GRAND-DUCHE DU LUXEMBOURG

No. du reg.: CSSDB 2025/0096 No. : 2025/0266

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SECURITE SOCIALE

Audience publique du onze décembre deux mille vingt-cinq

Composition:

Mylène REGENWETTER, président de chambre à la Cour d'appel, président

Vincent FRANCK, 1er conseiller à la Cour d'appel, assesseur-magistrat

Martine DISIVISCOUR, 1er conseiller à la Cour d'appel, assesseur-magistrat

Kevin PIRROTTE, secrétaire

ENTRE:

X, pharmacien, demeurant professionnellement à […],
appelant,
assisté de Maître Olivier KRONSHAGEN, avocat à la Cour, en remplacement de Maître Arsène KRONSHAGEN, avocat à la Cour, les deux demeurant à Luxembourg ;

ET:

la CAISSE NATIONALE DE SANTE, établie à Luxembourg, représentée par son président actuellement en fonction,
intimée,
comparant par Maître Pierre GOERENS, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

Par requête parvenue au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 14 mai 2025, X a interjeté appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale le 4 avril 2025, dans la cause pendante entre lui et la Caisse nationale de santé, et dont le dispositif est conçu comme suit : « *Par ces motifs, le Conseil arbitral de la sécurité sociale, statuant contradictoirement et en premier ressort, quant à la forme, déclare le recours de la Caisse national de santé recevable, dit qu'il n'y a pas lieu d'instituer des mesures d'investigations supplémentaires, quant au fond, déclare le recours fondé et par réformation de la décision du 5 octobre 2022 de la Commission de surveillance de la sécurité sociale dit que la Caisse national de santé n'a pas à prendre en charge le décompte mensuel du mois de septembre 2021 du sieur X* ».

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 20 novembre 2025, à laquelle le rapporteur désigné fit l'exposé de l'affaire.

Olivier KRONSHAGEN, pour l'appelant, entendu en ses conclusions.

Maître Pierre GOERENS, pour l'intimée, entendu en ses conclusions.

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

Par décision prise en réunion du 5 octobre 2022, signée le 15 février 2023 et remise à la poste le 16 février 2023, la Commission de surveillance de la sécurité sociale, a réformé, sur opposition de X, la décision présidentielle rendue par la Caisse nationale de santé (ci-après la CNS) du 12 novembre 2021 ayant refusé de prendre en charge le décompte tiers-payant présenté par X pour le mois de septembre 2021 d'un montant de 65.479,59 euros au motif que les ordonnances en original n'étaient pas versées avec le décompte.

La Commission de surveillance, pour réformer la décision de la CNS, a fait valoir que l'objectif des textes légaux invoqués par la CNS est d'éviter des fraudes et, par référence à un arrêt de la Cour administrative du 19 mai 2022 en vertu duquel la lettre d'un texte n'est jamais une fin en soi, mais un moyen de refléter le plus fidèlement possible la volonté de son auteur articulée de la substance véhiculée par le texte en question, a retenu qu'en l'espèce il n'y a pas de suspicion de fraude dans le chef du fournisseur de nature à empêcher une prise en charge par la CNS. Pour arriver à cette conclusion, la Commission de surveillance a encore relevé que le mémoire du pharmacien était accompagné d'un CD contenant le fichier électronique 2021/09 constitutif de la version dématérialisée des ordonnances pour la période concernée et que le montant relevé dans le mémoire litigieux correspond à la moyenne des décomptes précédant et suivant celui du mois de septembre 2021.

Par jugement du 4 avril 2025, le Conseil arbitral de la sécurité sociale (ci-après le Conseil arbitral) a déclaré le recours de la CNS contre cette décision fondé et, par réformation de la décision de la Commission de surveillance du 5 octobre 2022, signée le 15 février 2023, a confirmé que la CNS n'a pas à prendre en charge le décompte tiers-payant mensuel du mois de septembre 2021 du pharmacien X à défaut de celui-ci de produire l'original des ordonnances médicales invoquées.

Ce jugement, après avoir rappelé les textes légaux applicables, est notamment motivé comme suit :

« D'ailleurs, au regard de l'importance que revêt cette obligation de remise des originaux, du montant du décompte et du fait que l'activité primaire de la société CPL n'est que la livraison de médicaments aux pharmaciens et non de documents à des tiers, le comportement du sieur X, à savoir remettre des originaux sans faire signer un récépissé, peut être qualifié de négligence et ne saurait permettre de reporter sa responsabilité sur la CNS. Le fichier informatique fourni ne fait que reprendre les informations informatiques saisies par le pharmacien, respectivement ses employés, et n'est pas la preuve de l'existence et du contenu de l'ordonnance médicale. A ce stade, et à défaut de disposer d'une procédure d'authentification des ordonnances médicales de manière dématérialisée, le pharmacien soucieux de se faire rembourser son décompte mensuel doit, entre-autre, fournir les ordonnances médicales en original.

Au regard de ce qui précède, le recours est à déclarer fondé et la décision attaquée est à réformer sans qu'il y ait lieu d'ordonner une mesure d'instruction supplémentaire ».

Par requête parvenue au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 14 mai 2025, X a régulièrement interjeté appel. Il ne conteste pas que les ordonnances médicales pour lesquelles il sollicite un remboursement ne sont pas parvenues en original à la CNS. Selon ses dires, il les aurait confiées au livreur du Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois (ci-après CPL), en charge de la distribution de produits pharmaceutiques, médicaux et d'hygiène, offrant ce service à l'époque. L'appelant réfute l'argument retenu par la juridiction de première instance selon lequel il aurait fait preuve de négligence en confiant une boîte contenant les ordonnances médicales au livreur du CPL sans exiger de récépissé, en faisant valoir que ce transporteur bénéficiait aussi de la confiance d'autres pharmaciens et que la CNS aurait tacitement admis cette pratique. X invoque les articles 1334 et 1348 du code civil pour soutenir que la CNS devrait accepter le relevé fourni par ses soins, appuyé par une capture d'écran du logiciel de la pharmacie, à partir duquel elle pourrait, conjointement avec les ordonnances renouvelables déjà en sa possession, procéder au remboursement afférent. Il expose les différentes hypothèses possibles pour estimer que le montant lui dû sur cette base s'élèverait à environ 37.000 euros.

L'appelant soutient que l'objectif de l'exigence de production des originaux des ordonnances est de prévenir les fraudes et qu'il n'y a pas lieu d'appliquer strictement un critère qui ne correspondrait pas à la réalité pratique. Il se réfère à un arrêt de la Cour administrative du 20 mars 2025 pour rappeler que, dans l'interprétation des termes de la loi, le juge doit avant tout rechercher le sens de la disposition et son objectif, en faisant appel au bon sens, notamment lorsqu'une partie invoque de manière argumentée l'absurdité d'une solution dégagée par une décision soumise au contrôle d'une juridiction supérieure.

Il précise qu'au seul mois de septembre 2021, il aurait reçu 1.161 ordonnances médicales et qu'avec un réseau d'environ 100 pharmacies ouvertes au public, la CNS devrait vérifier en moyenne 100.000 ordonnances par mois avant paiement, ce qui serait matériellement impossible. La CNS délivrerait, en tout état de cause, un récépissé global sans procéder à une vérification détaillée du contenu des boîtes remises. Une telle situation pourrait, en théorie, permettre que la boîte contienne des documents étrangers, tels que des journaux, au lieu des ordonnances médicales requises, pour autant le pharmacien aurait satisfait à son obligation étant en possession d'un récépissé. Enfin, X déplore le refus de dialogue opposé par la CNS, ainsi que son absence de volonté de rechercher un arrangement.

Le Conseil arbitral aurait ainsi dû retenir que le refus de la CNS serait intervenu en violation de l'objectif de la nécessité des versions originales.

L'appelant soutient également que la CNS aurait dû respecter le principe de proportionnalité,

consacré par l'article 37 de la Constitution luxembourgeoise depuis sa révision en 2023. Il appartiendrait dès lors au juge de vérifier si l'autorité administrative a excédé sa marge d'appréciation au regard de ce principe. Selon l'appelant, le refus opposé par la CNS reposerait sur une simple facilité administrative, sans lien avec un objectif d'intérêt général. Il ajoute encore une fois que plusieurs ordonnances manquantes correspondraient à des secondes, voire troisièmes délivrances, issues de prescriptions originelles déjà en possession de la CNS. Il fait encore valoir que des copies conformes ou duplicatas pourraient être établis par les médecins prescripteurs sur la base du relevé informatique. Le Conseil arbitral aurait partant dû retenir une violation du principe de proportionnalité dans le chef de la CNS.

Enfin, l'appelant invoque une violation du principe de bonne administration par la CNS, en vertu de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et de la jurisprudence administrative, en se référant aux principes de fair-play, de bonne foi, de diligence, d'administration raisonnable et de respect de la confiance légitime de l'administré. Il estime que le refus catégorique de la CNS équivaut à un déni de reconnaissance du travail accompli en septembre 2021 et des médicaments délivrés aux patients durant cette période. L'absence de discussion constructive, alors que la CNS aurait pu effectuer des contrôles internes pour valider le décompte, constituerait une violation du principe de bonne administration, la CNS se retranchant derrière une exigence purement formelle pour refuser la prise en charge d'un mois de travail.

À titre principal, l'appelant sollicite la réformation du jugement entrepris. À titre subsidiaire, il demande au Conseil supérieur de la sécurité sociale d'enjoindre à la CNS de procéder à une communication forcée des ordonnances en première délivrance déjà en sa possession sur la base de la loi du 14 septembre 2018 relative à une administration transparente et ouverte. Il requiert également une mesure d'investigation comptable, non détaillée dans son acte d'appel, visant à confier à un informaticien, éventuellement assisté d'un autre expert, la mission d'établir un décompte du mois de septembre 2021 à partir d'une source informatique fiable, en exploitant les éléments de preuve en sa possession, ainsi que les pièces détenues par la CNS. À défaut, il sollicite l'organisation d'une visite des lieux dans sa pharmacie afin de relever toutes les informations utiles concernant le décompte tiers-payant 2021/09. En ordre de dernière subsidiarité, il demande la désignation d'un expert conformément au dispositif de son acte d'appel. En tout état de cause, il sollicite la condamnation de la CNS à tous les frais et dépens de l'instance.

L'intimée soulève, in limine litis, l'exception tirée du libellé obscur de l'acte d'appel, par renvoi aux articles 154 et 585 du nouveau code de procédure civile. Elle soutient que l'acte d'appel doit contenir l'objet de l'appel ainsi qu'un exposé sommaire des moyens en lien avec le raisonnement retenu par les juges de première instance et que l'appelant entend remettre en cause devant la juridiction d'appel.

À cet égard, l'intimée se réfère à un arrêt de la Cour d'appel du 10 mars 2004 (Pas. 33, p. 516), confirmé par la Cour de cassation le 12 mai 2005. Elle verse également aux débats la note de plaidoiries de l'appelant produite en première instance, pour souligner que la même argumentation est reprise en appel sans se confronter aux développements et réponses apportés par les juges de première instance.

Il en conclut que la nullité de l'acte d'appel s'impose, à tout le moins son irrecevabilité, d'autant plus que l'intimée aurait subi un grief en étant contrainte de préparer l'intégralité du litige et de réexposer tous ses arguments, faute de pouvoir se concentrer sur les points effectivement attaqués.

L'intimée sollicite, en premier lieu, le rejet des pièces, communiquées seulement la veille de l'audience en soirée, relatives à la demande d'injonction des ordonnances en première délivrance sur la base de la loi du 14 septembre 2018 relative à une administration transparente et ouverte. Elle soutient que l'impossibilité d'instruire utilement ce volet constitue une atteinte à ses droits et que la demande d'injonction actuellement formulée au sujet des ordonnances renouvelables constitue une demande nouvelle en instance d'appel, partant irrecevable.

En outre, la question de savoir si le décompte dont le pharmacien sollicite le remboursement comprend des prestations correspondant à une deuxième ou troisième délivrance d'une ordonnance médicale, partant aurait été effectuée sur base de copies de l'ordonnance médicale originale, serait dépourvue de pertinence pour la solution du litige, dès lors qu'il demeure incontesté qu'aucune pièce justificative n'a été produite à l'appui de la demande de prise en charge.

L'intimée recentre ensuite les débats sur l'objet du litige, à savoir la décision de la CNS, réformée par la Commission de surveillance, portant sur le refus de procéder au paiement du décompte du mois de septembre 2021 présenté par l'appelant, faute pour celui-ci de justifier les créances par la production des pièces exigées par la Convention conclue le 23 avril 2014, applicable entre parties. La CNS rappelle les bases légales en cause et insiste sur le fait que, contrairement aux développements de la Commission de surveillance, la saisine de celle-ci a été effectuée sur la base de l'article 72, et non sur celle de l'article 73 du code de la sécurité sociale. Il ne s'agirait donc pas d'apprécier l'existence d'une suspicion de fraude, mais de déterminer si le refus, fondé exclusivement sur l'absence de transmission des originaux des ordonnances, est justifié au regard de la Convention. Elle renvoie aux principes énoncés à l'article 23, selon lesquels les prestations à charge de l'assurance maladie accordées à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Or, ni les originaux des ordonnances ni des copies de délivrance conforme à l'original permettant un contrôle ne sont produits, alors que les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent excéder l'utile et le nécessaire.

L'intimée plaide pour une stricte application des obligations découlant des articles 25, alinéa 4, et 29, alinéas 1 et 2 de la Convention, applicables à tous les pharmaciens, acceptées à l'issue de négociations et non pas imposées unilatéralement par la CNS. Ces dispositions, claires et sans équivoque, ne nécessiteraient aucune interprétation. Contrairement au soutènement de la Commission de surveillance, le fichier informatique versé par X ne constituerait pas une version dématérialisée des ordonnances, mais reproduirait des informations unilatéralement encodées par l'appelant. Sans remettre en cause la bonne foi ou la fiabilité des encodages, il demeure que les raisons d'être de l'exigence de produire les ordonnances en original seraient multiples, ce qui expliquerait sa réitération à plusieurs reprises dans la Convention : empêcher la réutilisation des ordonnances, vérifier les signatures, contrôler la légitimité des prescripteurs, confirmer la cohérence des prescriptions et, de manière générale, valider l'utile et le nécessaire. L'appelant verserait dans la caricature en prétendant démontrer, sur la base des multiples ordonnances transmises à la CNS, une impossibilité matérielle de contrôle, alors qu'il est manifeste que la CNS n'a pas vocation à vérifier l'intégralité des ordonnances, mais procède tant à des contrôles ponctuels qu'à des contrôles ciblés par pharmacie.

La CNS réfute l'existence d'un accord tacite autorisant le recours à un prestataire externe pour la remise des ordonnances. Le pharmacien serait libre de s'organiser à cet égard, mais s'il choisit un tel prestataire, il en assumerait la responsabilité en cas de non-délivrance. La CNS

remet aux pharmaciens, en cas de délivrance des ordonnances, un récépissé leur garantissant que la Convention a été respectée, et il appartient alors, notamment en cas de transmission incomplète ou renfermant autre chose que des ordonnances, à la CNS de revenir à charge, ce qui impliquerait un renversement de la charge de la preuve au profit du pharmacien.

Quant à la prétendue violation des principes de proportionnalité ou de bonne administration, l'argumentation de l'appelant serait dénuée de fondement, la CNS appliquant la Convention qui prévoit une condition sine qua non pour le remboursement, la transmission des originaux des ordonnances, sans prévoir d'exception, ne lui laissant aucune marge de manœuvre. Aucune atteinte à une liberté constitutionnelle ne serait caractérisée. L'intimée s'oppose également aux mesures d'instruction sollicitées à titre subsidiaire, jugées non pertinentes pour la solution du litige. Il ne s'agirait que d'une ultime tentative de déplacer les débats, à l'instar de l'injonction formulée pour la première fois à l'audience d'appel et que l'intimée demande à voir déclarer irrecevable.

En conséquence, la CNS conclut à la confirmation du jugement entrepris.

En réplique, l'appelant sollicite le rejet du moyen de nullité soulevé par la CNS. Pour ce qui est de la demande de rejet des pièces, s'il reconnaît que la communication des dernières pièces est intervenue tardivement, il soutient néanmoins que l'intimée ne pouvait se méprendre sur les moyens qui en étaient tirés, de sorte que ces pièces devraient être admises.

Appréciation du Conseil supérieur de la sécurité sociale :

L'exception de libellé obscur de l'acte d'appel

L'appelant a soulevé ce moyen par renvoi aux articles 154 et 585 du nouveau code de procédure civile. Conformément à l'article 455, dernier alinéa du code de sécurité sociale, pour autant que la procédure devant les juridictions en matière de sécurité sociale ne prévoit pas de disposition spécifique, les règles de procédure civile sont applicables.

Le code de la sécurité sociale prévoit une disposition spécifique en ce que l'article 456 du code de la sécurité sociale, tel qu'il a été introduit par la loi du 4 juin 2024 portant entre autres modification du code de la sécurité sociale et du code du travail, dispose que *« (…) L'appel est formé par simple requête sur papier libre à déposer au siège du Conseil supérieur de la sécurité sociale. La requête est présentée en autant d'exemplaires qu'il y a de parties en cause. Elle doit indiquer sommairement les moyens sur lesquels se fonde l'appel. (…).»*

Il est généralement retenu que si l'exposé des moyens peut être sommaire, il doit néanmoins être suffisamment précis pour mettre le juge en mesure de déterminer le fondement juridique de la demande, pour ne pas laisser le défendeur se méprendre sur l'objet de celle-ci et pour lui permettre le choix des moyens de défense appropriés. Dans la même mesure, l'objet de la demande doit être précisé de telle façon qu'elle permette au défendeur d'en apprécier la portée et à la juridiction d'y statuer utilement.

Cette exigence vise à permettre à la partie intimée de connaître la portée de l'appel et les points critiqués, sans pour autant imposer une motivation exhaustive comparable à celle des conclusions.

En l'espèce, l'acte d'appel indique clairement :

- la décision attaquée, à savoir le jugement rendu par le Conseil arbitral le 4 avril 2025 ;
- l'objet de l'appel, à savoir obtenir la réformation de ce jugement et la confirmation de la décision de la Commission de surveillance prise le 5 octobre 2022 et signée le 15 février 2023 ;
- les moyens invoqués, en ce que l'acte d'appel critique l'interprétation et l'application des dispositions légales par les juges du premier degré, n'ayant notamment pas suivi l'appelant quant aux violations respectivement de l'objectif de la nécessité des ordonnances originales, du principe de proportionnalité et du principe de bonne administration.

La jurisprudence citée par l'intimée (Cour d'appel, 10 mars 2004 ; Cass., 12 mai 2005) ne saurait être transposée au cas présent. Ces décisions sanctionnent des actes d'appel totalement dépourvus de moyens ou rédigés en termes vagues, ce qui n'est pas le cas ici. L'acte d'appel contient un exposé sommaire suffisant pour identifier les points contestés en prenant appui sur le jugement de première instance, conformément à la lettre et à l'esprit de l'article 456 précité.

En second lieu, l'argument selon lequel l'intimée aurait été contraint de « *préparer l'entièreté du litige* » ne caractérise pas un grief alors que la préparation complète de la défense relève de la stratégie procédurale et ne résulte pas d'une irrégularité de l'acte d'appel, mais de la nature même du recours.

Enfin, il convient de rappeler que la sanction de la nullité est d'interprétation stricte et suppose la démonstration d'un grief concret. Or, l'intimée ne démontre pas en quoi l'acte d'appel l'aurait empêché d'assurer utilement sa défense, dès lors que les moyens sont identifiables et développés dans l'acte d'appel.

En conséquence, l'exception doit être rejetée comme non fondée.

<u>La demande de rejet des pièces communiquées par l'appelant la veille de l'audience en soirée :</u>

Il résulte de l'article 456 du code de la sécurité sociale, qui renvoie à l'article 455bis du même code, que les débats devant le Conseil supérieur de la sécurité sociale sont oraux. Les parties ne sont par ailleurs pas obligées de recourir à l'assistance d'un avocat pour faire exposer leur cause. Si une partie se fait assister par un avocat, le règlement intérieur de l'Ordre des avocats du barreau de Luxembourg, adopté par le Conseil de l'Ordre le 9 janvier 2013, tel que modifié le 14 septembre 2016, prévoit plus particulièrement sous l'article 3.3. intitulé « *Instruction des affaires, communication entre avocats et communication des pièces*» et sub article 3.3.1. que « *les affaires sont instruites par l'avocat dans le respect des règles de procédure en vigueur et de la loi sur l'organisation judiciaire. L'avocat doit en toutes circonstances observer et mettre en oeuvre le principe du contradictoire […] L'avocat communique spontanément, de façon complète et en temps utile, les pièces qu'il entend invoquer* ».

Le fait, pour le mandataire de X, de communiquer la veille de l'audience, vers 19 heures, des pièces contenant des éléments nouveaux fondés sur la loi du 14 septembre 2018 relative à une administration transparente et ouverte, ainsi qu'une prétention différente, plaçant ainsi la partie intimée dans l'impossibilité d'en prendre connaissance à temps pour les analyser et en débattre avec son client afin de déterminer utilement sa position, ne saurait satisfaire aux exigences des principes de la contradiction et de l'égalité des armes.

La Cour de cassation, dans un arrêt du 16 juin 2011 (n° 2874 du registre), a confirmé les

conclusions du parquet général en ce sens que le principe de la contradiction constitue un droit fondamental et, en tant que traduction d'une valeur essentielle, revêt un caractère d'ordre public.

La farde de pièce communiquée par le mandataire de l'appelant le soir du 19 novembre 2025 est partant à rejeter pour violation des principes du contradictoire et de l'égalité des armes.

Quant au fond :

Conformément à l'article 455, dernier alinéa du code de sécurité sociale, la procédure actuellement pendant devant les juridictions en matière de sécurité sociale prévoyant des dispositions spécifiques, les règles invoquées par l'appelant sous le couvert des articles 1334 et 1348 du code civil ayant trait à la valeur probante des copies ou la perte du titre servant de preuve littérale par suite d'un cas de force majeure ou d'un cas fortuit ne sont pas applicables dans la présente procédure.

L'article 61 du code de la sécurité sociale dispose en effet :

« *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.*

Il est conclu une convention distincte :
(…)
8) pour les pharmaciens
(…). »

Conformément au texte de loi précité, le 23 avril 2014 il a été conclu une Convention entre la Caisse nationale de santé et le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois publiée au Mémorial A96 du 10 juin 2014, pages 1468-1476, avec entrée en vigueur au 1er juin 2014. L'article 1er renseigne que cette Convention s'applique à tous les pharmaciens, autorisés par l'instance compétente à exploiter une pharmacie ouverte au public, établie légalement au Grand-Duché de Luxembourg.

Les dispositions pertinentes pour le cas d'espèce se retrouvent dans la prédite Convention sub :

Mode de prise en charge des produits de santé :

L'article 25 alinéa 4 de la Convention dispose que « *Les produits de santé pris en charge par l'assurance maladie dans le cadre du système du tiers payant ne sont opposables à l'assurance maladie que si leur délivrance peut être documentée par le pharmacien à l'égard de la Caisse nationale de santé par des ordonnances médicales originales »*.

Il s'en dégage qu'une opposabilité à la CNS, partant une prise en charge de sa part ne peut opérer pour autant que la délivrance de ces produits est documentée par une ordonnance médicale originale.

Modalités de liquidation et de paiement des médicaments dans le cadre du tiers payant :

L'article 29 prévoit que :

« *Aux fins d'obtenir le paiement du solde de la partie du prix des produits de santé opposables à l'assurance maladie dans le cadre du tiers payant, se rapportant à la différence entre l'avance*

prévue aux articles précédents et le total de la créance opposable, le pharmacien remet à la Caisse nationale de santé au plus tard au cours du mois subséquent le décompte des médicaments délivrés à charge de l'assurance maladie durant le mois précédent.

Ce décompte, qui renseigne en bloc le total des médicaments fournis dans le cadre du système du tiers payant, est établi dans la forme et sur le support prévus au cahier des charges visé à l'article 23, accompagné de l'original des ordonnances médicales qui sont munies, le cas échéant, de l'autorisation du Contrôle médical de la sécurité sociale ou de la Caisse nationale de santé. (…) ».

L'exigence de production des originaux des ordonnances médicales pour la prise en charge par la CNS et la liquidation subséquente est réaffirmée.

Il n'est pas contesté que X n'a pas satisfait à cette exigence, faute d'avoir soumis à la CNS la moindre ordonnance à l'appui de son décompte du mois de septembre 2021.

L'appelant invoque à cet égard un arrêt de la Cour administrative du 19 mai 2022, en soutenant que « *la lettre d'un texte n'est jamais une fin en soi, mais un moyen de refléter le plus fidèlement possible la volonté de son auteur articulée autour de la substance véhiculée par le texte en question* ».

Toutefois, à la lecture de cet arrêt, le Conseil supérieur de la sécurité sociale constate que la problématique sous-jacente concernait l'absence de tout texte normatif. Les juges relevaient en effet que « *la solution par eux dégagée menait à une situation quasi inextricable, dans le silence de la loi autour de la signification d'un second partage de voix, sur toile de fond des dispositions de l'article 19 de la loi communale* ». Ils estimaient cependant qu'« *il ne saurait pour autant être admis, en l'absence de tout texte normatif afférent* (…) ».

En l'espèce, les textes applicables sont sans équivoque. Certes, la loi exprime par des normes générales et abstraites les règles gouvernant les interactions économiques, juridiques et sociales, sans que le législateur puisse anticiper toutes les situations concrètes. Il appartient alors au juge d'appliquer la norme aux cas particuliers, lorsque l'application littérale risquerait de priver la loi de son effet utile. Tel n'est manifestement pas le cas ici, dès lors que le texte applicable est clair et ne donne lieu à aucune interprétation.

Loin de conduire à une solution absurde, il convient de rappeler que la Convention conclue entre la CNS et le Syndicat des Pharmaciens luxembourgeois a été négociée entre une autorité publique et une organisation professionnelle. Une fois approuvée et publiée, elle s'impose à tous les pharmaciens conventionnés, même non-membres du syndicat signataire.

Cette Convention a partant une valeur juridique contraignante et fixe les conditions d'exécution des prestations remboursées (tarifs, obligations, procédures), dont, au niveau de la procédure de remboursement par la CNS, l'exigence expresse de produire les ordonnances à l'appui du décompte. À titre d'illustration, l'exigence d'une transmission des ordonnances vise également à empêcher la réutilisation des ordonnances, à garantir l'authenticité des prescriptions médicales et à permettre la vérification des mentions obligatoires : identité complète du patient, date de prescription, identification et signature du prescripteur, désignation précise des produits prescrits. Les obligations issues de la Convention tendent ainsi à assurer la transparence et la sécurité du système de santé.

L'impossibilité matérielle de la CNS de contrôler toutes les ordonnances, alléguée par l'appelant, ne remet pour autant pas en cause la légalité de cette obligation. Celle-ci ne saurait

pas non plus être écartée par un accord individuel entre lui et le CPL, ni contournée par la production d'un simple relevé ou fichier reproduit par l'appelant sur base d'un encodage des ordonnances facturées par lui.

Il y a encore lieu de relever que cette obligation de transmission à la CNS des ordonnances pèse sur tous les pharmaciens depuis 2014, sans avoir jamais été remise en cause ou renégociée. Ce constat témoigne de son acceptation et souligne sa légitimité, sa nécessité et son utilité, poursuivant un objectif dépassant le simple contrôle par la CNS pour prévenir les abus ou fraudes. Sous cet aspect, c'est à juste titre que la partie intimée souligne que la saisine de la Commission de surveillance s'est faite sur la base de l'article 72 du code de la sécurité sociale lui attribuant compétence pour décider si c'est à tort que la CNS a refusé le paiement.

La décision de la CNS ne repose en effet pas sur une suspicion de fraude, cas où la compétence de la Commission de surveillance est instituée par l'article 73 du code de la sécurité sociale, mais bien sur le refus opposé au pharmacien pour non-respect d'une obligation découlant de la Convention.

Il est dès lors inopérant de faire valoir que le montant dont le remboursement est demandé par X pour septembre 2021 est sensiblement identique à celui des mois précédents et suivants, dès lors que le non-respect d'une obligation légale est en cause.

L'argumentation de l'appelant, selon laquelle les délivrances successives l'auraient empêché de produire l'original de l'ordonnance, n'est pas davantage pertinente dans la mesure où il n'a, à l'appui de son décompte, remis aucune pièce, même pas une copie certifiée conforme à l'original. En effet, dès lors que la CNS a déjà procédé à un remboursement sur la base de la transmission de l'original, le pharmacien qui sollicite un remboursement au titre d'une seconde délivrance, fondée sur une copie conforme à l'original, doit, à tout le moins, produire cette copie de l'ordonnance originale à l'appui de sa demande afin de permettre à la CNS d'effectuer les vérifications nécessaires. Soutenir que la CNS devrait elle-même entreprendre des recherches pour identifier, à partir de l'ordonnance originale précédemment soumise, soit par le même pharmacien, soit par un autre, le montant en deuxième délivrance auquel le pharmacien pourrait prétendre sans fournir de pièce justificative, reviendrait non seulement à imposer à la CNS une obligation non prévue par un texte légal, mais également à priver de toute substance l'article 23 du code de la sécurité sociale en vertu duquel « *Les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science et à la déontologie médicale* », empêchant la CNS de satisfaire à son devoir de contrôle aussi par rapport aux délivrances successives délivrées à partir d'une ordonnance.

Aucune violation de l'objectif poursuivi par l'exigence de production des ordonnances n'est partant caractérisée.

L'appelant soutient encore qu'il appartient au juge de vérifier si l'autorité administrative a excédé sa marge d'appréciation et que cette appréciation doit se faire au regard du principe de proportionnalité, lequel aurait été violé par la CNS.

Le principe de proportionnalité implique que toute mesure prise par l'autorité soit :

- adaptée à l'objectif poursuivi ;
- nécessaire pour atteindre cet objectif ;

- proportionnée au regard des intérêts en présence.

En l'espèce, l'exigence de production des ordonnances est directement liée à des objectifs d'intérêt général exposés ci-dessus, à savoir notamment transparence et sécurité du système de santé, lutte contre la fraude et contrôle des dépenses publiques. Elle constitue un moyen approprié et nécessaire pour atteindre ces objectifs, tels que définis dans la Convention issue des négociations entre les parties.

Quant à la proportionnalité au regard de la marge d'appréciation invoquée par l'appelant, il convient de rappeler que la CNS applique une obligation légale expresse. Le fait que des duplicatas puissent être obtenus auprès des médecins ou que certaines ordonnances soient des renouvellements, partant des copies conformes, ne dispense pas de l'obligation de transmettre les ordonnances à l'appui du décompte de remboursement.

La CNS ne dispose donc pas d'une marge d'appréciation lui permettant de substituer des relevés ou fichiers unilatéraux aux ordonnances originales sans base légale. Le refus opposé ne repose donc pas sur une simple facilité administrative, mais sur le respect d'une condition impérative.

Il s'ensuit qu'aucune violation du principe de proportionnalité n'est caractérisée.

L'appelant invoque également une violation du principe de bonne administration, en se prévalant, en premier lieu, de l'article 41 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Or, l'article 51, paragraphe 1, de la Charte dispose que « [*l]es dispositions de la […] Charte s'adressent aux institutions et organes de l'Union dans le respect du principe de subsidiarité, ainsi qu'aux États membres uniquement lorsqu'ils mettent en œuvre le droit de l'Union* ». La Charte ne s'applique donc que lorsque les États membres mettent en œuvre le droit de l'Union européenne. En l'espèce, la procédure soumise au Conseil supérieur de la sécurité sociale est étrangère à une telle mise en œuvre ; la Charte est dès lors inapplicable.

En second lieu, l'appelant se réfère à la jurisprudence administrative pour rappeler que « *le principe de bonne administration* » regroupe plusieurs principes, tels que le fair-play, la bonne foi, la sécurité juridique, le devoir de diligence ou d'administration raisonnable et le respect de la confiance légitime.

La Cour de cassation belge a précisé (arrêt du 29 novembre 2004, S.030057.F/1) que « *les principes généraux de bonne administration, qui s'imposent au demandeur, comportent le droit à la sécurité juridique, qui implique notamment que le citoyen doit pouvoir faire confiance à ce qu'il ne peut concevoir autrement que comme une règle fixe de conduite et d'administration et en vertu duquel les services publics sont tenus d'honorer les prévisions justifiées qu'ils ont fait naître en son chef ; qu'en règle, l'application de ces principes ne peut toutefois pas justifier de dérogation à la loi* ».

S'agissant du principe de confiance légitime, celui-ci est fréquemment appliqué par les juridictions administratives luxembourgeoises à des décisions individuelles émanant des autorités administratives. Il tend à imposer un comportement habituel à l'administration, répondant aux exigences de continuité, de cohérence et de prévisibilité auxquelles l'administré est en droit de s'attendre. La Cour administrative a ainsi précisé (arrêt du 2 avril 2015, n°35541C du rôle) que ce principe « *tend à ce que les règles juridiques ainsi que l'activité administrative soient empreintes de clarté et de prévisibilité, de manière à ce que l'administré*

puisse s'attendre à un comportement cohérent et constant de la part de l'administration dans l'appréciation d'un même texte de l'ordonnancement juridique par rapport à une même situation administrative qui est la sienne ».

Le principe de confiance légitime protège ainsi l'administré contre les changements d'attitude brusques et imprévisibles de l'administration. En l'espèce, X a pu se fier à une ligne de conduite constante de la CNS depuis des années issue d'une Convention s'imposant aux signataires. Il n'y a eu ni erreur de l'administration, ni attente légitime créée chez l'administré.

X a connaissance de la Convention applicable, notamment des articles 25 et 29, exigeant, pour obtenir le remboursement du décompte adressé à la CNS, la production des originaux des ordonnances médicales invoquées. Il doit en supporter les conséquences, à savoir l'impossibilité de prétendre au remboursement, en cas de non-respect de cette obligation.

Les principes invoqués par l'appelant ne permettent pas de déroger à la loi : lorsque l'obligation légale est claire elle prime. Les arguments de l'appelant reposent sur la prémisse erronée que l'attitude de la CNS serait dépourvue de base légale ou constituerait une faute ou une disproportion. Or, comme il a été démontré, la CNS agit sur la base d'une obligation légale claire et précise, aucune turpitude, négligence, faute, mauvaise foi ou abus de droit ne saurait lui être reproché. Son comportement repose sur une application logique et cohérente des textes qui lui imposent de refuser le remboursement en l'absence de production des originaux des ordonnances médicales.

L'appel n'est pas fondé et eu égard aux développements ci-dessus, il n'y a pas lieu à procéder à une visite des lieux ni d'ordonner une expertise informatique ou une autre mesure d'investigation.

Pour ce qui est de la demande formulée par l'appelant pour la première fois en instance d'appel et consistant à enjoindre à la CNS de procéder à une communication forcée des ordonnances renouvelables tel que spécifié à l'audience des plaidoiries, une juridiction est habilitée à examiner tous les moyens destinés à étayer les prétentions dont elle est saisie et ce quand bien même ces moyens n'auraient pas été invoqués dans l'acte introductif d'instance. Pour autant en l'espèce, la demande d'injonction à la CNS pour communiquer des ordonnances renouvelables non initialement formulée, ne tend pas à la réformation de la décision entreprise, mais à obtenir une mesure coercitive distincte, ce qui excède les pouvoirs de la juridiction d'appel.

De surcroît, la loi du 14 septembre 2018 relative à une administration transparente et ouverte organise un droit d'accès aux documents administratifs dans le cadre d'une procédure spécifique, qui ne relève pas de la compétence du Conseil supérieur de la sécurité sociale statuant en matière de sécurité sociale. L'appelant ne peut en obtenir une mise en œuvre dans le cadre du présent appel.

En conséquence, la demande est irrecevable.

En application de l'article 455, alinéa 3 du code de la sécurité sociale tous les frais tant du Conseil arbitral de la sécurité sociale que du Conseil supérieur de la sécurité sociale sont à charge de l'Etat de sorte que cette demande de l'appelant n'est pas non plus fondée.

Le jugement du Conseil arbitral du 4 avril 2025 est partant à confirmer en ce que c'est à juste titre que la CNS a refusé, par décision du 12 novembre 2021, de prendre en charge le décompte tiers-payant présenté par X pour le mois de septembre 2021 d'un montant de 65.479,59 euros au motif que les ordonnances en original n'étaient pas versées avec le décompte.

Par ces motifs,

le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

statuant sur le rapport oral du magistrat désigné et les conclusions contradictoires des parties à l'audience,

déclare l'appel recevable,

rejette le moyen tiré du libellé obscur,

rejette les pièces communiquées tardivement,

dit l'appel non fondé,

déclare irrecevable la demande de X tendant à enjoindre à la CNS une communication forcée des ordonnances en première délivrance déjà en sa possession,

confirme le jugement entrepris.

La lecture du présent arrêt a été faite à l'audience publique du 11 décembre 2025 par le Président Mylène REGENWETTER, en présence de Kevin PIRROTTE, secrétaire.

Le Président, Le Secrétaire,