

## **GE\_GERICHTE A/2905/2019 vom 25. August 2021**

GE Cour de justice, 2021-08-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2905\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2905_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/2905/2019 du 25 août 2021

IT: GE\_GERICHTE A/2905/2019 del 25 agosto 2021

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Dans les cas de très peu de gravité, le juge pourra prononcer une peine privative de liberté de trois ans au plus ou une peine pécuniaire. L'art. 92 LAMal enfin prévoit que : "est puni d'une peine pécuniaire de 180 jours-amende au plus, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit passible d'une peine plus lourde prévue par le code pénal, quiconque: a. se dérobe, partiellement ou totalement, à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière; b. obtient pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière". Il y a lieu de constater que le délai de prescription de l'action pénale pour une infraction aux art. 148a et 251 CP, ainsi qu'à l'art. 92 LAMal, est de sept ans, et celui de l'infraction visée à l'art. 146 al. 1 CP, de 15 ans (art. 97 al. 1 CP). c. Selon la jurisprudence, il y a faux dans les titres lorsqu'un médecin établit une feuille de maladie ou une facture mensongère et fait valoir pour lui ou son patient des prestations auprès d'une caisse-maladie, dès lors que ces documents émanent d'un professionnel qui bénéficie d'une position privilégiée et jouit de ce fait d'une confiance particulière (ATF 117 IV 165 consid. 4 p. 169 s; 103 IV 178 consid. 2c p. 184; ATF 6S.491/1999 du 23 septembre 1999 consid. 7; ATF 6S.22/2007 du 4 mai 2007 consid. 9.2 ; 6B 589/2009). Si, avant de régler ces factures, l'assureur procède à un certain contrôle, sa vérification reste cependant limitée, dès lors qu'il se fie en principe aux indications du fournisseur de soins. La facture est propre à établir, à l'égard de l'assureur, l'exactitude des indications qui y figurent et la réalité des prestations comptabilisées. Ainsi, en raison de la situation particulière du médecin, qui bénéficie d'une position privilégiée et jouit de ce fait d'une confiance particulière, et du pouvoir de vérification relativement limité des assureurs, les factures litigieuses revêtent une valeur probante accrue. La seule production des factures, lesquelles constituent des faux intellectuels, dans le but avéré de procurer un avantage illicite au recourant, suffit à fonder sa condamnation pour faux dans les titres au sens de l'art. 251 CP. Par conséquent, même si l'on voulait admettre que les protocoles opératoires qualifiés de faux intellectuels ne puissent être considérés comme tels, cette circonstance ne pourrait avoir d'incidence que sur la quotité de la peine. Or, cette incidence serait insignifiante et ne justifierait aucune réduction de la sanction au vu de la culpabilité de l'intéressé résultant de l'ensemble des infractions commises et de la sanction finalement légère qui lui a été infligée. Dans un cas traité par le TF dans un arrêt du 14 septembre 2009 (6B 589/09), le recourant avait facturé aux caisses-maladie, à plus de 100 reprises, des assistances opératoires, alors que celles-ci n'avaient pas été effectuées et n'avaient dès lors pas à être comptabilisées. Ce faisant, il avait induit les assureurs en erreur par des affirmations fallacieuses. Dans un arrêt plus récent rendu le 17 octobre 2017 ( 6B\_50/2017 ), le TF a rappelé que commet une escroquerie (146 CP) et un faux dans les titres (251 CP), le médecin qui utilise faussement le code TARMED dans ses factures afin d'en justifier le

remboursement par l'assurance obligatoire des soins. Cette tromperie devait être qualifiée d'astucieuse, dès lors qu'il agit en sa qualité de médecin, à savoir un professionnel occupant une position privilégiée et jouissant de ce fait d'une confiance particulière. En adressant ses factures à plusieurs caisses-maladie, il a escompté qu'elles ne procéderaient pas à des vérifications détaillées, difficiles et onéreuses, ce qui avait permis à ses patients d'obtenir indûment durant plusieurs années des remboursements et de se procurer, ou de procurer à ses patients, un enrichissement illégitime. Le point de savoir quelles sont les limites du devoir de vérification des caisses-maladie dans le cadre de l'assurance de base a déjà été abordé par la jurisprudence. Il a ainsi été considéré que, si la LAMal impose aux assureurs d'examiner les factures qui leur sont soumises pour déterminer en particulier le caractère économique des prestations, ce devoir de vérification n'est pas illimité (arrêt 6S.22/2007 du 4 mai 2007 consid. 9.2). Il est en effet extrêmement délicat pour les caisses de vérifier et encore plus de contester la pertinence de la facturation de chacune des consultations. Enfin, la note d'honoraires d'un médecin destinée à la caisse maladie peut constituer un faux dans les titres intellectuels et être, partant, réprimée par l'art. 251 CP (ATF 9C\_322/18). Cette disposition vise non seulement un titre faux ou la falsification d'un titre (faux matériel), mais aussi un titre mensonger (faux intellectuel). Il y a faux matériel lorsque l'auteur réel ne coïncide pas avec l'auteur apparent, alors que le faux intellectuel vise un titre qui émane de son auteur apparent, mais qui est mensonger dans la mesure où son contenu ne correspond pas à la réalité (ATF 126 IV 65 consid. 2a p. 67). Un simple mensonge écrit ne constitue pas un faux intellectuel punissable. La confiance que l'on peut avoir à ne pas être trompé sur la personne de l'auteur est plus grande que celle que l'on peut avoir à ce que l'auteur ne mente pas par écrit. Pour cette raison, même si l'on se trouve en présence d'un titre, il est nécessaire, pour que le mensonge soit punissable comme faux intellectuel, que le document ait une valeur probante plus grande dans l'hypothèse d'un faux matériel. Sa crédibilité doit être accrue et son destinataire doit pouvoir s'y fier raisonnablement. Une simple allégation, par nature sujette à vérification ou discussion, ne suffit pas. Il doit résulter des circonstances concrètes ou de la loi que le document est digne de confiance, de telle sorte qu'une vérification par le destinataire n'est pas nécessaire et ne saurait être exigée. Tel est le cas lorsque certaines assurances objectives garantissent aux tiers la véracité de la déclaration. Il peut s'agir, par exemple, d'un devoir de vérification qui incombe à l'auteur du document ou encore de l'existence de dispositions légales comme les art. 958 ss CO relatifs au bilan, qui définissent le contenu du document en question. En revanche, le simple fait que l'expérience montre que certains écrits jouissent d'une crédibilité particulière ne suffit pas, même si dans la pratique des affaires il est admis que l'on se fie à de tels documents. Il faut noter, enfin, que la limite entre le mensonge écrit et le faux intellectuel dans les titres doit être fixée de cas en cas en fonction des circonstances concrètes de l'espèce (ATF 126 IV 65 consid. 2a p. 67 s ; ATF 125 IV 273 consid. 3a p. 276 ss ; TF, arrêt du 14 septembre 2009 6B\_589/2009 consid. 2.1.1). Une facture mensongère, munie d'une quittance, n'est pas dotée, de par la loi, d'une garantie objective suffisante pour nécessairement constituer un faux intellectuel dans les titres. Il faut encore examiner si un tel document ne possède pas, selon les circonstances, une valeur de preuve accrue, notamment en raison de la personne qui l'a établi (ATF 121 IV 131 consid. 2c p. 135 ss ; ATF 6S\_37/2007 du 19 avril 2007 consid. 8.2.2). Celle-ci doit être dans une position analogue à celle d'un garant (ATF 120 IV 25 consid. f p. 29). Selon le Tribunal fédéral, il y a faux dans les titres lorsqu'un médecin établit une feuille de maladie ou une facture mensongère et fait valoir pour lui ou son patient des prestations auprès d'une caisse-maladie, dès lors que ces documents émanent

d'un professionnel qui bénéficie d'une position privilégiée et jouit de ce fait d'une confiance particulière (ATF 117 IV 165 consid. 4 p. 169 s ; ATF 103 IV 178 consid. 2c p. 184 ; ATF 6S\_491/1999 du 23 septembre 1999 consid. 7 ; ATF 6S\_22/2007 du 4 mai 2007 consid. 9.2 ; TF, arrêt du 14 septembre 2009 6B\_589/2009 consid. 2.1.1). 11. En l'espèce, les demanderesse considèrent qu'elles ont respecté le délai de prescription plus long du droit pénal de 15 ans, respectivement de 7 ans depuis le versement des prestations, par le dépôt de leur demande du 9 août 2019. Elles citent expressément un arrêt rendu par le Tribunal correctionnel de l'Est vaudois le 31 août 2020 condamnant un médecin notamment pour faux dans les titres en raison d'une facturation indue aux assurances maladie. Elles font ainsi valoir que le délai de prescription plus long de l'action pénale en relation avec l'art. 92 al. 1 let. b LAMal (obtention illicite d'une prestation fondée sur la LAMal par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière) s'applique, certaines factures du défendeur pouvant constituer des faux dans les titres. Le défendeur le conteste. Il soutient que les notes d'honoraires qu'il a adressées aux assurances maladie ne sont en aucun cas des faux dans les titres intellectuels qui constateraient faussement un fait le rendant ainsi mensonger. Son comportement n'est en aucun cas constitutif des infractions pénales réprimées à l'art. 92 LAMal. Il rappelle à cet égard qu'il a proposé à plusieurs reprises de mandater, avec l'accord de TARIFSUISSE SA, un cardiologue afin de réaliser une expertise de l'ensemble des rapports médicaux relatifs aux factures produites. Il n'aurait pas soumis une telle proposition s'il avait eu une quelconque faute à se reprocher. Il considère que la référence à l'arrêt vaudois du 31 août 2020 n'est pas pertinente, dans la mesure où elle concerne un médecin qui avait facturé des prestations sans les exécuter réellement, ce qui n'est précisément pas son cas, puisqu'il a effectué toutes les prestations facturées. 12. a. Il s'agit d'examiner si les conditions de l'une des dispositions légales pénales susmentionnées, et plus particulièrement celles de l'art. 251 CP, sont en l'espèce réalisées. Les demanderesse reprochent plus particulièrement au défendeur un temps de consultation de base exagérément long et une facturation selon un schéma tarifaire quasi forfaitaire (« chaînage ») sans utiliser les positions tarifaires adéquates existantes. Elles considèrent que le défendeur fait une mauvaise application du système de facturation TARMED. Le défendeur allègue, au fond, qu'il a au contraire appliqué de façon conforme le système de facturation TARMED, et affirme qu'il n'y a pas eu de facturation « en bloc » ou en « chaînage ». Il y a lieu de constater, à ce stade, que pour déterminer si la facturation établie par le défendeur correspond ou non aux exigences du TARMED, le Tribunal de céans doit procéder à l'examen du dossier au fond, examen prématuré en l'état, dans la mesure où aucun rapport médical relatif aux factures litigieuses n'a été produit. b. Les demanderesse font encore valoir que le défendeur semblant continuer à facturer ses prestations « en bloc », par analogie aux cas de délit continu du droit pénal, le délai de prescription/péremption ne peut commencer à courir qu'à partir de la commission de la dernière infraction (FAVRE/PELLET/STUDMANN code pénal annoté art. 98 N. 1.10). En cas de délit continu ou continué en effet, la prescription commence à courir dès la commission du dernier acte illicite (ATF 92 II 1, 81 II 439 = JT 1956 I 61 ; ATF 107 II 134 = JT 1982 I 464) ou dès la fin du comportement coupable en cas de délit par omission (ATF 112 III 172 = JT 1986 I 574), et indépendamment de la connaissance qu'a le créancier de l'existence de son droit, voire sans égard à la naissance de celui-ci (ATF 106 II 134, 126 II 145 = JT 2003 I 70 ; ATF 127 III 257 = JT 2002 I 249 ; SJ 2002 I 113 ; ATAS 135/2019 ; FAVRE / PELLET / STUDMANN code pénal annoté art. 98 N. 1.10). La question consistant à déterminer si le délai prévu à l'art. 25 al. 2 LPGA ne commence à

courir qu'au moment où la dernière facturation "en bloc" a été établie, par analogie aux cas de délit continu du droit pénal, ne peut pas non plus être tranchée à ce stade de la procédure, dès lors qu'il n'est pas établi à ce stade que tel soit effectivement le cas ou non. 13. a. Force est de constater, au vu de ce qui précède, qu'il s'avère prématuré de se prononcer sur le point de savoir si le délai de péremption de plus longue durée prévu par le droit pénal (art. 97 CP) est ou non applicable. On ne peut dès lors que réserver cette question. Celle-ci ne sera traitée que lors du jugement qui sera rendu au fond dans la présente cause. b. Il se justifie, partant, d'ordonner l'apport des rapports médicaux relatifs à toutes les factures établies entre le 14 août 2014 et le 30 juin 2019. On ne saurait en faire l'économie. Le Tribunal de céans prend acte de ce que le défendeur a déclaré, dans ses écritures du 18 septembre 2020, ne pas y être opposé, mais souhaiter que le médecin-conseil de TARIFSUISSE, auquel les rapports seraient transmis, ait la même spécialité et la même pratique que lui. Cette exigence toutefois apparaît inutile, dans la mesure où le médecin-conseil ne se voit précisément pas confier un mandat d'expert. Le Tribunal de céans ordonnera en conséquence la production par le défendeur des rapports médicaux concernés dans un délai de 60 jours à compter de l'entrée en force du présent arrêt.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.