la Caisse nationale de santé.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 28 janvier 2019, à laquelle le rapporteur désigné, Madame Mylène Regenwetter, fit l'exposé de l'affaire.

Monsieur Mike Walch, pour l'appelante, maintint les moyens et conclusions de la requête d'appel déposée au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 9 octobre 2018.

Madame X conclut à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 16 août 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:

Par décision du 24 août 2017, le comité directeur de la Caisse nationale de santé (ci-après CNS), en confirmant la décision présidentielle du 11 avril 2017, a rejeté la demande de X, formulée par le biais du docteur Serge SCHMITZ le 27 janvier 2017, tendant à la prise en charge pour une cruroplastie (code 2G38 lipectomie des parties internes des cuisses) au motif que suivant l'avis du médecin-conseil de l'Administration du contrôle médical de la sécurité sociale (ci-après CMSS) du 2 juin 2017, les critères de prise en charge ne sont pas remplis à défaut de remplir les conditions prévues à l'annexe C des statuts, point 11 sous 3).

Suite au recours introduit par X, le Conseil arbitral de la sécurité sociale a, par jugement du 16 août 2018, déclaré le recours fondé. Pour statuer ainsi, il a notamment retenu qu'à défaut d'éléments médicaux pertinents, concluants et convaincants susceptibles d'établir une causalité de cette gêne fonctionnelle extérieure à l'excédent cutanéograsseux, voire une causalité de cet excédent extérieure à la perte de poids documentée de 20 % au moins, force est d'en déduire qu'au vu des seuls éléments du dossier, les conditions visées au point 11) sous 3) de l'annexe C des statuts de la CNS sont remplies. Il a par ailleurs estimé que l'objet de l'affaire, circonscrit par le libellé de la décision entreprise ne fait mention que d'un acte 2G38 dont le tarif demeure inférieur au montant de 1250 euros visé à charge d'appel aux articles 455, alinéa 3 et 83, alinéa 2 du code de la sécurité sociale (ci-après CSS) et comme la décision entreprise ne fait pas mention d'autres postes, actes, prestations ou frais accessoires, les éléments nouveaux exposés à l'audience ne sauraient être pris en considération, de sorte que le jugement a été rendu en dernier ressort.

La CNS, par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 9 octobre 2018, a interjeté appel contre ce jugement en objectant qu'il n'aurait pas dû intervenir en dernier ressort, mais en premier ressort, et en concluant à la réformation de la décision concernant la lipectomie (code 2G38). Elle expose que X avait au moment de la demande introduite le 27 janvier 2017 un poids de 82 kilos et à l'examen du 20 mars 2017 par le CMSS un poids de 76,6 kilos. Suivant le certificat de son gynécologue, elle présentait en fin de grossesse le 12 novembre 2008, 104,3 kilos et le 12 décembre 2013 96,7 kilos, trois ans plus

tard, suivant le certificat du docteur Serge SCHMITZ, elle avait perdu le 27 janvier 2017 14,7 kilos pour peser 82 kilos et, 7 semaines plus tard, lors du contrôle, elle avait encore perdu 5,4 kilos de sorte qu'à prendre en considération comme point de départ soit le poids de 96,7 kilos, soit le poids de 88 kilos, la perte de poids serait toujours inférieur à 20 % au moment de la demande. Elle donne à considérer que conformément à un arrêt du Conseil supérieur de la sécurité sociale du 29 février 2016 (CNS/Y) il a expressément été retenu qu'il n'y a pas lieu de prendre comme point de départ le poids existant à la fin de la grossesse.

À titre subsidiaire, elle estime que pour autant que le Conseil supérieur de la sécurité sociale envisagerait de considérer le poids retenu lors de l'examen du CMSS le 20 mars 2017 avec comme point de départ un poids de 96,7 kilos, il y aurait une perte de poids de 20,8%, mais alors le critère de la stabilité requise ne serait pas rempli vu qu'endéans sept semaines X avait perdu 5,4 kilos et, de par ses propres déclarations, envisageait d'en perdre encore d'avantage. Finalement, elle remarque que l'intimée a subi le 2 février 2018 une autoplastie par rotation ou par glissement de sorte que conformément à l'annexe C, point 11, sous 6 des statuts de la CNS une prise en charge de la lipectomie ne saurait de toute façon pas être accordée.

L'intimée se rapporte à prudence de justice quant à la recevabilité de l'appel et, quant au fond, elle sollicite la confirmation du jugement. Elle estime remplir les critères exigés, à savoir d'avoir présenté un excédent cutanéograsseux entraînant une gêne fonctionnelle qui est la conséquence d'une perte de 20% de son poids et que cette perte documentée serait stabilisée. Elle ne conteste pas avoir subi le 2 février 2018 une autoplastie par rotation mais estime que cette intervention n'a pas concerné la même région du corps.

Avant tout autre progrès en cause il y a lieu d'examiner la recevabilité de l'appel.

A) quant à la recevabilité de l'appel

L'appelante soutient que c'est à tort que le premier jugement a été rendu en dernier ressort en estimant que l'enjeu du litige a une valeur inférieure à 1.250 euros. Elle fait valoir que, saisie d'une demande de prise en charge d'une lipectomie des parties internes des cuisses, les frais ne se limitent pas seulement, comme retenu par les premiers juges, au tarif prévu pour l'acte 2G38, mais nécessite également la prise en charge des frais d'anesthésie, du passage au bloc opératoire, des traitements effectués en milieu hospitalier et des frais d'hospitalisation sinon du traitement ambulatoire dépassant largement les 2.500 euros. Elle demande partant de déclarer l'appel recevable.

L'intimée n'a pas autrement contesté que l'acte proprement visé sub 2G38 comporte et englobe d'autres prestations formant un tout. Il n'est pas non plus contesté que cette activité, conformément à l'article 75 du code de la sécurité sociale, est opposable à la CNS.

Au moment de la demande initiale, l'acte 2G38 était rémunéré à 427,40 euros, il nécessite une anesthésie (acte 2G38 A) qui correspond à 45% du coefficient de l'acte en cause, soit à 192,33 euros. Le coût pour un passage en salle opératoire s'élevait au moment de la demande à 1.644,70 euros. Les frais d'hospitalisation pour une journée se chiffraient en ce qui concerne la quote-part de la CNS à 474,20 euros sinon en cas de traitement ambulatoire, les frais de surveillance des patients ambulatoires qui s'élevaient au moment de la demande à 385,80 euros, sommes auxquelles il y a lieu d'ajouter des consultations médicales, des actes d'imagerie médicale et le cas échéant les honoraires d'une assistance opératoire.

L'enjeu du litige ne peut donc pas être cantonné au seul tarif de l'acte 2G38 proprement dit, mais doit bien englober toutes les interventions et tous les traitements nécessaires pour mener à bien l'intervention chirurgicale de l'acte 2G38 (cf. Conseil supérieur de la sécurité sociale du 29 février 2016, CNS/Y).

Au vu de ces développements, la valeur du litige dépasse la somme de 1.250 euros de sorte que l'appel est recevable en application de l'article 455, alinéa 3 du code de la sécurité sociale.

B) quant au fond

L'appel tend à la réformation de la décision concernant une prise en charge de l'acte 2G38 (lipectomie des parties internes des cuisses).

L'article 21 du CSS dispose que « *la prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et taux déterminés par les statuts* ».

Selon l'article 23 du même code, les prestations à charge de l'assurance maladie « *ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire* ».

En application des dispositions de l'annexe C point 11) des statuts de la CNS, dans sa version applicable au litige, l'assurance maladie ne prend en charge les interventions de lipectomie inscrites sous les codes 2G36, 2G37 ou 2G38 que dans les conditions suivantes:

1. la personne protégée est âgée de 18 ans minimum accomplis le jour de l'intervention
2. la personne protégée présente un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 30
3. la personne protégée présente un excédent cutanéograsseux entraînant une gêne fonctionnelle qui est la conséquence d'une perte de poids documentée et stabilisée d'au moins 20%
4. (...)
5. en cas de perte de poids suite à une chirurgie bariatrique, celle-ci doit avoir fait l'objet d'une autorisation préalable du Contrôle médical de la sécurité sociale
6. pour cette personne protégée aucune intervention de ce type pour la même région du corps n'a déjà été prise en charge par l'assurance maladie.

Il convient de relever que, face à la contestation formelle de l'intimée que l'intervention qu'elle a subie au mois de février 2018 soit intervenue pour la même région du corps, aucun élément du dossier ne permet au Conseil supérieur de la sécurité sociale de vérifier l'affirmation de la CNS que X se trouve dans l'hypothèse énumérée par le point 6, à défaut de la moindre pièce versée sous ce rapport.

Selon les deux avis du CMSS des 20 mars 2017 et 2 juin 2017, les conditions exigées sub 3 ne sont pas remplies à défaut d'un excédent cutanéograsseux entraînant une gêne fonctionnelle qui serait la conséquence d'une perte de poids documentée et stabilisée d'au moins 20%.

Il résulte de l'avis du 20 mars 2017 du médecin-conseil du CMSS qu' « *il s'agit d'une assurée de 41 ans qui selon ses dires, aurait perdu environ 30% de son poids à la suite d'un régime alimentaire volontaire. Cette perte de poids n'est toutefois pas documentée et il persiste un surpoids avec un BMI à 27,8 kg/m². De plus, ce poids n'est pas stabilisé. L'assurée est actuellement en phase de perte de poids et souhaiterait perdre encore 4 à 5 kilos. À l'examen*

clinique, les dégradations à la face interne des cuisses sont modérées et n'entraînent pas de gêne fonctionnelle objective. L'excédent cutanéograisseux est essentiellement lié à un surpoids encore persistant. Aussi, face à l'ensemble des éléments du dossier, les conditions statutaires ne sont pas remplies pour justifier la prise en charge ».

Il résulte du certificat du docteur Romain WEIS, gynécologue-obstétricien, du 6 mars 2017 que X a présenté un poids documenté maximal de 104,3 kilos le 12 novembre 2008, en fin de grossesse, et de 96,7 kilos le 12 décembre 2013. Le docteur René SCHALBAR, médecin généraliste, dans son certificat du 19 juillet 2018, certifie que X souffrait depuis 1998 d'une surcharge pondérale avec des poids variant entre 92 et 98 kilos, s'accroissant encore pendant la grossesse en 2008.

C'est à juste titre que l'appelante fait référence à un arrêt du Conseil supérieur de la sécurité sociale du 29 février 2016 (N°2015/0114) pour conclure qu'on ne peut prendre comme poids maximum le poids de 104,3 kilos présenté en fin de grossesse. En effet, cet arrêt avait retenu : *« Il tombe sous le sens que la perte de poids documentée et stabilisée mentionnée à l'annexe C point 11) précitée ne vise pas la suite d'un accouchement mais la perte de poids réalisée dans le cadre d'un traitement contre l'obésité. Ce texte est clair et le législateur n'avait pas besoin de préciser que la perte de poids doit être mesurée en dehors de tout état de grossesse. En effet, la variation du poids de la requérante avant et après l'accouchement n'est pas la conséquence d'une perte de poids visée à l'annexe C point 11) mais une suite de son accouchement ».*

Dans la présente affaire, le poids maximum suffisamment documenté est celui relevé par son gynécologue le 12 décembre 2013, à savoir 96,7 kilos, et le poids indiqué au moment de la demande le 27 janvier 2017 est de 82 kilos, de sorte que la condition d'une perte de poids d'au moins 20% n'est pas donnée. Même dans l'hypothèse d'une prise en considération du poids relevé au moment du contrôle par le CMSS de 76,6 kilos, les conditions exigées ne se trouvent pas non plus réunies dans la mesure où la différence notable de poids enregistrée endéans sept semaines ne saurait permettre de conclure à une stabilisation, indépendamment des propos tenus par X de vouloir davantage perdre de poids et indépendamment du fait que X n'a versé aucune pièce médicale permettant d'énervier la conclusion du médecin-conseil que l'excès cutanéograisseux n'a pas entraîné une gêne fonctionnelle.

Au vu de ce qui précède, il est établi que l'intimée ne remplit pas les conditions légales justifiant la prise en charge de la lipectomie sollicitée (code 2G38) et c'est à tort que le Conseil arbitral a déclaré son recours fondé.

L'appel de la CNS est partant fondé.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

statuant sur le rapport oral de l'assesseur-magistrat délégué et contradictoirement entre parties,

déclare l'appel de la Caisse nationale de santé recevable et fondé,

par réformation du jugement du 16 août 2018,

dit que la Caisse nationale de santé n'est pas tenue de prendre en charge l'intervention chirurgicale sous le code 2G38 de la nomenclature des actes et services des médecins.

La lecture du présent arrêt a été faite à l'audience publique du 11 février 2019 par Monsieur le Président Pierre Calmes, en présence de Monsieur Jean-Paul Sinner, secrétaire.

Le Président,
signé: Calmes

Le Secrétaire,
signé: Sinner