

Cour de cassation

chambre criminelle

Audience publique du 19 mars 2014

N° de pourvoi: 13-82416

ECLI:FR:CCASS:2014:CR00918

Publié au bulletin

Rejet

M. Louvel (président), président

SCP Barthélemy, Matuchansky et Vexliard, avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

LA COUR DE CASSATION, CHAMBRE CRIMINELLE, a rendu l'arrêt suivant :
Statuant sur le pourvoi formé par :

- M. Alain X...,

contre l'arrêt de la cour d'appel d'AIX-EN-PROVENCE, 5e chambre, en date du 19 février 2013, qui, pour escroquerie, l'a condamné à six mois d'emprisonnement avec sursis et 10 000 euros d'amende ;

La COUR, statuant après débats en l'audience publique du 5 février 2014 où étaient présents dans la formation prévue à l'article 567-1-1 du code de procédure pénale : M. Louvel, président, Mme Chaubon, conseiller rapporteur, Mme Nocquet, conseiller de la chambre ;

Greffier de chambre : M. Bétron ;

Sur le rapport de Mme le conseiller CHAUBON, les observations de la société civile professionnelle BARTHÉLEMY, MATUCHANSKY et VEXLIARD, avocat en la Cour, et les conclusions de M. l'avocat général GAUTHIER ;

Vu le mémoire produit ;

Sur le premier moyen de cassation, pris de la violation des articles 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 462, 485, 512, 513, 591 et 593 du code de procédure pénale ;

" en ce que la cour d'appel mentionne avoir rendu sa décision « après en avoir délibéré conformément à la loi » tout en indiquant, au titre de la composition de la juridiction, la présence lors des débats de la greffière Mme Viviano et lors du délibéré la présence de la greffière Mme Prats ;

” 1) alors qu’en vertu de l’exigence d’impartialité et d’indépendance du tribunal, ainsi que du principe absolu et d’ordre public du secret du délibéré, seuls les juges qui ont assisté aux débats peuvent en délibérer ; qu’il s’ensuit que, mentionnant la présence de la greffière Mme Prats lors du délibéré, l’arrêt est entaché de nullité ;

” 2) alors qu’est entaché d’une contradiction, l’arrêt qui mentionne que la greffière Mme Prats était présente lors du délibéré, tout en mentionnant que la décision a été rendue après en avoir délibéré conformément à la loi ;

” 3) alors que la double mention de ce que la greffière Mme Prats était présente lors du délibéré et de ce que la décision a été rendue après en avoir délibéré conformément à la loi, est cause d’un doute irréductible dans l’esprit du condamné sur l’impartialité objective de la juridiction de jugement, doute incompatible avec les exigences du procès équitable et entachant l’arrêt de nullité “ ;

Attendu que l’arrêt constate que la cour d’appel a rendu sa décision après avoir délibéré conformément à la loi ; que cette mention suffit à établir que, contrairement à ce qui est allégué, le greffier n’a pas assisté au délibéré ;

D’où il suit que le moyen doit être écarté ;

Sur le second moyen de cassation, pris de la violation des articles 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales, 313-1 du code pénal, 591 et 593 du code de procédure pénale ;

” en ce que l’arrêt confirmatif attaqué a déclaré M. X...coupable des faits d’escroquerie commis du 1er janvier 2008 au 16 novembre 2008 à Toulon et lui a infligé une peine d’emprisonnement avec sursis et d’amende ;

” aux motifs propres qu’à la suite d’un contrôle des actes facturés par M. X..., masseur kinésithérapeute, pour la période comprise entre le 1er janvier et le 17 novembre 2008, la caisse primaire d’assurance maladie du Var dénonçait au procureur de la République de Toulon les malversations de ce praticien qui auraient consisté, selon elle, à facturer des actes fictifs, à surcoter des actes ou à les facturer en double et lui auraient causé un préjudice d’un montant total de 41 778, 98 euros ; qu’elle relevait, de surcroît, que la plupart des assurés qu’elle avait entendus n’avaient pas reconnu leur signature sur les feuilles de soins établies à leur nom ; que le prévenu plaide sa relaxe en relevant que l’enquête n’a pas démontré que les signatures litigieuses seraient de sa main, ses patients, majoritairement âgés, ne pouvant signer eux-mêmes les feuilles de soins qu’un de leurs proches signaient à leur place ; qu’il conteste par ailleurs avoir facturé des actes qu’il n’aurait pas réalisés, et produit des attestations de ses patients certifiant qu’il avait bien effectué la totalité des séances prescrites par leur médecin ; qu’il explique qu’il facturait ses actes « à la chaîne », si bien que les actes considérés comme fictifs par la caisse primaire d’assurance maladie ne l’étaient pas mais avaient été réalisés à des dates différentes de celles figurant sur les feuilles de soins ; qu’ainsi la seule mention de dates d’actes erronées ne constitue qu’un simple mensonge écrit non punissable ; que de la comparaison entre les feuilles de soins et les déclarations des assurés recueillies par la caisse primaire d’assurance maladie, il ressort cependant un décalage systématique entre le nombre d’actes facturés et celui réellement exécuté aux dires des assurés ; qu’ainsi, entre le 2 janvier et le 18 novembre 2008, les feuilles de soins de Mme Y...mentionnent 278 actes, correspondant à une moyenne de six séances par semaine, alors que l’assurée a déclaré à la caisse primaire d’assurance maladie que les séances avaient lieu deux fois par semaine ; qu’un décalage apparaît également entre le nombre de séances hebdomadaires facturés et le nombre des séances hebdomadaires suivants, Mme Z...(22 séances selon les feuilles de soins et 10 selon l’assurée), Mme A...(6 à 7 séances par semaine selon les feuilles et 2 selon l’assurée), M. B...(4 à 5 séances par semaine selon les feuilles et 3 séances selon l’assurée), M. C...(5 à 6 séances par semaine selon les feuilles et 2 séances selon l’assuré), Mme D...(5 à 7 séances par semaine selon les feuilles et 2 à 3 séances par semaine selon l’assurée), M. E...(6 à 7 séances par semaine

selon les feuilles et 3 séances par semaine selon l'assuré), Mme V... (10 séances de juillet à octobre 2008 selon les feuilles de soins et cessation des séances début juillet selon l'assurée), Mme F...(6 à 7 séances par semaine selon les feuilles de soins et seulement une fois par semaine selon l'assurée), Mme G...(45 séances selon les feuilles de soins et 30 selon l'assurée), Mme H...(à six séances par semaine selon les feuilles de soins, deux séances par semaine selon l'assurée), Mme I...(4 à 7 séances par semaine selon les feuilles de soins, trois séances par semaine selon l'assurée), Mme J...(4 à 6 séances par semaine selon les feuilles de soins et 3 séances par semaine selon l'assurée), M. K...(65 séances selon les feuilles de soins et 59 séances réalisées selon l'assuré), M. L...(4 à 6 séances par semaine selon les feuilles de soins et 2 séances par semaine de janvier à juin, séance pas semaine depuis juin selon l'assuré) ; que M. X...a ainsi facturé un nombre de séances très supérieur à celui dont les assurés déclarent avoir bénéficié et la différence entre le nombre de séances mentionnées dans les feuilles de soins et celui déclaré par les assurés correspond à des séances qu'il n'a jamais réalisées ; que, de plus, la discordance entre les dates des séances mentionnées sur les feuilles de soins et celles indiquées par plusieurs assurés confirme que M. X...a facturé des actes qu'il n'a jamais réalisés ; qu'ainsi, il a mentionné systématiquement avoir effectué des séances tombant les samedis, dimanches et jours fériés pour MM. M...et N..., Mme O..., M. P..., Mme Q..., MM. R..., S..., T...et U..., alors que ces assurés ont affirmé avec certitude que leur kinésithérapeute ne s'était jamais rendu à leur domicile les fins de semaine et les jours fériés ; qu'il ne s'agit donc pas de simples erreurs de date, comme voudrait le faire croire le prévenu, mais bien de facturation d'actes fictifs ; qu'en effet, les séances mentionnées comme ayant été réalisées les samedis, dimanche et jours fériés s'ajoutent au nombre de semaines hebdomadaires indiquées par les assurés qui, elles, ont toutes été facturées et partant, ne peuvent correspondre à des séances facturées par erreur à des dates autres que celles auxquelles elles ont été réalisées ; que les attestations des assurés produites par le prévenu n'expliquent pas le décalage systématique et important entre le nombre des séances qu'ils ont déclarées et celui des séances facturées par M. X...; n'ayant ni lu ni signé les feuilles de soins que le prévenu a remplies, ils ne sont pas en mesure d'affirmer que ce dernier n'a pas facturé des séances en plus de celles effectivement prescrites et réalisées ; qu'il était par ailleurs relevé par la Caisse que, de manière surprenante, la plupart des dates de prescriptions de médecins traitant mentionnées dans les feuilles de soins par M. X...ne correspondaient pas à des actes payants des praticiens ; que la partie civile, en plus de la facturation d'actes fictifs relevait la surcotation d'actes de kinésithérapie pour cinq assurés et une double facturation pour deux assurés, faits que M. X...n'a pas contestés tout en expliquant qu'il s'agissait de simples erreurs non constitutives d'escroqueries ; que de telles anomalies, en dépit de leur faible nombre, ne peuvent être considérées comme des erreurs fortuites car elles s'inscrivaient dans un système frauduleux mis en place pour obtenir des règlements indus ; que, pour donner force et crédit à ses déclarations mensongères relatives au nombre ou à la nature des actes effectués, le prévenu remplissait les feuilles de soins et les signait à la place des patients concernés ; qu'en effet, les assurés entendus ont précisé qu'aucune feuille de soins ne leur était remise par M. X...et ne reconnaissaient pas leur signature sur les feuilles de soins qui leur étaient présentées ; que la signature de la feuille de soins par le patient ayant pour but d'avaliser auprès de la caisse les actes facturés par le kinésithérapeute, l'envoi par le prévenu à la caisse de feuilles de soins signés à la place du patient caractérise une manoeuvre frauduleuse constitutive d'escroquerie ; que professionnel expérimenté exerçant son activité depuis 1972, parfaitement rompu à l'établissement des feuilles de soins destinés à la Caisse, M. X...ne peut s'abriter derrière de prétendues erreurs ou négligences sans conséquences pour justifier les multiples anomalies relevées dans la facturation de ses actes qui ont entraîné le versement par la caisse d'une somme indue de 41 778, 98 euros pour une période de onze mois seulement ; que l'ampleur des

anomalies constatées lors du contrôle ne peut s'expliquer que par la volonté délibérée du prévenu de tromper la caisse sur la réalité des actes exécutés dans le but de s'enrichir à son détriment ; que les circonstances de la cause ont donc été exactement appréciées par les premiers juges dont la décision sera confirmée sur la culpabilité ;

” et aux motifs que le 23 juillet 2010, la caisse primaire d'assurance maladie du Var déposait plainte à l'encontre de M. X..., masseur kinésithérapeute libéral, exerçant à Toulon ; qu'il apparaissait en effet à la suite d'un contrôle des facturations d'actes de kinésithérapie émises par M. X...sur la période du 1er janvier 2008 au 17 novembre 2008 diverses irrégularités concernant 25 assurés consistant en des facturations d'actes fictifs ; qu'ainsi l'audition de certains assurés démontrait que M. X...avait facturé à leurs noms divers actes censés réalisés notamment les samedis, dimanches ou jours fériés alors qu'il ne les avait pas rencontrés ces jours (préjudice 40 576, 34 euros) ; que, concernant ces actes fictifs, les contrôleurs de la caisse primaire d'assurance maladie signalaient que la majorité des assurés sociaux ne signaient pas les feuilles de soins transmises par M. X...ou que pour les dates de prescriptions des médecins traitants reportées, seule une minorité correspondant à un acte payant des praticiens ; qu'une surcotation d'acte de kinésithérapie pour cinq assurés sociaux, que M. X...n'ayant pas respecté la nomenclature générale des actes professionnels (992, 22 euros) ; qu'une double facturation concernant deux assurés, M. X...ayant sollicité à deux reprises auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du Var le règlement de mêmes actes (préjudices : 210, 42 euros) ; qu'entendu, M. X...reconnaissait les surcotations d'actes et doubles facturations reprochées invoquant de simples erreurs de sa part ; qu'il niait cependant toute facturation fictive indiquant cependant que, pour certains actes contestés, il effectuait des séances plus longues certains jours de la semaine facturés sur les samedis et dimanches ou jours férié, que pour d'autres assurés, il avait facturé des déplacements fictifs tout en effectuant en compensation des actes supplémentaire sans prescription ou qu'enfin, les personnes âgées entendues par les contrôleurs ne se rappelaient plus de rien et disaient n'importe quoi ; qu'à l'audience du 14 mai 2012, M. X...a maintenu sa version des faits ; que le tribunal correctionnel a retenu sa culpabilité, les explications données ne pouvant justifier l'existence de facturation d'actes non réalisés à la date indiquée et, il convient de le noter, permettant une majoration de leur montant du fait des fins de semaine et jours fériés ; qu'il résulte des éléments du dossier que les faits reprochés à M. X...sont établis ; qu'il convient de l'en déclarer coupable et d'entrer en voie de condamnation ;

” alors que le mensonge, même produit par écrit, ne peut constituer à lui seul une manoeuvre frauduleuse au sens de l'article 313-1 du code pénal s'il ne s'y joint un élément extérieur de nature à tromper la victime et à la déterminer ainsi à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque ; que, s'étant bornée à constater que M. X...avait transmis à la caisse primaire d'assurance maladie des feuilles de soins qu'il avait lui-même signées à la place des patients concernés correspondant à des prestations prétendument fictives, la cour d'appel n'a pas caractérisé l'élément extérieur ayant pour fonction de donner à l'écrit force et crédit auprès de la caisse et n'a dès lors pas légalement justifié sa décision “ ;

Attendu qu'il résulte de l'arrêt attaqué et des pièces de procédure qu'un contrôle effectué sur les actes facturés par M. X..., kinésithérapeute, a révélé que celui-ci avait adressé à la caisse primaire d'assurance maladie du Var des feuilles de soins qu'il avait remplies et signées à la place des patients et qui correspondaient à des prestations fictives ou comportaient soit des sur-cotations d'actes soit une double facturation, ce qui a entraîné, de la part de l'organisme social, des versements indus à son profit ;

Attendu que, pour déclarer M. X...coupable d'escroquerie, l'arrêt prononce par les motifs repris au moyen ;

Attendu qu'en l'état de ces énonciations, d'où il résulte que M. X...a fait intervenir, pour des actes totalement ou partiellement inexistant, les patients supposés en avoir

bénéficié, dont il a imité la signature, la cour d'appel, qui a caractérisé les manoeuvres frauduleuses constitutives de l'escroquerie, a justifié sa décision ;

D'où il suit que le moyen doit être écarté ;

Et attendu que l'arrêt est régulier en la forme ;

REJETTE le pourvoi ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, chambre criminelle, et prononcé par le président le dix-neuf mars deux mille quatorze ;

En foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président, le rapporteur et le greffier de chambre ;

Publication :

Décision attaquée : Cour d'appel d'Aix-en-Provence , du 19 février 2013