CONSEIL NATIONAL DE
L'ORDRE DES PHARMACIENS
Section des Assurances Sociales

AFFAIRE M.A
Décision n°960-D

Décision rendue publique par affichage dans les locaux du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens le 19 mars 2010 ;

La Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens réunie le 19 février 2010 en audience publique ;

Vu la plainte formée le 20 décembre 2007 par le médecin conseil, chef du service médical près la Caisse primaire d'assurance maladie du ..., dirigée à l'encontre de M A, pharmacien titulaire à l'époque des faits de la Pharmacie A, sise … à … ; la Pharmacie A a été exploitée par M. A du 1er octobre 2001 au 7 janvier 2006 ; c'est à l'occasion du changement de titulaire que la CPAM a été informée de pratiques frauduleuses ayant eu lieu dans cette officine ; des membres du personnel, des assurés et des médecins ont dénoncé des pratiques illégales au regard du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale et révélé que le titulaire, M. A, avait facturé à l'assurance maladie des produits qui n'étaient pas délivrés, mais qui permettaient l'obtention, « à titre gracieux », de produits de parapharmacie, voire le versement d'argent; 14 salariés de l'officine ayant travaillé au cours des années 2002 à 2006 ont été auditionnés par des inspecteurs assermentés de la CPAM du … ; suite à leurs déclarations, des requêtes informatiques portant sur les facturations de la Pharmacie A ont été effectuées pour l'année 2005 ; l'étude a porté sur 324 facturations en tiers payant établies au regard de 309 prescriptions ; elles correspondent au remboursement de pharmacie de 36 bénéficiaires ; dans un second temps, 12 assurés sociaux ou bénéficiaires et 4 médecins ont été auditionnés par des inspecteurs de contentieux assermentés ; selon les déclarations faites, M. A avait mis en place un système permettant à lui-même et à un certain nombre d'assurés de profiter d'avantages financiers aux dépens de l'assurance maladie ; le pharmacien demandait à des médecins de prescrire des médicaments ou des dispositifs médicaux onéreux au nom des patients ; certains produits prescrits ou bien la totalité de l'ordonnance n'étaient pas délivrés par la pharmacie, mais faisaient l'objet néanmoins d'une facturation à l'assurance maladie ; les patients percevaient de la part du pharmacien la somme facturée à l'assurance maladie ou l'équivalent en produits de parapharmacie, diminuée d'un escompte de 20 % conservé par le pharmacien ; à l'appui des faits graves dénoncés, le médecin conseil, chef de service a versé au dossier copie des dossiers individuels de patients permettant de constater des falsifications d'ordonnances écritures n'étant pas celle du prescripteur, rajout de médicaments sur certaines prescriptions, modification des quantités prescrites ou des durées de traitement ; dans sa plainte, le médecin conseil visait des infractions aux articles R 4235-3, R 4235-10, R 5132-3, R 5123-1, R 5123-2, R 5132-14 du code de la santé publique ;

Vu le courrier enregistré le 23 décembre 2008 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens par lequel le plaignant, en application de l'article R 145-23 du code de la sécurité sociale, décidait de saisir directement la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, la juridiction de première

instance n'ayant pas statué dans le délai d'un an ;

Vu le mémoire en défense produit dans l'intérêt de M A enregistré comme ci-dessus le 3 avril 2009 ; à titre principal, M A dénonce le non respect des articles R 315-1-1 et D 315-2 du code de la sécurité sociale invoquant un non respect de la procédure contradictoire lors de l'analyse de l'activité qui a été réalisée préalablement à la saisine de la section des assurances sociales ; il demande à la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens de rejeter l'intégralité de la saisine formulée à son encontre en la déclarant irrecevable ; à titre subsidiaire, M A estime que la CPAM s'appuie sans discernement sur des témoignages sujets à caution ; il fait observer qu'aucun dysfonctionnement n'a été opéré et mis en évidence sur les années 2002, 2003 et 2004 ; il souligne que certains des salariés dont le témoignage a été recueilli par les agents de la Caisse se sont discrédités eux-mêmes en avouant avoir participé et bénéficié des manoeuvres frauduleuses illicites ; en outre, M A s'appuie sur le témoignage d'une ancienne salariée, Melle B, pour tenter de démontrer que certains témoignages émanant d'anciens employés de l'officine ont été en fait commandités par le repreneur de celle-ci, M C ; M A insiste également sur le fait que, sur les 324 ordonnances litigieuses du dossier, aucune ne comporte sa signature informatique et aucune n'a été délivrée par lui ; il reproche par ailleurs à la Caisse de confondre volontairement et de manière outrageusement partiale de simples ordonnances de régularisation avec des ordonnances qu'elle qualifie faussement de complaisance ;

Vu le mémoire en réplique produit par le plaignant et enregistré comme ci-dessus le 11 mai 2009 ; concernant le respect de la procédure, le médecin-conseil souligne que le service médical a, en tout point, respecté la procédure prévue à l'article L 315-1 du code de la sécurité sociale ; M A a en effet été informé par courrier du 20 mars 2007 que le service médical allait procéder à une analyse de son activité ; en outre, il a été communiqué à M. A, préalablement à l'entretien, une procédure contradictoire comportant l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de l'entretien et notamment la liste des faits reprochés et l'identité des patients concernés ; concernant les déclarations des salariés et des assurés présentées à charge, le médecin conseil souligne que 14 anciens salariés dénoncent les pratiques illégales de la pharmacie et que 12 mettent en cause directement M. A ; par ailleurs, 5 assurés dénoncent les mêmes pratiques et 2 d'entre eux mettent en cause directement M. A ; enfin, le médecin conseil relève que 4 médecins reconnaissent avoir rédigé certaines ordonnances de complaisance et que l'un d'entre eux met en cause directement M. A ; le plaignant souligne que la Pharmacie A, à l'époque des faits, était dirigée par un seul et unique pharmacien titulaire, M. A, l'organisation et la maîtrise de la gestion de l'officine lui incombaient entièrement ; c'est la raison pour laquelle le plaignant estime que sa responsabilité se trouve entièrement engagée ; en effet, selon le plaignant, il n'est pas concevable que M. A, comme il le prétend, ait été tenu dans l'ignorance de l'existence d'une fraude massive dénoncée par plus d'une vingtaine de personnes ;

Vu le nouveau mémoire en défense produit par M A et enregistré comme ci-dessus le 9 juillet 2009 ; concernant le non respect de la procédure contradictoire par la CPAM, M. A maintient que les irrégularités commises sont parfaitement établies ; il estime également que la CPAM fait totalement abstraction des attestations qu'il a produites alors que celles-ci constituent des preuves irréfutables de son honneur et de sa probité ; en outre, M A conteste la méthode de calcul retenue par le service médical pour évaluer le préjudice financier subi par la Caisse ; il estime que cette dernière ne peut prétendre avoir été victime d'une fraude massive ;

Vu le nouveau mémoire en réplique produit par le plaignant et enregistré comme ci-dessus le 12 août 2009 ; ce dernier estime que les attestations de 3 clients et d'une salariée produites par M A

n'infirment pas, bien au contraire, les dysfonctionnements dénoncés, mais mettent au contraire en évidence un mécanisme fréquent et répété de facturations de médicaments non délivrés ; par ailleurs, le plaignant revient sur la tentative de M A de minimiser l'impact des facturations de complaisance constatées et l'ampleur de la fraude massive dénoncée ; il estime que les arguments avancés par le pharmacien n'apportent rien au fond de l'affaire; il rappelle que les documents qu'il a pu produire reposent sur des éléments factuels, à savoir de nombreuses anomalies de facturations constatées à partir des archives contrôlées, des attestations de patients et de salariés concordantes dénonçant un mécanisme frauduleux ;

Vu le nouveau mémoire en défense produit dans l'intérêt de M A et enregistré le 2 décembre 2009 ; à titre principal, celui-ci demande à nouveau le rejet de la sanction en raison du non respect des procédures dans le cadre de la phase préalable à l'engagement des poursuites ; subsidiairement, il souligne à nouveau que la totalité de la plainte de la Caisse repose sur des déclarations de clients et de salariés sujettes à caution et recueillies dans des conditions indignes ; il critique également les méthodes d'analyses de la Caisse tant sur le plan qualitatif que quantitatif ; pour tous ces motifs, M A demande à bénéficier d'une relaxe ;

Vu l'ultime mémoire en réplique produit par le médecin conseil et enregistré comme ci-dessus le 14 janvier 2010 ; le plaignant estime que les éléments produits par M A dans son dernier mémoire en défense ne sont pas de nature à modifier les termes de la saisine ; en conséquence, il maintient l'ensemble des constats du service médical qui justifient, selon lui, une sanction, les faits étant contraires à l'honneur et à la probité ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le Code de la santé publique et notamment ses articles R 4235-3, R 4235-10, R 5132-3, R 5123-1, R 5123-2, R 5132-14 ;

Vu le Code de la sécurité sociale et notamment ses articles R 145-1 et s. ;

Après avoir entendu:
- le rapport de M R,
- les explications de M A,
- les explications du Dr DUVERT, représentant le plaignant,

Les intéressés s'étant retirés, M A ayant eu la parole en dernier ;

APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ ;

Sur la régularité de la procédure:

Considérant que M A soulève l'irrecevabilité de la plainte déposée à son encontre par le médecin conseil, chef du service médical près la CPAM du ... ; qu'il invoque à l'appui de sa demande l'irrégularité du contrôle ayant permis de mettre en évidence les anomalies qui lui sont reprochées ; qu'il observe, à cet égard, que l'article R 315-l-1 du code de la sécurité sociale concernant l'analyse d'activité des professionnels de santé par le service médical prévoit que la procédure d'analyse se déroule dans le respect des droits de la défense et que, notamment, il ne peut être procédé à l'audition ou à l'examen de patients sans que le professionnel n'ait été informé au préalable, ce qui n'aurait pas été le cas en l'espèce ; qu'en violation de l'article D 315-2 du même code, le service médical aurait refusé de lui communiquer l'ensemble des éléments nécessaires à

la préparation d'un entretien initialement prévu le 21 septembre 2007 par les services de la Caisse ; que, cependant, à les supposer établies, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, les anomalies ayant entaché le contrôle de l'activité de l'officine de M A ne sont pas de nature à influer sur la recevabilité de la plainte déposée à l'encontre de celui-ci ; que la section des assurances sociales est seulement tenue d'exercer son contrôle sur le respect de la procédure gouvernant le contentieux du contrôle technique de la sécurité sociale ; qu'en l'espèce, cette procédure qui garantit les droits de la défense a été respectée ; que le moyen tenant à l'irrecevabilité de la plainte dirigée à l'encontre de M A doit être rejeté ;

Au fond :

Considérant qu'il est reproché à M A d'avoir organisé au sein de son officine un système frauduleux consistant en l'établissement, par des médecins complices, d'ordonnances de complaisance qui donnaient lieu à facturation à la Caisse, alors que les médicaments prescrits n'étaient pas délivrés ; que les assurés bénéficiaires desdites ordonnances obtenaient en contrepartie des produits de parapharmacie, voire le versement d'argent, M A se réservant un certain pourcentage des montants indûment facturés ; qu'il est également reproché à M A d'avoir procédé ou fait procéder à des falsifications d'ordonnances par ajout de médicaments non prescrits et modifications des quantités prescrites ou de la durée du traitement ;

Considérant que les faits sont établis par les pièces figurant au dossier, et notamment par les témoignages, nombreux, précis et concordants émanant à la fois d'anciens salariés de l'officine, de médecins prescripteurs et d'assurés sociaux ; qu'en particulier, 14 anciens salariés ont dénoncé les pratiques illicites mises en place dans la pharmacie, 12 d'entre eux mettant directement en cause M A ; que 5 assurés sociaux ont reconnu les mêmes fraudes, 2 d'entre eux impliquant expressément M A ; qu'enfin, 4 médecins ont reconnu avoir rédigé des ordonnances de complaisance au profit de clients de l'officine de M A ;

Considérant qu'au regard de ces multiples témoignages, les simples dénégations de M A visant à critiquer la méthode de calcul retenue par le service médical pour évaluer le préjudice financier subi par la Caisse apparaissent dérisoires et sans réelle portée ; que les rares témoignages produits par M A, à savoir ceux de 3 clients, Mme D et MM E et F, et d'une seule ancienne salariée, ne permettent pas de combattre utilement les nombreuses attestations produites à charge ; qu'en particulier, si les témoignages des 3 clients susmentionnés démontrent que les malversations ont été réalisées avec la participation active des salariés de l'officine, ils ne suffisent pas à exonérer M A de sa propre responsabilité ; que la persistance des faits sur de nombreux mois et l'implication de très nombreux salariés de l'officine et de nombreux médecins discréditent la version de M A, seul titulaire de l'officine, selon laquelle ces manoeuvres frauduleuses auraient été mises en place à son insu ; qu'il convient, au contraire, de regarder M A comme leur principal instigateur ; qu'en généralisant au sein de son officine un véritable système de facturations frauduleuses, M A a très gravement manqué à la probité et à la dignité de sa profession, en violation des dispositions de l'article R 4235-3 du code de la santé publique ; que de tels manquements doivent être d'autant plus sévèrement sanctionnés que M A s'est déjà rendu coupable d'autres fautes disciplinaires ayant donné lieu à condamnation dans un passé récent ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède qu'il sera fait une juste application des sanctions prévues par la loi en prononçant à l'encontre de M A la sanction de l'interdiction permanente de servir des prestations aux assurés sociaux ;

DÉCIDE :

ARTICLE 1 - Il est prononcé à l'encontre de M A la sanction de l'interdiction permanente de servir des prestations aux assurés sociaux.

ARTICLE 2 - La sanction prononcée à l'encontre de M A s'exécutera à compter du 1er mai 2010.

ARTICLE 3 - La présente décision sera notifiée à :
- M. A,
- au médecin conseil, chef de service près la CPAM du ...,
- au président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Provence - Alpes Côte d'Azur - Corse,
- aux présidents des Conseils centraux de l'Ordre des pharmaciens,
- au directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Provence - Alpes - Côte d'Azur ,
- au chef du service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles de Provence - Alpes - Côte d'Azur ,
- au ministre de la santé, de la jeunesse et des sports,
- au ministre de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche,
- et transmise au pharmacien inspecteur régional de la santé de Provence - Alpes - Côte d'Azur.

Affaire examinée et délibérée à l'audience du 19 février 2010 à laquelle siégeaient:
M CHERAMY, Conseiller d'Etat honoraire - Président
Mme DUBRAY - M TROUILLET - Mme MARTRAY - M SALLE – Assesseurs

La présente décision peut faire l'objet d'un recours en cassation — art L 145-5 c séc soc — devant le Conseil d'Etat dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Le ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation est obligatoire.

Signé
Le Président
BRUNO CHERAMY
Conseiller d'Etat Honoraire