

Décision rendue publique par affichage dans les locaux du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens le 14 décembre 2011 ;

La Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens réunie le 24 novembre 2011 en audience publique ;

Vu l'acte appel formé par M. A, titulaire de la Pharmacie A sise ..., enregistré au secrétariat de la Section de Assurances Sociales du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens le 4 novembre 2010, et dirigé à l'encontre de la décision du 22 septembre 2010, par laquelle la Section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Midi-Pyrénées a prononcé à son encontre la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant 6 mois, dont 2 mois avec sursis;

M. A soutient que la décision de première instance n'a pris en compte aucun de ses arguments et justifications; il indique que son épouse n'a pas souhaité poursuivre la procédure en appel afin de préserver « son équilibre psychologique et sa sérénité au travail »;

Vu la décision attaquée, en date du 22 septembre 2010, par laquelle la Section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Midi-Pyrénées a infligé à M. A la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant 6 mois, dont 2 mois avec sursis ;

Vu la plainte, en date du 30 octobre 2009, formée par le médecin conseil chef de service de l'échelon local du service médical de ... et dirigée à l'encontre de M. A ; l'échelon local du service médical de ... a procédé à l'analyse des facturations établies par la Pharmacie A de novembre 2006 à mai 2008 ; à l'issue de cette enquête, le rapport du service médical a indiqué que sur 495 factures étudiées, 267 comportaient une ou plusieurs anomalies, dont le nombre total s'élevait à 580 ; le calcul des indus résultant des irrégularités constatées représentait un montant de 8 702,13€ ; les griefs suivants ont été retenus à l'encontre de M. A :

- délivrances et facturations lors de renouvellements irréguliers ;
- double facturation de matériel d'aide à la vie ;
- non respect de la prescription (non respect du dosage prescrit, quantités de médicaments délivrés supérieures aux quantités prescrites, délivrance d'un médicament barré par le prescripteur) ;
- facturation à partir d'une prescription surchargée ou raturée;
- non respect des règles de délivrance de médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants (chevauchement de délivrances de flunitrazépam, délivrances à partir d'une ordonnance sécurisée non conforme) ;
- non respect des règles de délivrance de médicaments à visée hypnotique (renouvellement au-delà de quatre semaines de traitement, chevauchement de délivrances etc...);

- non respect des règles de renouvellements anticipés de produits appartenant aux listes I et II ;
- délivrances rapprochées de spécialités appartenant aux listes I et II des substances vénéneuses à partir d'ordonnances différentes ;
- délivrances supérieures à 28 jours ou un mois ;
- non délivrance du conditionnement le plus économique ;
- délivrances en l'absence de posologie et/ou de durée de traitement ;
- délivrances rapprochées de spécialités n'appartenant pas à la liste des substances vénéneuses ou appartenant à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ;
- facturation abusive de produits non remboursables sous le code « PMR » (préparation magistrale remboursable).

Le médecin conseil chef de service a demandé à ce que l'une des sanctions prévues par l'article R.145-2 du code de la sécurité sociale soit prononcée à l'encontre de M. A et a souhaité qu'il soit ordonné le remboursement solidaire du montant total indu facturé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, soit 8 702,13€ ;

Vu le courrier du directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ..., enregistré comme ci-dessus le 17 novembre 2009, par lequel il a déclaré se joindre à la plainte formée par le médecin conseil chef de service de l'échelon local du service médical de ... à l'encontre de M. A ; l'intéressé a indiqué avoir été avisé des anomalies liées au non respect des règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge de l'Assurance Maladie ; il a demandé le remboursement du trop perçu à hauteur de 8 702,13€ ;

Vu le mémoire du médecin conseil chef de service de l'échelon local du service médical, enregistré comme ci-dessus le 12 décembre 2010 ; le plaignant affirme que les premiers juges ont tenu compte des arguments de M. A et que le principe du contradictoire a été respecté ; il sollicite le maintien de la sanction ;

Vu le courrier de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de ..., enregistré comme ci-dessus le 28 décembre 2010, par lequel celle-ci se joint au mémoire du médecin conseil chef de service ;

Vu le procès-verbal de l'audition de M. A au siège du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, le 31 mars 2011 ; il soutient que son appel est principalement motivé par le fait qu'il n'a pas obtenu de réponses aux questions qu'il a posées oralement lors de l'audience de première instance ; M. A conteste notamment les indus antérieurs mentionnés par le plaignant en introduction de sa plainte, qui laisseraient penser que son épouse et lui sont en état de récidive ; il précise que ces rappels d'indus concernaient leur précédente officine, qu'ils ont quittée en septembre 2000 et dans laquelle ils partageaient la responsabilité avec un troisième associé ; M. A indique que son épouse et lui-même ont interrompu leur d'exercice de septembre 2000 à janvier 2006 ; il a le sentiment que cela a pu jouer en leur défaveur, dans la mesure où les représentants de la Caisse ont beaucoup insisté pour connaître la raison de cette interruption et ont semblé croire qu'elle était motivée par des malversations commises dans l'officine cédée en septembre 2000 ; M. A rejette cette interprétation, en précisant que son épouse et lui se sont arrêtés pour convenance personnelle et que les repreneurs de leur précédente officine ne les ont jamais inquiétés ; il revient par ailleurs sur quelques uns des dossiers litigieux évoqués dans la plainte : concernant les délivrances d'Imovane® à un médecin psychiatre, il précise que celui-ci partait en vacances et qu'il lui était donc difficile

de lui refuser la délivrance du traitement, d'autant qu'il s'agit de son voisin immédiat ; concernant les délivrances excessives de Rohypnol® à destination de patients toxicomanes, M. A rappelle que c'est lui-même qui a alerté les médecins et qu'il se trouve à l'origine de l'arrêt de ces traitements ; de façon plus générale, en ce qui concerne la plupart des renouvellements anticipés, M. A fait valoir que sur la durée totale du traitement prescrit, il n'y a pas eu de délivrance excessive et que le nombre de boîtes dispensées au total correspond à la prescription du médecin ; enfin, M. A insiste sur le fait qu'il ne cherche pas à se défaire au détriment de ses salariés et qu'il entend assumer la responsabilité de la totalité des griefs retenus, qui résultent d'erreurs et non de fraudes ; il ajoute que, dorénavant, il laisse une trace écrite de tous ses contacts téléphoniques avec les médecins prescripteurs et que son système de gestion informatique, changé en septembre 2008, avant même qu'il ait eu connaissance de la plainte portée à son encontre, lui permet de mieux gérer l'historique des délivrances faites aux patients ;

Vu le mémoire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de l'échelon local du service médical de ..., enregistré comme ci-dessus le 28 avril 2011, par lequel ceux-ci maintiennent leurs précédentes écritures ; ils ajoutent que les indus antérieurs notifiés par la Caisse ont été rappelés dans les mémoires de première instance, à titre d'historique ; par ailleurs, les intéressés soutiennent qu'aucun des faits reprochés dans cette affaire n'est relié à l'interruption d'activité des époux A ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles R.4235-9, R.4235-61, R.4235-64, R.5123-2, R.5123-3, R.5132-14, R.5132-21 et R.5132-33 ;

Vu l'arrêté du 7 octobre 1991 relatif à la durée de prescription des médicaments hypnotiques relevant de la liste I des substances vénéneuses ;

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

Après avoir entendu :

- le rapport de M. R ;
 - les explications de M. A ;
 - les explications de Mme W représentant les plaignants ;
- Les intéressés s'étant retirés, M. A ayant eu la parole en dernier ;

APRÈS EN AVOIR DÉLIBÉRÉ ;

Considérant que le service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de ... a procédé à une analyse de l'activité de l'officine de M. A portant sur la période comprise entre novembre 2006 et mai 2008 ; qu'à cette occasion, 495 dossiers de facturation ont été étudiés, dont 267 comportaient une ou plusieurs anomalies ; que le nombre total des irrégularités constatées s'élevait à 580 et représentait un montant indu de 8 702,13 euros ;

Considérant qu'il est reproché à M. A d'avoir procédé à des délivrances irrégulières de flunitrazépam (Rohypnol®) médicament soumis à la réglementation des stupéfiants, en violation des dispositions de l'article R.5123-33 du code de la santé publique ; qu'ont été relevés 8 cas de chevauchements de délivrance, sans contact préalable avec le médecin prescripteur, et un cas de délivrance à partir d'une ordonnance sécurisée non-conforme ; que si les premiers juges ont pu admettre à bon droit que cette dernière irrégularité pouvait correspondre à une erreur commise de bonne foi, il y a lieu de retenir le premier grief à l'encontre de M. A ; que s'il affirme en effet avoir contacté téléphoniquement le médecin

prescripteur à l'époque des faits, il n'est pas en mesure de présenter la moindre trace écrite de cet appel ; qu'en outre, la circonstance qu'il ait fini par soupçonner l'existence d'un trafic et qu'il ait refusé de poursuivre les délivrances de flunitrazépam aux assurés concernés, tout en informant le médecin de ses soupçons, ne retire rien au caractère fautif des 8 chevauchements de délivrance constatés ;

Considérant qu'il est fait aussi grief à M. A de ne pas avoir respecté les dispositions de l'article R.5132-21 du code de la santé publique et son arrêté d'application susvisé du 7 octobre 1991 en renouvelant des médicaments hypnotiques au-delà de la période légale de quatre semaines (6 cas), en honorant à un mois d'intervalle deux ordonnances établies le même jour pour un même patient, pratique qui vise à contourner la durée limite de prescription d'un hypnotique de liste I (1 cas), en délivrant des hypnotiques en quantités supérieures aux quantités prescrites ou excédant la dose maximale fixée par l'AMM de la spécialité (10 cas), en procédant à des délivrances portant chevauchement sur des périodes allant de 12 à 28 jours (28 cas) ; que s'il convient d'écarter le dossier n°72 qui concernait une prescription faite à lui-même par un médecin psychiatre installé à proximité immédiate de l'officine et qui s'apprêtait à partir en vacances, dans la mesure où on peut admettre que, compte tenu des relations de confiance existant entre professionnels de santé, M. A pouvait difficilement ne pas honorer ladite prescription, il y a lieu de retenir le caractère fautif de l'ensemble des autres délivrances ;

Considérant que M. A se voit reprocher des renouvellements anticipés de médicaments relevant des listes I et II des substances vénéneuses (56 cas) en violation des dispositions de l'article R5132-14 du code de la santé publique; que s'il soutient que le logiciel dont il était alors équipé ne lui permettait pas de détecter automatiquement les chevauchements, il lui appartenait en se référant à son ordonnancier, de contrôler si les prescriptions qu'on lui présentait pouvaient être honorées ; qu'il est également relevé 74 cas de délivrance de quantités supérieures à une durée de 28 jours ou un mois, 18 cas de délivrance en l'absence d'indication du prescripteur sur la posologie ou la durée du traitement, 44 cas où n'a pas été délivré le conditionnement le plus économique, contrairement à ce qu'imposent les dispositions de l'article R.5123-3 du code de la santé publique; que s'agissant de ce dernier grief, si le pharmacien invoque de façon générale des ruptures de stock et des aléas résultant de l'approvisionnement des laboratoires et des grossistes, il ne fournit aucun justificatif précis de ceux-ci pour la période concernée ; que, dans ces conditions, les griefs doivent être retenus ;

Considérant enfin qu'il est reproché à M. A d'avoir procédé à de nombreuses factures abusives: renouvellements non prescrits par le médecin, facturations de produits supplémentaires ne figurant pas sur l'ordonnance initiale lors de renouvellements prescrits, renouvellements de produits prescrits pourtant pour une courte durée et dans le cadre d'une pathologie aiguë, renouvellements en l'absence d'ordonnance initiale, double facturations de matériel d'aide à la vie, facturations de spécialités hors liste et de produits non remboursables sous le code «PMR» pour des produits ne constituant pas des préparations magistrales remboursables ; que les griefs sont établis par les pièces du dossier et doivent être retenus ;

Considérant qu'il ne sera pas tenu compte, au titre d'une éventuelle récidive ou même d'une circonstance aggravante, de la notification d'indu effectuée à la suite d'un précédent contrôle opéré en 2000; que la CPAM n'ayant pas porté plainte à l'époque, il y a lieu de considérer que les erreurs constatées ne présentaient pas de caractère fautif;

qu'en revanche, le nombre des erreurs constatées à l'issue du nouveau contrôle effectué entre novembre 2006 et mai 2008, s'il ne suffit pas en lui-même à caractériser une volonté frauduleuse, révèle une négligence fautive dans le contrôle de la délivrance de spécialités sensibles relevant de la réglementation des substances vénéneuses et dans la facturation des médicaments ; que, dès lors, les premiers juges n'ont pas fait une application excessive des sanctions prévues par la loi en prononçant à l'encontre de M. A la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant 6 mois dont 2 mois avec sursis ; que le recours de l'intéressé doit donc être rejeté ;

DÉCIDE :

Article 1: La requête en appel formée par M. A, dirigée à l'encontre de la décision, en date du 22 septembre 2010, par laquelle la Section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Midi-Pyrénées lui a infligé la sanction de l'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant 6 mois, dont 2 mois avec sursis, est rejetée ;

Article 2 : La partie ferme de la sanction prononcée à l'encontre de M. A s'exécutera du 1^{er} avril 2012 au 31 juillet 2012 inclus ;

Article 3: La présente décision sera notifiée à :

- M. A ;
- M. le Directeur de la Caisse primaire d'Assurance Maladie de ...;
- M. le Médecin-Conseil, chef de service, Echelon local du Service Médical près la Caisse primaire d'Assurance Maladie de ... ;
- M. le Président du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens de Midi Pyrénées ;
- MM. les Présidents des Conseils centraux de l'Ordre des pharmaciens,
- M. le Directeur général de l'Agence régionale de santé de Midi-Pyrénées ;
- M. le Directeur de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi de Midi-Pyrénées ;
- M. le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ;
- M. le Ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire ;
- et transmise à Mme le Pharmacien Inspecteur régional de la santé de Midi-Pyrénées

Affaire examinée et délibérée à l'audience du 24 novembre 2011 à laquelle siégeaient:

M. CHERAMY, Conseiller d'Etat Honoraire — Président
Mme MARTRAY — Mme WEBER - Mme DUBRAY — M. FOUASSIER — Assesseurs.

La présente décision peut faire l'objet d'un recours en cassation — article L. 145-5 du code de la sécurité sociale — 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