Jugt n° 703/2012
not. 27213/07/CD

AUDIENCE PUBLIQUE DU 15 FEVRIER 2012

Le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, ***treizième chambre***, siégeant en matière ***correctionnelle***, a rendu le jugement qui suit:

dans la cause du Ministère Public contre

étr. **X.) ,**
ex.p. né le (…) à (…) (I),
surs.prob. demeurant à (…), L-(…)

- p r é v e n u -

en présence de:

CAISSE NATIONALE DE SANTE,
ayant son siège social à 125, route d'Esch, L-1471 Luxembourg,
comparant par Maître Jean MINDEN,

partie civile constituée contre **X.)** , préqualifié.

F A I T S :

Par citation du 5 décembre 2011, Monsieur le Procureur d'Etat près le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg a requis le prévenu à comparaître aux audiences publiques des 10 janvier 2012, 11 janvier 2012 et 12 janvier 2012 devant le Tribunal correctionnel de ce siège, pour y entendre statuer sur les préventions suivantes:

faux, usage de faux ; principalement : infraction à l'article 315 du Code des Assurances Sociales, subsidiairement : escroquerie ; infraction à l'article 509-3 du Code pénal ; infraction à l'article 16 de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

A l'audience du 10 janvier 2012, Madame le Vice-président constata l'identité du prévenu et lui donna connaissance de l'acte qui a saisi le Tribunal.

Maître Jean MINDEN, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg, s'est constitué partie civile au nom et pour le compte de la Caisse Nationale de la Santé, préqualifiée, contre le prévenu **X.)** , préqualifié; il donna lecture des conclusions écrites qu'il déposa ensuite sur

le bureau du Tribunal et qui furent signées par Madame le Vice-président et Madame la greffière.

Les témoins Emile Jean Nicolas François GRAS, **T1.)** et **T2.)** furent entendus en leurs dépositions orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

A l'audience du 11 janvier 2012, les témoins William KAISE et **T3.)** furent entendus en leurs dépositions orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Maître Jean MINDEN fut entendu en ses explications.

A l'audience du 12 janvier 2012, le prévenu **X.)** fut entendu en ses explications et moyens de défense, qui furent plus amplement développés par Maître Laurence PAYOT, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg.

Le représentant du Ministère Public, Monsieur Marc HARPES, premier substitut du Procureur d'Etat, résuma l'affaire et fut entendue en son réquisitoire.

Le Tribunal prit l'affaire en délibéré et rendit à l'audience publique de ce jour, date à laquelle le prononcé avait été fixé,

le jugement qui suit:

Vu l'arrêt n°815/11 du 31 octobre 2011 rendu par la chambre du conseil de la Cour d'Appel, confirmant l'ordonnance n°1198/11 du 8 juin 2011 de la chambre du conseil du Tribunal d'Arrondissement de et à Luxembourg qui a renvoyé **X.)** du chef de faux, d'usage de faux, principalement du chef de violation de l'article 315 du Code des Assurances Sociales, subsidiairement du chef d'escroquerie, du chef d'infractions à l'article 509-3 du Code pénal et à l'article 16 de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé devant une chambre correctionnelle de ce même Tribunal.

Vu la citation à prévenu du 5 décembre 2011 régulièrement notifiée au prévenu.

Vu l'ensemble du dossier répressif constitué par le Ministère Public sous la notice n° 27213/07/CD.

Vu le rapport d'expertise établi par le Dr.William KAISE du 27 novembre 2010.

Vu l'instruction judiciaire diligentée par le juge d'instruction.

I) Les faits :

L'examen du dossier répressif, ensemble l'instruction et les débats menés à l'audience, a permis de dégager ce qui suit:

Le 14 décembre 2007, le Procureur d'Etat de et à Luxembourg est saisi d'une dénonciation par le Ministre de la Santé concernant les agissements du Dr.**X.)** , médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, ayant son cabinet médical à Luxembourg, (…).

Cette dénonciation se fonde sur un courrier du 25 novembre 2007, respectivement du 6 novembre 2007 rédigés et envoyés par **A.)** au Ministère de la Santé.

Dans ses courriers, **A.)** a relaté être de formation esthéticienne, d'avoir, nonobstant sa formation, été engagée par contrat de travail à durée déterminée pour la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2008 comme assistante médicale par le Dr.**X.)** , d'avoir dû, comme tous les autres membres du personnel travaillant au sein du cabinet médical, assister le Dr.**X.)** lors de l'exécution d'actes médicaux et chirurgicaux dans son cabinet médical. A ce titre, elle a notamment dû tamponner le sang, apposer des pansements, couper des fils de suture, épiler au laser, faire des tests d'allergie.

A.) a encore dénoncé l'établissement de faux mémoires d'honoraires par le Dr.**X.)** . Ce dernier n'indiquerait pas le code correspondant au traitement réellement subi par le patient mais y mettrait un code prévu par la nomenclature permettant au patient d'obtenir ainsi des remboursements indus et plus élevés par la Caisse de Santé Nationale (anciennement l'Union des Caisses de Maladie).

Le 22 décembre 2007, le Procureur d'Etat de et à Luxembourg est saisi d'une dénonciation de la part du Collège médical. Cette dénonciation se base sur un courrier du 13 décembre 2007 rédigé par le mandataire de **A.)** . Ce courrier contient les mêmes reproches que ceux contenus dans les lettres préalablement envoyées par **A.)** au Ministère de la Santé.

Suite au réquisitoire du Procureur d'Etat de et à Luxembourg du 9 janvier 2008, une information judiciaire fut ouverte contre **X.)** du chef de faux, d'usage de faux et d'infraction à l'article 315 du Code des Assurances Sociales. L'instruction sera par la suite, conformément au réquisitoire du Ministère Public du 9 octobre 2008, étendue à l'infraction de faux et d'usage de faux en matière informatique, à l'infraction de l'article 7 de la loi du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, pour laquelle la chambre du conseil décidera par la suite un non-lieu à poursuite, et à l'article 16 de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Par transmis du 11 janvier 2008, le Service de Police Judiciaire fut chargé par le juge d'instruction de procéder à l'audition de **A.)** .

Dans ses auditions policières des 15 et 17 janvier 2008, **A.)** , de formation esthéticienne, a déclaré avoir postulé au cabinet médical du Dr.**X.)** dans la mesure où ce dernier avait émis une offre d'emploi suivant laquelle il recherchait une esthéticienne. Lors de l'entretien d'embauche, **X.)** l'informait qu'elle serait le cas échéant amenée à préparer des seringues et de préparer les tables. Lorsqu'elle le rendit attentif au fait qu'elle n'avait pas la qualification requise pour ce faire, il lui répliqua qu'elle allait apprendre ces tâches dans deux jours et que de toute manière aucune des autres salariées embauchées comme assistante médicale suivant contrat de travail, n'était titulaire du diplôme requis.

Ainsi, dès sa première journée de travail, il fut montré à **A.)** comment disposer les seringues, quelles aiguilles il fallait prendre et elle devait être présente pendant toute la matinée lorsqu'une liposuccion fut effectuée par le médecin. Lors de cette intervention, l'employée **B.)** assistait le Dr.**X.)** .

Début juin 2007, elle dut non seulement assister aux actes médicaux en présence d'une autre employée, **T3.)** , mais elle dut, à un moment donné, prendre la relève de celle-ci et tamponner le sang pendant que le médecin procédait à l'exérèse, couper les fils et poser le pansement lors de la pose des sutures.

L'exérèse devenait ainsi pour elle pratique courante, étant donné qu'elle devait assister le médecin une ou deux fois par journée.

Elle assistait par ailleurs à des phlébectomies. Son rôle consistait à désinfecter les parties à traiter et à poser des pansements.

Elle avait par ailleurs assisté une bonne dizaine de fois à des liposuccions. Elle devait alors préparer les patients, être présente pendant toute l'intervention, surveiller la plaie et tamponner le sang à l'entrée du tuyau d'aspiration, maintenir les compresses sur des zones achevées tandis que le Dr.**X.)** travaillait sur d'autres zones.

Lors des blépharoplasties, son assistance consistait à préparer les instruments, de tenir avec une main l'aspirateur servant à avaler la fumée qui était produite par la destruction de la graisse et de tenir avec l'autre main une compresse pour recueillir le sang aux endroits où le laser était passé.

Elle précisa que pour préparer les instruments nécessaires pour une intervention, elle devait se baser sur un guide qui se trouvait dans un tiroir. Ce guide constituait un véritable mode d'emploi des démarches à suivre pour chaque intervention.

Elle dut par ailleurs, comme toutes les autres « assistantes médicales », effectuer des épilations au laser et des peelings dans la mesure où le médecin ne s'en occupait pas.

Concernant les codes indiqués sur les mémoires d'honoraires, elle déclara que plusieurs patients lui avaient dit que le Dr.**X.)** avait fait en sorte qu'ils soient remboursés par la caisse de maladie alors qu'il était évident que les traitements effectués n'étaient pas remboursables. Elle constata par ailleurs que pour un même traitement, le médecin avait, en fonction du patient concerné, utilisé différents codes lors de l'établissement de son mémoire d'honoraires.

Par ordonnances du 28 janvier 2008, le juge d'instruction a ordonné, outre une perquisition aux différents domiciles de droit et de fait du Dr.**X.)** , une perquisition au cabinet médical de ce dernier. Celle-ci fut exécutée le 13 février 2008 en présence du Dr. **T2.)** , médecin au sein de la direction de la Santé, ayant la qualité d'officier de police judiciaire.

La perquisition au cabinet médical a permis de trouver et de saisir un document intitulé « Table de matières » comprenant 13 pages. L'analyse de ce document a relevé qu'il s'agit d'un guide destiné aux employés, une espèce de « vadémécum », comprenant des instructions générales concernant l'accueil des patients, la préparation des interventions

médicales, par exemple un traitement avec du botox, la mésothérapie, les implants capillaires, le test épicutané, les devoirs à effectuer pendant les opérations concernant le laser CO2, la phlébectomie, la liposuccion, la blépharoplastie, les implants capillaires et les soins qui sont à administrer aux patients après les opérations au laser CO2, à l'injection d'aquamid, à la mésothérapie, à l'exérèse, à la phlébectomie, à la liposuccion, à la blépharoplastie et au curetage.

Ce « vadémécum » contient encore des conseils médicaux à donner aux patients après un traitement au laser CO2 et des directives à suivre pour les tests allergiques.

Lors de cette perquisition, les employées **T3.)** et **C.)** , de formation esthéticiennes, se trouvaient au cabinet médical, de sorte qu'elles furent auditionnées.

Les déclarations de **T3.)** se recoupent avec celles effectuées par **A.)** dans la mesure où elle a également déclaré avoir été embauchée, nonobstant sa formation en tant d'esthéticienne, comme assistante médicale et qu'elle a dû assister le médecin lors de différentes interventions médicales. Elle avait assisté le médecin en moyenne trois à quatre fois par jour pour effectuer soit une sclérose, une phlébectomie, une liposuccion, une blépharoplastie, une biopsie, une exérèse de grains de beauté ou une injection de botox. Elle devait par ailleurs préparer les instruments nécessaires aux interventions et avait été formée tantôt par le médecin tantôt par une collègue de travail, la dénommée **D.)** .

Elle déclara par ailleurs que ces instruments étaient énumérés dans le guide qui fut saisi par la police.

Quant à l'audition de **C.)** , celle-ci déclara avoir été à la recherche d'un emploi comme esthéticienne, raison pour laquelle elle s'était inscrite à l'Administration de l'Emploi. Trois semaines avant son audition policière, elle reçut une carte d'assignation concernant un emploi comme esthéticienne auprès du cabinet du Dr.**X.)** et elle fut contactée, suite à l'envoi de sa demande, le 7 février 2008 pour se présenter au cabinet du médecin. Elle commença à travailler le 11 février 2008 pour le Dr.**X.)** . Ce dernier lui avait expliqué que ses tâches ne se limitaient non seulement au travail d'esthéticienne mais qu'elle devait aussi faire le travail de secrétaire à l'accueil, qu'elle devait s'occuper des fiches des patients et du téléphone. Outre ces tâches, le médecin l'informa également qu'elle devait l'assister lors de différentes interventions médicales comme par exemple l'exérèse de verrues. Lors de son premier jour de travail, elle accompagna **T3.)** pour l'observer dans les tâches d'assistance lors d'un traitement effectué par le médecin.

En cours d'après-midi de son deuxième jour de travail, donc le 12 février 2008, le Dr. **X.)** l'appela dans son bureau pour lui montrer et expliquer les différentes installations et pour lui expliquer comment remplir les seringues et quelle aiguille il fallait utiliser.
C.) déclara encore l'avoir assistée une fois lors d'une intervention avec un laser au visage et d'avoir dû tenir un tuyau d'aspiration. Ensuite elle a encore dû faire un pansement à la jambe d'une autre patiente.

Interrogée quant à l'indication des codes dans les mémoires d'honoraires, **T3.)** déclara qu'**X.)** établissait les mémoires, que les injections de sclérose et de mésothérapie avaient été facturées par le code 1D22 alors qu'elle savait que ceci était faux.

Lors des perquisitions au cabinet médical et aux domiciles du Dr.**X.)** furent encore saisis différents classeurs, factures, un ordinateur et ses accessoires. Les objets qui n'étaient pas utiles à l'enquête furent restitués, conformément à l'ordonnance de restitution du 10 mars 2008, le 28 mai 2008 à **X.)** .

L'exploitation du matériel informatique saisi au cabinet médical a permis de trouver un fichier dénommé « OMNIMED » constituant la base des données des patients du médecin contenant le nom des patients, les consultations et les mémoires d'honoraires.

L'examen de ce fichier a relevé une utilisation surabondante du code 1D22 correspondant à la destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau en une seule séance dans la mesure où à peu près la moitié des traitements administrés par le Dr. **X.)** étaient facturés avec le prédit code.

Il résulte de l'annexe 3 du rapport JDA 3362-21 du 3 avril 2008 que l'exploitation du fichier « OMNIMED » a permis de recenser sur toute la période d'activité du Dr. **X.)** 45.977 actes posés dont 12.386 étaient côtés du code 1D22.

En retranchant de ces 45.977 actes le nombre de consultations facturées pour les traitements comportant le code C et V, applicable pour les consultations du médecin spécialiste en dermato-vénérologie, les consultations urgentes, les renouvellements d'ordonnances, les visites du soir, c'est à-dire 20.421 actes, les traitements spécifiques effectués par le Dr.**X.)** se chiffrent à 25.556 actes**.**

Or, pour ces 25.556 actes, 12.386 actes ont été facturés avec le code 1D22, soit 48,46 %, ce qui signifie donc qu'à peu près chaque deuxième traitement facturé par le Dr. **X.)** aurait consisté en la destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau en une seule séance.

Contrairement au prédit code, le code 1D21, qui n'est remboursé qu'à concurrence de 32,40 euros et qui désigne la destruction d'une ou des plusieurs tumeurs bénignes de la peau en une seule séance, n'a été utilisé que pour 609 actes sur la même période de temps.

Il s'est avéré que le code 1D22 a été notamment utilisé pour les traitements suivants : la sclérothérapie, le traitement de l'alopécie, le peeling, l'épilation, la mésothérapie et le traitement avec bepantheme.

Ainsi, le Dr. **T2.)** , qui fut entendu le 2 avril 2008 par les enquêteurs, a déclaré que pour les traitements précités, le code 1D22 n'était pas applicable et que ces traitements ne donnent ou bien aucun droit à un remboursement de la part de la Caisse Nationale de Santé dans la mesure où ils ne se trouvent pas dans la nomenclature, respectivement ne donnent droit qu'à un remboursement inférieur.

Il y d'ores et déjà lieu de relever que le code 1D22 est un code qui permet un remboursement élevé de la part de la Caisse Natiaonale de Santé, étant donné qu'il s'élève à 64,80 euros. Confomément à la nomenclature, seulement deux codes sont remboursés à un montant supérieur pour le dermatologue.

Suite à l'ordonnance du 9 avril 2008 du juge d'instruction, une perquisition fut effectuée au siège social de l'Union des Caisses de Maladie (actuellement Caisse Nationale de Santé) aux fins de rechercher et de saisir les listes des patients traités par le Dr. **X.)** ainsi que les relevés des actes médicaux mis en compte par le médecin pendant la période du 1er janvier 2005 au 12 février 2008 et l'ensemble des mémoires d'honoraires, des ordonnances médicales pour chacun des patients identifié sur les listes précitées.

Lors de cette perquisition un CD-Rom a été remis aux enquêteurs, celui-ci contient 36.170 actes facturés par le Dr. **X.)** pour la période du 3 janvier 2005 au 12 février 2008.

Il y a à ce sujet lieu de relever pour être complet, qu'il fut décidé, eu égard au nombre considérable d'actes prestés par le Dr.**X.)** depuis l'ouverture de son cabinet en 1994, de limiter l'enquête aux actes effectués entre le 3 janvier 2005 et le 12 février 2008.

A titre d'illustration, il convient toutefois de citer le nombre d'utilisation du code 1D22 tel qu'il résulte de l'annexe 1 du rapport JDA 3362.40 du 13 décembre 2010 établi par les enquêteurs du Service de Police Judiciaire : en 1994, le prédit code fut utlisé à 10 reprises, en 1999 à 300 reprises, en 2003 à 900 reprises, en 2004 à 2.400 reprises, en 2005 à 2.273 reprises, en 2006 à 2.366 reprises et en 2007 à 1.650 reprises.

Sur base des fichiers « OMNIMED » saisis au cabinet médical du Dr. **X.)** et des fichiers obtenus lors de la perquisition de la part de la Caisse Nationale de Santé, le juge d'instruction a, par ordonnance du 22 mars 2010, chargé le Dr. William KAISE, afin de déterminer le préjudice total subi par la Caisse Nationale de Santé en comparant dans les différents tableaux les consultations au tarif facturé, de dresser une liste des interventions facturées au code 1D22, de déterminer pour chaque intervention si elle est comprise ou non dans la nomenclature et de déterminer le nombre de fois que le code 1D22 a été mis en compte improprement pour le traitement concerné.

En résumé, l'expert fut donc chargé de vérifier le bien-fondé de la cotation 1D22 par rapport aux traitements effectués.

Il y a lieu de préciser que pour cette expertise, les enquêteurs du Service de Police Judiciaire avaient fait, eu égard au nombre considérable d'actes à expertiser, un premier tri pour ne soumettre au Dr. KAISE que 7.165 actes aux fins d'expertise sur la totalité des 36.170 actes facturés par le Dr. **X.)** entre le 3 janvier 2005 et le 12 février 2008.

Sur ces 7.165 actes, il s'agissait donc de vérifier le bien fondé entre le traitement effectué tel qu'il résulte du fichier « OMNIMED » et le traitement facturé dans le mémoire d'honoraires avec le code 1D22.

Pour être complet et à titre d'information, il y a lieu de préciser que, conformément aux constatations des enquêteurs contenues dans le rapport n°JDA 3362-21 du 3 avril 2008, les inscriptions dans le fichier « OMNIMED » sur lesquelles l'expert s'est basé, n'ont pas de fonctionnalité qui choisirait automatiquement le code médical correct par rapport au

traitement, ce qui veut dire qu'il est possible que des données dans les divers tableaux ne correspondant pas au traitement effectué y aient été inscrites.

Dans son rapport d'expertise du 27 novembre 2010, le Dr.William KAISE a expliqué que la nomenclature des actes médicaux est déterminée et signée entre les représentants des médecins et la Caisse Nationale de Santé et qu'elle leur est de ce fait opposable. Les actes qui figurent dans la prédite nomenclature sont pris en charge par la Caisse Nationale de Santé et remboursés aux patients tandis que les actes qui n'y figurent pas ne sont pas pris en charge par la Caisse Nationale de la Santé et ne sont donc pas remboursés.

Il a par ailleurs précisé que de façon général les actes esthétiques ne sont pas pris en charge par la Caisse Nationale de Santé.

L'expert KAISE conclut dans son rapport que sur les traitements analysés, l'usage du code 1D22 était manifestement inapproprié dans 2.851 cas pour un montant de 161.749,86 euros, alors que ce code était médicalement justifié pour 493 actes. Pour 1.556 actes, l'expert n'était pas en mesure de dire si l'utilisation du code 1D22 était justifiée ou non, de sorte que ces actes ne sont pas reprochés au Dr.**X.)** .

Il a constaté que le code 1D22 (destruction des 4 tumeurs bénignes de la peau en une seule séance**)** a été utilisé pour des actes de nature purement esthétique, donc des actes non remboursables par la Caisse Nationale de Santé.

Il s'agit de :

- l'épilation,
- le traitement de l'alopécie, c'est-à-dire le traitement de la calvitie,
- le peeling, qui est destiné à régénérer la peau du visage pour lui donner plus d'éclat,
- la blépharoplastie, qui est une opération de chirurgie esthétique permettant de corriger des problèmes de paupières tombantes,
- la mésothérapie, c'est-à-dire le facelift.

Le code 1D22 a par ailleurs été utilisé pour d'autres actes qui sont normalement de nature esthétique mais qui peuvent avoir un but thérapeutique.

Il s'agit essentiellement du traitement des varices par des techniques de sclérothérapie et de phlébectomie.

Ces interventions ne correspondent pas au code 1D22 mais sont, dans certaines conditions, remboursées sous un autre code tels que les codes 2F61, 2F62, 2F63 qui figurent dans le règlement grand-ducal sous la section chirurgie générale et non pas sous la section dermatologie.

De manière plus générale, le Dr. KAISE a retenu que :

*« Il ressort de l'étude de l'activité du Dr **X.)** , à partir des documents fournis par les enquêteurs, que la cotation 1D22 a été largement utilisée à tort dans la période*

considérée. Elle a été souvent utilisée en remplacement de la cotation réelle prévue par la nomenclature. Même normalement utilisée elle n'a pas tenu compte du nombre des lésions à traiter comme celles-ci étaient systématiquement supérieures à 4, ce qui est irréaliste dans la pratique quotidienne d'un dermatologue. Elle a été attribuée à des actes purement esthétiques, normalement non cotés et non pris en charge par l'UCM. L'impression générale des tableaux d'activité tend à montrer que la cotation 1D22 est devenue pour le Dr. ***X.)*** *une cotation standard pour de très nombreux actes de sa pratique professionnelle, sans respect attentif de la nomenclature dont les termes ont été contractuellement établis entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins. »*

Par transmis du 30 septembre 2008, le juge d'instruction avait, eu égard aux pièces saisies au cabinet du Dr.**X.)** , chargé les enquêteurs du Service de Police Judiciaire de procéder à l'audition de certains patients.

Furent ainsi entendues **P1.)** , **P2.)** , **P3.)** , **P4.)** , **P5.)** , **P6.)** , **P7.)** et **P8.)** .

L'audition de ces patientes et l'exploitation des pièces saisies a relevé que le code 1D22 avait été utilisé par le Dr.**X.)** de manière inadaptée aux traitements effectués.

En effet, les patientes **P1.)** et **P8.)** ont été traitées pour perte de cheveux au moyen d'injections de kénacort qui est un corticoïde, de diazote et de bépanthème. Le code 1D22 a été utilisé 50 fois pour **P1.)** et 11 fois pour **P8.)** .

Quant à **P2.)** , celle-ci a été traitée pour une épilation du visage et un peeling, et le Dr. **X.)** a utilisé 10 fois le code 1D22 et 7 fois le code 2G56 qui est également inapproprié alors que ce code prévoit l'excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne de 2,5 cm de diamètre.

Il résulte par ailleurs de l'audition policière d'**P2.)** que pour les premières visites, le Dr. **X.)** n'a pas eu recours au code 1D22, de sorte que ces traitements n'ont pas été pris en charge par la Caisse Nationale de Santé. Ce n'est qu'à partir de la 5ème séance que le Dr **X.)** a mis les codes 1D22 ou 2G56 pour que sa patiente puisse bénéficier d'un remboursement. **P2.)** a déclaré à ce sujet : « *Je savais toujours que l'épilation n'était pas remboursée. Après quelques années et séances, je me suis en effet plainte auprès du Dr.* ***X.)*** *que ses factures étaient chères. Il m'a dit alors qu'il allait faire sa facture pour que je sois remboursée…. Le Dr.****X.)*** *n'a jamais effectué sur moi les actes 1D22 ou 2G56 dont vous venez de me présenter les libellés»*

Concernant **P7.)** , il résulte de son audition qu'elle a fait l'objet d'épilations et qu'elle a bénéficié d'un remboursement par la Caisse Nationale de Santé dans la mesure où le code 1D22 fut mis sur les mémoires d'honnoraires.

Les patientes **P5.)** et **P6.)** avaient consulté le médecin **X.)** pour des problèmes de varices et ont subi une sclérothérapie qui a été remboursée pour partie dans la mesure où ce traitement avait été facturé avec le code 1D22.

P5.) a déclaré lors de son audition policière qu'« *au début le Dr.* ***X.)*** *m'avait expliqué que ce traitement n'était pas remboursé. Je payais tous les traitements de ma poche. (…)*

En 2008, je suis retournée et j'entendais à ma surprise de la secrétaire que maintenant la sclérothérapie était remboursée ».

Elle a par ailleurs dit sur question des enquêteurs que « *vous me rappelez le code tarif et le libellé du 1D22. Je ne pense pas que j'ai eu un traitement cette année qui puisse correspondre*».

P6.) a relaté lors de son audition policière que « *je dois tout d'abord confirmer, que lisant le libellé du code tarif 1D22, le docteur **X.)** n'a jamais effectué ce traitement sur ma personne*. (…) *Je savais que la sclérothérapie n'était pas remboursable. (…) Je pense que le Dr. **X.)** confirmait lors de la première consultation que la caisse de maladie n'allait pas rembourser les injections. Il était cependant d'accord de rédiger ses mémoires d'honoraires d'une façon que je sois remboursée au maximum* ».

Suite à une ordonnance du 5 novembre 2008 rendue par le juge d'instruction et tendant à effectuer une perquisition dans les locaux du Centre Commun de la Sécurité Sociale aux fins de rechercher et de saisir le listing des employées ayant travaillé au cabinet médical du Dr.**X.)** pendant la période du janvier 2005 à février 2008, **D.)** , **E.)** et **F.)** furent entendues.

Dans leurs auditions policières, elles ont confirmé les déclarations préalablement effectuées par **A.)** et **T3.)** .

En effet, **D.)** a expliqué être de formation secrétaire, d'avoir été engagée comme assistante médicale et d'avoir rédigé le guide qui fut trouvé et saisi par les enquêteurs à la demande et avec l'accord du Dr.**X.)** . Elle déclara avoir dû effectuer presque tous les actes décrits dans ce document, notamment la préparation du matériel, les tamponnades et les pansements. Elle précisa par ailleurs qu'une esthéticienne, **G.)** , qui ne fut pas entendue par les enquêteurs, assistait également le médecin lors des interventions du docteur.

E.) , de formation esthéticienne diplômée et secrétaire diplômée, a été embauchée du 2 janvier 2007 au 31 janvier 2007 par le docteur **X.)** après avoir postulé suite à une annonce suivant laquelle le Dr.**X.)** recherchait une esthéticienne. Lorsque le guide saisi au cabinet médical lui fut montré par les enquêteurs, elle déclara le connaître et d'avoir suivi strictement les instructions contenues dans ce guide pour préparer le matériel nécessaires aux opérations. Elle a par ailleurs dû effectuer plusieures des actes décrits dans ce guide, telle que mettre des steristrips après un traitement au laser, préparer des séringues, faire des pansements, poser des compresses, préparer le matériel pour chaque intervention, tamponner les plaies d'injections, …, alors qu'elle n'était pas de formation infirmière ou assistante médicale.

F.) , de formation esthéticienne, a été embauchée le 3 septembre 2007 en tant qu'assistante médicale. Elle dut assister à toutes les interventions telles que contenues dans le guide à l'exception des interventions de liposuccions, de blépharosplastie, des implants et de puvathérapie. Pendant ses interventions elle devait tamponner le sang,

mettre des champs stériles, faire des pansements, poser des compresser et des bandages. Outres ces devoirs, elle devait préparer tant le matériel que les salles.

Le Dr. **T1.)** , médecin auprès du service du contrôle médical de la sécurité sociale, a convoqué les patients **P9.)** , **P10.)** , **P11.)** , **P12.)** , **P13.)** , **P14.)** , **P15.)** , **P16.)** , **P17.)** , **P18.)** , **P19.)** , **P20.)** et **P21.)** afin de comparer les actes réellement prestés par le Dr.**X.)** avec les actes facturés et remboursés par la caisse de maladie.

Après avoir entendu les patients ayant donné suite à ses convocations, le Dr.**T1.)** a constaté que le code 1D22 a été utilisé dans la plupart des cas de manière inadaptée étant donné que les traitements effectués sur les patients ne correspondaient pas au traitement prévu par le prédit code.

Il conclut dans son rapport du 27 juin 2008 que les actes mis en compte à tort par le Dr.**X.)** servent à masquer le traitement de problèmes dermatologiques et relevènt plutôt du domaine de la médecine esthétique à savoir : télangectasies ou varices isolées traitées par injection sclérosante pour lesquels la prise en charge est exclue par la nomenclature, lentigos anctiniques (lésions cutanées appellées « taches de viellesse »), rides traitées par injection de collagène ou de toxine botulinique, couperose au niveau des pommettes.

Dans son rapport il a écrit que le Dr.**X.)** a manifestement dénaturé les actes prévus par la nomenclature, de sorte qu'il y aurait lieu à craindre qu'il se serait ainsi indûment enrichi au détriment de l'assurance maladie.

Le Dr.**T1.)** a déclaré tant lors de son interrogatoire devant le juge d'instruction qu'à l'audience que la tarification par analogie était interdite dans le cadre de la nomenclature des actes médicaux qui s'imposent à tout médecin par le biais du conventionnement obligatoire avec l'Union des Caisses de Maladie, actuellement la Caisse Nationale de Santé.

Il a expliqué que la convention était signée entre la Caisse Nationale de la Santé et le syndicat représentatif de la profession médicale qui est l'Association des Médecins et Médecins dentistes. Chaque médecin exerçant au Luxembourg était ainsi lié par cette convention et il est obligé d'accepter et d'appliquer la nomenclature des actes médicaux. Lorsqu'un médecin pratique un acte technique non tarifié dans la nomenclature, il peut mettre en compte un tarif libre qui n'est cependant pas opposable à la caisse de maladie.

Lors de ses interrogatoires devant le juge d'instruction et à l'audience, **X.)** , confronté aux résultats de l'enquête, a admis que certains actes avaient été facturés avec le code 1D22, respectivement 2F63 alors qu'ils ne correspondent pas à la définition telle que prévue dans la nomenclature. Il a cependant fait valoir avoir appliqué par analogie le code qui se rapprochait le plus de l'acte prévu dans la nomenclature en soutenant avoir reçu des recommandations de la part de l'Union des Caisses de Maladie, notamment par le Dr.**H.)** , pour ce faire.

Il a mis l'accent sur sa bonne foi en faisant valoir que la nomenclature serait male définie au Grand-Duché de Luxembourg et d'avoir cru pouvoir procéder par analogie en utilisant les codes qui se rapprochent le plus de l'acte utilisé.

Or, il résulte de l'interrogatoire du Dr.**H.)** devant le juge d'instruction que la tarification par analogie était interdite et qu'il n'avait, contrairement au soutènement d'**X.)** , jamais conseillé à ce dernier de la pratiquer.

Il a par ailleurs déclaré avoir eu une discussion au téléphone avec **X.)** au sujet du code à appliquer pour une phlébectomie ambulatoire et lui avoir expliqué qu'il ne fallait pas utiliser le code 2F63, pour lequel un remboursement de 235,70 euros est effectué par la caisse de maladie, étant donné que ce code devait être utilisé dans la chirurgie vasculaire au bloc opératoire en anesthésie générale.

Le prévenu a par ailleurs fait valoir avoir mal compris la définition « assistante médicale » dans la mesure où il concéda que la plupart de son personnel était de qualification « esthéticienne » et qu'elles l'ont dû assister. Il a expliqué que les « assistantes médicales » devaient s'occuper du secrétariat, faire en sorte que rien ne manque dans les salles, passer les commandes de matériel et lui aider lors des interventions médicales notamment en préparant la table opératoire, faire des compressions, des pansements, mettre des stéristrips pendant, respectivement après les opérations.

Il a souligné sa bonne foi en soutenant ne pas avoir su que pour les actes posés par son personnel une formation spécialisée comme assitante technique médicale ou infirmière aurait été nécessaire.

Concernant le guide qui fut trouvé et saisi par les enquêteurs, **X.)** déclara ne pas l'avoir rédigé et d'avoir ignoré son existence. Il a cependant admis avoir donné comme instruction à ses employées de prendre note des choses à faire dans le cadre de leur travail dans le cabinet médical.

II) En droit

Le Ministère Public reproche au prévenu :

« Comme auteur, coauteur ou complice,

entre le 1er janvier 2005 et le 12 février 2008, dans son cabinet médical sis à L-(…), (…), sans préjudice des indications de temps et de lieu plus exactes ;

1) *dans une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, avoir commis un faux en écritures authentiques ou publiques, en écritures de commerce, de banque ou en écritures privées, soit par fausses signatures, soit par contrefaçon ou altération d'écritures ou de signatures, soit par fabrication de conventions, dispositions, obligations ou décharges ou par leurs insertions après coup dans les actes, soit par addition ou altération de clauses, de déclarations ou de faits que ces actes ont pour objet de recevoir ou de constater*,

en l'espèce, d'avoir dans une intention frauduleuse, à l'effet de permettre à ses patients d'obtenir de la part de la Caisse Nationale de Santé, en vertu de l'assurance maladie, un

remboursement élevé des honoraires par lui facturés, commis des faux en écritures privées en indiquant faussement, sur au moins 2.851 mémoires d'honoraires avoir accompli un acte médical correspondant au code de nomenclature 1D22 (destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance) permettant un remboursement élevé de la part de la Caisse Nationale de Santé, alors que l'acte accompli en réalité était différent et ne permettait pas de remboursement du tout sinon un remboursement moindre de la Caisse Nationale de Santé ;

2) *dans une intention frauduleuse ou à dessein de nuire, avoir fait usage d'un faux en écritures authentiques ou publiques, en écritures de commerce, de banque ou en écritures privées,*

en l'espèce, d'avoir fait usage des faux mémoires d'honoraires décrits sub 1) en les remettant à ses patients afin de permettre à ceux-ci d'obtenir de la part de la Caisse Nationale de Santé, en vertu de l'assurance maladie, un remboursement élevé des honoraires par lui facturés ;

3) *en infraction à l'article 315 du Code des Assurances sociales (actuellement article 451 du Code de la Sécurité Sociale), d'avoir frauduleusement amené les institutions de sécurité sociale à fournir des prestations, une pension, des secours ou d'autres avantages qui n'étaient pas dus ou n'étaient dus qu'en partie ;*

subsidiairement,

en infraction à l'article 496 du Code pénal, dans le but de s'approprier une chose appartenant à autrui, s'être fait remettre ou délivrer des fonds, meubles, obligations, quittances, décharges, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, ou pour abuser autrement de la confiance ou de la crédulité,

en l'espèce d'avoir, en sa qualité de médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, au moyen des faux en écritures décrits sub 1) et 2), frauduleusement amené la Caisse Nationale de Santé à effectuer, en vertu de l'assurance maladie, pour compte de nombreux de ses clients des remboursements de mémoires d'honoraires pour un montant total d'au moins 161.749,86 euros correspondant à au moins 2.851 actes, alors que ces prestations n'étaient pas dues ou n'étaient dus qu'en partie ;

4) *en infraction à l'article 509-3 du Code pénal, d'avoir intentionnellement et au mépris des droits d'autrui, directement ou indirectement, introduit des données dans un système de traitement ou de transmission automatisé ou supprimé ou modifié les données qu'il contient ou leurs modes de traitement ou de transmission ;*

en l'espèce, d'avoir intentionnellement et au mépris des droits de la Caisse Nationale de Santé, à au moins 2.851 reprises, introduit dans le système de traitement automatisé de son cabinet médical avoir accompli un acte médical correspondant au code de nomenclature 1D22 (destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance) permettant un remboursement élevé de la part de la Caisse Nationale de Santé en

vertu de l'assurance maladie, alors que l'acte accompli en réalité était différent et ne permettait pas de remboursement du tout sinon un remboursement moindre de la part de la Caisse Nationale de Santé ;

5) *en infraction à l'article 16 de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, d'avoir occupé pour le service de l'une des professions visées à l'article 1 de cette loi des personnes non autorisées à cet effet ;*

en l'espèce d'avoir occupé pour le service des professions d'assistant technique médical et d'infirmier au moins les personnes suivantes qui n'étaient pas autorisées à cet effet :

- **A.)** , de formation esthéticienne, née le (…) à (…) (F) (période du 1er avril 2007 jusqu'au 31 janvier 2008) ;

- **T3.)** , de formation esthéticienne, née (…) à (…) (Algérie) (période du 14 septembre 2006 jusqu'au 12 février 2008) ;

- **E.)** , de formation esthéticienne et secrétaire, née le (…) à (…) (F) (période du 2 janvier 2007 jusqu'au 31 janvier 2007) ;

- **F.)** , de formation esthéticienne, née le (…) à (…) (F) (période du 3 septembre 2007 jusqu'au 14 octobre 2007) ;

- **C.)** , de formation esthéticienne, née le (…) à Luxembourg (période du 11 février 2008 jusqu'au 12 février 2008) ;

- Quant aux infractions libellées sub 1) et 2) dans l'ordonnance de renvoi

1) Les faux :

L'infraction de faux nécessite la réunion des éléments constitutifs suivants :

- un écrit protégé au sens de la loi pénale,
- une altération de la vérité,
- une intention frauduleuse ou un dessein de nuire,
- un préjudice ou une possibilité de préjudice.

a) L'écrit protégé au sens de la loi pénale

D'après une jurisprudence constante, l'écrit est protégé dès qu'il a, en raison de son contenu ou de sa forme une valeur de crédibilité, dès qu'il bénéficie en raison de la loi ou des usages, d'une présomption de sincérité. L'écrit doit dans une certaine mesure être apte à faire preuve dès qu'il peut avoir une influence déterminante sur la formation de la conviction (CA, chambre correctionnelle 10 juillet 1998, n° 256/98 V).

La Cour de Cassation a retenu dans un arrêt du 13 mars 1986 (P.26,340) que *« constituent des écrits tombant sous l'application des articles 193 et 196 du Code pénal les mémoires d'honoraires d'un médecin-dentiste qui ont pour objet de constater les prestations fournies par celui-ci et qui sont destinés à être présentés à une caisse de maladie en vue d'obtenir les remboursements statutaires ».*

Le Tribunal retient dès lors que les 2.851 mémoires d'honoraires en question tombent sous le coup de l'écrit protégé au sens de la loi pénale.

b) Une altération de la vérité

Il résulte des considérations qui précèdent, notamment sur base de l'expertise établie par le Dr.William KAISE que l'indication du code 1D22 dans 2.851 mémoires d'honoraires ne correspond pas au traitement réellement administré par le prévenu à ses patients.

Il s'ensuit que la condition est établie.

c) L'intention frauduleuse

L'intention frauduleuse se définit comme étant le dessein ou l'intention de se procurer ou de procurer à autrui un avantage illicite quelconque. Elle porte, non sur la fin poursuivie, mais sur le moyen employé pour obtenir cette fin.

X.) a contesté l'intention frauduleuse en faisant valoir que la nomenclature des actes médicaux serait mal définie et qu'il aurait de ce fait cru être en droit de pouvoir procéder par une tarification par analogie.

Il y a lieu de relever que la nomenclature des actes est prévue dans le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998, modifié par le règelement grand-ducal du 12 décembre 2003, arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie.

L'article 1er du prédit règlement grand-ducal dispose que « *Les actes et services des médecins ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au code des assurances sociales que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectué personnellement par le médecin. Au cas où le médecin est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte ».*

Le prévenu ne saurait dès lors faire valoir avoir mal compris la nomenclature, étant donné qu'il résulte de manière claire et précise de l'article précité qu'un acte n'est pas remboursé par la caisse de maladie s'il n'est pas inscrit au tableau des codes annexé au règlement grand-ducal.

Par ailleurs, les témoins **T1.)** et **T2.)** ont déclaré que la tarification par équivalent était interdite, sauf accord préalable du collège médical dans des cas particuliers.

H.) , médecin-conseil du contrôle médical auprès de l'Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale, a en outre réfuté dans son interrogatoire devant le juge d'instruction le soutènement du prévenu suivant lequel il lui aurait conseillé de procéder à des tarifications par analogie.

S'ajoute que certaines employées du Dr.**X.)** , notamment **A.)** et **T3.)** avaient remarqué que pour les mêmes traitements, différents codes avaient été utilisé. Elles se doutaient de ce fait que les codes n'étaient pas correctement appliqués, notamment parce que plusieurs patients leur avaient raconté après la consultation que le Dr.**X.)** avait rédigé son mémoire pour qu'ils soient remboursés au maximum.

L'audition des patientes **P2.)** et **P5.)** a par ailleurs relevé qu'elles s'étaient arrangées avec le médecin. Elles ont en effet déclaré que les premiers traitements n'avaient pas été remboursés par la caisse de maladie, tandis que les traitements subséquents ont été pris partiellement en charge par la caisse de maladie, bien que ces traitements étaient restés les mêmes.

Finalement, le Tribunal constate que le code 1D22 a été mis sur bon nombre de mémoires d'honoraires pour des actes à visée purement esthétique notamment pour une épilation, un peeling, un traitement de l'alopécie. Or, il est évident que pour des actes esthétiques aucune prise en charge n'a lieu par la caisse de maladie, le prévenu ne saurait arguer avoir ignoré ceci. Il ne saurait d'ailleurs non plus faire valoir avoir cru pouvoir utiliser pour ces traitements un code par analogie dans la mesure où le code 1D22, applicable à la destruction de quatre tumeurs bénignes de la peu en une seule séance, vise un traitement qui est loin d'être un acte esthétique.

A l'audience, le prévenu a d'ailleurs concédé avoir eu recours au code 1D22 pour permettre à ses patients d'obtenir un remboursement maximal par la caisse de maladie, ceci dans le but de pouvoir fidéliser et garder sa clientèle, de crainte que dans le cas contraire, celle-ci ne se rende chez un autre dermatologue offrant ses services à des prix plus intéressants.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal retient que l'intention frauduleuse est établie à suffisance de droit.

d) <u>Un préjudice ou une possibilité de préjudice</u>

Cette condition est aussi remplie en l'espèce, étant donné que la Caisse Nationale de Santé (anciennement l'Union des Caisses de Maladie) a effectué, sur base des 2.851 mémoires d'honoraires établis par le Dr.**X.)** , des remboursements indus à concurrence de 161.749,86 euros.

Il suit de ce qui précède, que l'infraction de faux est à retenir.

<u>2. Les usages des faux</u>

Quant aux usages des faux reprochés au prévenu, ces infractions sont également établies dans la mesure où le prévenu a remis, respectivement a fait remettre à ses patients les mémoires d'honoraires faux afin que ceux-ci obtiennent un remboursement de la caisse de maladie plus élevé auquel ils auraient eu droit.

- Quant aux infractions libellées sub 3) dans l'ordonnance de renvoi

Le Ministère Public reproche en ordre principal à **X.)** d'avoir enfreint l'article 315 du Code des Assurances Sociales, sinon en ordre subsidiaire d'avoir commis une escroquerie.

Quant à l'infraction libellée en ordre principal, il y a lieu de relever que l'article 315 du Code des Assurances Sociales a été modifié par la loi du 1er août 2001 relative au basculement en euro qui a augmenté l'amende prévue par cet article de 3.000 francs à 15.000 euros, la peine d'emprisonnement d'un mois à cinq ans restant la même.

Lors de la commission des faits, l'article 315 du Code des Assurances Sociales tel que modifié par la loi du 1er août 2001 était donc en vigueur.

Or, l'article 315 du Code des Assurances Sociales a été remplacé suivant la loi du 13 mai 2008 portant introduction d'un statut unique par un nouvel article 451 du Code de la Sécurité Sociale qui reprend intégralement l'ancien article tant au niveau de l'incrimination qu'au niveau de la peine.

Comme cette nouvelle loi n'est donc pas plus favorable au prévenu, il n'y a pas lieu de l'appliquer aux faits commis par le prévenu.

Dans la mesure où il résulte des développements qui précèdent que la Caisse Nationale de Santé a effectué des remboursements pour un montant de 161.749,86 euros pour les 2.851 mémoires d'honoraires qui constituent des faux, l'infraction est à suffisance de droit établie, de sorte qu'elle est à retenir.

- Quant à l'infraction libellée sub 4) dans l'ordonnance de renvoi

Le prévenu a contesté l'existence des élements constitutifs de cette infraction en faisant valoir ne pas avoir accédé frauduleusement au système de traitement de son cabinet médical dans la mesure où il avait librement accès au système dans le cadre de sa profession.

L'article 509-3 du Code pénal dispose que *« quiconque aura, intentionnellement et au mépris des droits d'autrui, directement ou indirectement, introduit des données dans un système de traitement ou de transmission automatisé ou supprimé ou modifié les données qu'il contient ou leurs modes de traitement ou de transmission, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à trois ans et d'une amende de 1.250 euros à 12.500 euros ou de l'une de ces deux peines ».*

Il résulte des élements du dossier répressif, ensemble les débats menés en audience publique que les enquêteurs ont, suite à l'exploitation du matériel informatique saisi au cabinet médical du Dr.**X.)** , trouvé le fichier « OMNIMED » sur lequel étaient listés les actes effectués par le Dr.**X.)** et sur base duquel l'expert Dr.William KAISE a établi son rapport d'expertise pour conclure que pour 2.851 actes médicaux le code 1D22 avait été utilisé à tort.

Sur base des fausses informations contenues au prédit fichier, le prévenu a établi, respectivement a fait établir de faux mémoires d'honoraires pour les remettre aux patients afin que ceux-ci obtiennent un remboursement plus élevé de leur caisse de maladie.

S'il est vrai que le Dr.**X.)** disposait d'un accès légal aux bases de données de son fichier « OMNIMED », il n'en reste pas moins qu'il a accédé à ce fichier dans une intention frauduleuse pour introduire des données fausses permettant l'établissement de mémoires d'honoraires faux sur base desquels la Caisse Nationale de Santé a effectué des remboursements indus.

L'infraction est partant à retenir.

- Quant à l'infraction libellée sub 5) dans l'ordonnance de renvoi

A l'audience publique, le prévenu a été en aveu concernant cette infraction.

La profession d'assistant technique médical est une profession qui est régie par un règlement grand-ducal du 18 mars 1981. L'article 2 de ce règlement prévoit que pour être admis aux études d'assistant technique médical, il faut être titulaire du diplôme d'infirmier.

L'article 18 de ce même règlement prévoit en son alinéa 2 que rentrent dans les attributions de l´assistant technique médical de chirurgie les techniques professionnelles suivantes:

a) préparation, entretien et surveillance des instruments chirurgicaux, du linge et des pansements nécessaires pour les interventions chirurgicales ;
b) surveillance d´une asepsie rigoureuse dans le bloc opératoire ;
c) mise au point des installations et appareils ;
d) technique des pansements ;
e) techniques des différentes positions opératoires.

La profession d'infirmier, qui est donc le préalable à la profession d'assistant technique médical, est régie par le règlement grand-ducal du 21 janvier 1998. Ce règlement prévoit une annexe sur laquelle sont énuémérés les attributions de la profession d'infirmier.

Y figurent notamment :

- le soin de plaies aseptiques et septiques ;
- application de pommades ;

- pansements et bandages spécifiques ;
- enlèvement de matériel de réparation cutanée ;
- la première injection d'allergènes (tests allergiques) ;

Il est constant en cause qu'**X.)** avait embauché des personnes en tant qu'assistantes médicales alors que ces personnes n'avaient que la qualification d'esthéticienne, respectivement de secrétaire.

Bien que les personnes entendues par les enquêteurs avaient informé le Dr.**X.)** qu'elles ne disposaient pas d'une qualification d'assistante médicale, le prévenu leur a dit qu'une telle formation n'était pas nécessaire et qu'il allait les former.

Il y a par ailleurs lieu de relever qu'un guide se trouvait à disposition du personnel.

Quant à ce guide, **X.)** ne saurait soutenir ne pas en avoir eu connaissance, étant donné que toutes les employées entendues par les enquêteurs avaient connaissance de l'existence de ce guide et que l'employée **D.)** a déclaré avoir rédigé ce guide à la demande et avec l'accord du Dr.**X.)** .

La déclaration de **D.)** se trouve d'ailleurs corroborée par la déposition du témoin **T2.)** suivant laquelle le contenu du guide était beaucoup trop technique pour avoir été rédigé par une personne n'ayant pas de formation en dermatologie.

Il résulte des auditions policières du personnel entendu par les enquêteurs que les personnes embauchées sous la qualification d'assistante médicale ont dû assister le Dr. **X.)** lors des interventions comme les phlébectomies (saignées), les blépharoplasties (correction des paupières tombantes), les liposuccions, les exérèses, la sclérothérapie, la mésothérapie, le traitement au laser et les injections (botox, kénacort).

Elles ont à ce titre notamment préparé les instruments opératoires comme les seringues, le bistouri, les gants, le matériel de désinfection, de pansement, tamponné le sang, désinfecté et soigné les plaies, apposé des pansements, coupé les fils en cas de suture, apposé des pommades.

A part ces actes, les prédites personnes ont par ailleurs dû effectuer d'autres actes médicaux sans la présence du Dr.**X.)** tel que l'apposition de pansements et la lecture des tests allergiques.

L'infraction est dès lors à retenir.

Au vu de ce qui précède, **X.)** est convaincu :

« Comme auteur, ayant lui-même exécuté les infractions suivantes,

entre le 1er janvier 2005 et le 12 février 2008, dans son cabinet médical sis à L-(…)*,* (…)*,*

***1)** dans une intention frauduleuse, avoir commis des faux en écritures privées par fabrication de conventions, ,*

en l'espèce, d'avoir dans une intention frauduleuse, à l'effet de permettre à ses patients d'obtenir de la part de la Caisse Nationale de Santé, en vertu de l'assurance maladie, un remboursement élevé des honoraires par lui facturés, commis des faux en écritures privées en indiquant faussement, sur au moins 2.851 mémoires d'honoraires avoir accompli un acte médical correspondant au code de nomenclature 1D22 (destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance) permettant un remboursement élevé de la part de la Caisse Nationale de Santé, alors que l'acte accompli en réalité était différent et ne permettait pas de remboursement du tout sinon un remboursement moindre de la Caisse Nationale de Santé ;

***2)** dans une intention frauduleuse, avoir fait usage des faux en écritures privées,*

en l'espèce, d'avoir fait usage des faux mémoires d'honoraires décrits sub 1) en les remettant à ses patients afin de permettre à ceux-ci d'obtenir de la part de la Caisse Nationale de Santé, en vertu de l'assurance maladie, un remboursement élevé des honoraires par lui facturés ;

***3)** en infraction à l'article 315 du Code des Assurances sociales (actuellement article 451 du Code de la Sécurité Sociale), d'avoir frauduleusement amené les institutions de sécurité sociale à fournir des prestations, qui n'étaient pas dus ou n'étaient dus qu'en partie ;*

en l'espèce d'avoir, en sa qualité de médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie, au moyen des faux en écritures décrits sub 1) et 2), frauduleusement amené la Caisse Nationale de Santé à effectuer, en vertu de l'assurance maladie, pour compte de nombreux de ses clients des remboursements de mémoires d'honoraires pour un montant total de 161.749,86 euros correspondant à au moins 2.851 actes, alors que ces prestations n'étaient pas dues;

***4)** en infraction à l'article 509-3 du Code pénal, d'avoir intentionnellement et au mépris des droits d'autrui, directement introduit des données dans un système de traitement;*

en l'espèce, d'avoir intentionnellement et au mépris des droits de la Caisse Nationale de Santé, à au moins 2.851 reprises, introduit dans le système de traitement automatisé de son cabinet médical d'avoir accompli un acte médical correspondant au code de la nomenclature 1D22 (destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance) permettant un remboursement élevé de la part de la Caisse Nationale de Santé en vertu de l'assurance maladie, alors que l'acte accompli en réalité était différent et ne permettait pas de remboursement du tout sinon un remboursement moindre de la part de la Caisse Nationale de Santé ;

***5)** en infraction à l'article 16 de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé, d'avoir occupé pour le service de l'une des professions visées à l'article 1 de cette loi des personnes non autorisées à cet effet ;*

en l'espèce d'avoir occupé pour le service des professions d'assistant technique médical et d'infirmier au moins les personnes suivantes qui n'étaient pas autorisées à cet effet :

- ***A.)*** *, de formation esthéticienne, née le* (…) *à* (…) *(F) (période du 1er avril 2007 jusqu'au 31 janvier 2008) ;*

- ***T3.)*** *, de formation esthéticienne, née* (…) *à* (…) *(Algérie) (période du 14 septembre 2006 jusqu'au 12 février 2008) ;*

- ***E.)*** *, de formation esthéticienne et secrétaire, née le* (…) *à* (…) *(F) (période du 2 janvier 2007 jusqu'au 31 janvier 2007) ;*

- ***F.)*** *, de formation esthéticienne, née le* (…) *à* (…) *(F) (période du 3 septembre 2007 jusqu'au 14 octobre 2007) ;*

- ***C.)*** *, de formation esthéticienne, née le* (…) *à Luxembourg (période du 11 février 2008 jusqu'au 12 février 2008) ».*

III) Quant à la peine

Le prévenu est convaincu d'une pluralité de faits séparés dans le temps, réunissant chacun les éléments constitutifs légalement requis pour tomber sous l'application de la loi pénale. Chacun de ces faits, pris en lui-même, est donc punissable. Le fait que cette multiplicité des faits ait été réunie en une seule prévention concernant les différentes infractions libellées n'a pas pour effet d'en faire un fait unique constitutif de plusieurs infractions. Il y a concours réel d'infractions si celles-ci prises individuellement ou en groupes peuvent être perpétrées indépendamment les unes des autres, quitte à ce que le mobile général – et non pas le dol – soit dicté comme en l'espèce par un désir de s'enrichir de façon illégale. Seuls les faits commis dans une même intention dolosive se trouvent en concours idéal, par opposition aux faits simplement dictés par un même mobile général. La distinction entre le dol et le mobile général se manifeste à son tour dans le lien qui unit les faits : les faits commis dans une même intention criminelle présentent entre eux un lien logique et nécessaire, chacun procédant de l'autre en vue de réaliser le dessein délictueux ; des faits simplement dictés par un même mobile général peuvent, au contraire, être perpétrés indépendamment les uns des autres (cf. Arrêt de la Cour n°502/08 X du 3 décembre 2008).

Les infractions retenues sub 1) à 4) se trouvent en concours idéal, étant donné qu'elles ont été commises dans une intention et un but délictuels uniques, mais au vu de la multiplicité des faits, elles se trouvent chaque fois en concours réel entre elles de sorte qu'il y a lieu à application des dispositions des articles 60 et 65 du Code pénal. Ces groupes d'infractions se trouvent encore en concours réel avec l'infraction sub 5).

En cas de concours réel, la peine la plus forte sera seule prononcée ; celle-ci pourra même être élevé au double du maximum.

Les infractions de faux et d'usage de faux sont punissables, suite à la décriminalisation intervenue par la chambre du conseil, d'une peine d'emprisonnement de 3 mois à 5 ans et d'une amende de 251 à 125.000 euros.

L'infraction prévue à l'article 315 du Code des Assurances Sociales est punissable d'une peine d'emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 251 à 15.000 euros.

L'infraction à l'article 509-3 du Code pénal est punissable d'une peine d'emprisonnement de trois mois à trois ans et d'une amende de 1.250 à 12.500 euros.

L'infraction à la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé est punissable, conformément à l'article 16, d'une peine d'emprisonnement de huit jours à trois mois et d'une amende de 251 à 5.000 euros.

La peine la plus forte est celle prévue par les infractions de faux et d'usage de faux.

Ces infractions sont punissables, en application des règles du concours réel, d'un emprisonnement allant de trois mois à dix ans et d'une amende se situant entre 251 euros et 250.000 euros.

En l'occurrence, le prévenu a de manière systématique commis des faux en écritures en quantité impressionnante causant ainsi un préjudice de 161.749,86 euros à la Caisse Nationale de Santé dans le seul but de fidéliser sa clientèle afin d'augmenter son chiffre d'affaires.

De plus, le prévenu a eu recours à des personnes non qualifiées pour les interventions chirurgicales et autres tâches. Ainsi, le Dr. **X.)** a non seulement mis en danger la santé de ses patients, mais il a encore agi dans un but de lucre en payant le salaire revenant à du personnel non qualifié alors que s'il avait engagé du personnel qualifié il aurait dû payer un salaire nettement plus élevé.

En ce qui concerne la situation personnelle du prévenu, celui-ci a déclaré réaliser en tant que médecin un chiffre d'affaires brut de 200.000 euros par an, déclaration qui peut paraître douteuse. Il ressort encore du dossier répressif que le Dr. **X.)** est impliqué dans de nombreuses sociétés, notamment des sociétés immobilières. **A.)** a en effet déclaré qu'elle devait fréquemment s'occuper de diverses tâches administratives en matière immobilière tel qu'établir le décompte des loyers et charges et entrer en contact avec les syndics de copropriété.

L'enquêteur Emile GRAS a par ailleurs déclaré que les locaux de travail du Dr. **X.)** ressemblaient plus à une agence immobilière qu'à un cabinet médical.

Il est partant établi que le Dr.**X.)** a une situation financière aisée.

Outre la gravité des faits retenus, il y a encore lieu de relever l'attitude du prévenu tant lors de l'instruction judiciaire qu'à l'audience. En effet, nonobstant les charges accablantes pesant sur lui, il a continué à nier la plupart des infractions lui mises à charge, soutenant avoir mal compris les dispositions législatives en matière de Sécurité Sociale en vigueur au Grand-Duché de Luxembourg. Il a par ailleurs sans cesse, pendant le procès, souligné sa bonne foi alors qu'il résulte cependant des développements qui précèdent que la mauvaise foi est patente.

Compte tenu de la gravité et de la multiplicité des faits commis, ensemble le préjudice causé aux organismes de la sécurité sociale, l'absence de tout repentir exprimé par le

prévenu, il y a lieu de condamner **X.)** à une peine d'emprisonnement de soixante mois et à une amende de 75.000 euros.

Nonobstant le fait que le casier judiciaire du prévenu renseigne des condamnations en matière de circulation routière, le Tribunal estime qu'**X.)** ne semble pas indigne d'une certaine indulgence, de sorte qu'il y a lieu lui accorder la faveur du sursis probatoire quant à l'exécution de trente mois de cette peine d'emprisonnement à prononcer à son encontre dont la condition est spécifiée au dispositif du présent jugement.

Au civil

A l'audience publique du 10 janvier 2012, Maître Jean MINDEN s'est constitué partie civile au nom et pour le compte de la Caisse Nationale de Santé et a conclu à la condamnation d'**X.)** au montant de 161.749,86 euros à titre d'indemnisation de son préjudice matériel.

Il a par ailleurs demandé le montant de 3.000 euros à titre de « frais de défense ».

Le défendeur au civil a contesté tant la demande civile, ainsi que l'indemnité de procédure.

Concernant la demande civile, il a fait valoir qu'à supposer que le code 1D22 ne correspondrait pas au traitement effectué, un autre code prévu par la nomenclature aurait cependant vocation à s'appliquer, le préjudice de la Caisse Nationale de Santé serait diminuerait ainsi considérablement.

Il a par ailleurs fait valoir que la partie demanderesse aurait concouru à la réalisation du dommage dans la mesure où elle aurait dû se rendre compte de l'application erronée du code 1D22.

Le Tribunal est compétent pour connaître de la demande civile, eu égard à la décision à intervenir au plan pénal.

La demande civile est recevable pour avoir été faite dans les forme et délai de la loi.

Il y a lieu de rappeler que le Dr.William KAISE a classé les actes dotés du code 1D22 dans trois catégories.

La première catégorie comprend les mémoires d'honoraires pour lesquels il a conclu que l'application du tarif 1D22 et le remboursement par la Caisse Nationale de Santé étaient justifiés ; la deuxième catégorie comprend les mémoires d'honoraires pour lesquels l'application du tarif 1D22 et le remboursement par la Caisse Nationale de Santé n'étaient pas justifiés, tandis que la troisième catégorie comprend les mémoires d'honoraires pour lesquels l'expert n'était pas en mesure de dire si le code 1D22 avait été utilisé à juste titre ou non.

Ainsi l'expertise a relevé que pour 493 actes dotés du code 1D22 le remboursement par la Caisse Nationale de Santé était justifié, tandis que pour 2.851 mémoires d'honoraires portant le prédit code, le remboursement par la Caisse Nationale de la Santé ne se justifiait

médicalement pas. Le préjudice s'élève pour la Caisse Nationale de la Santé à 161.749,86 euros

Sur 1.556 actes dotés du code 1D22 et remboursés par la Caisse Nationale de Santé, l'expert n'était pas en mesure de dire si les remboursements ont été effectués à juste titre ou non.

X.) ne saurait faire valoir que pour les 2.851 mémoires d'honoraires un code prévoyant un remboursement inférieur pour le traitement effectivement effectué aurait vocation à s'appliquer, étant donné qu'il a émis les mémoires d'honoraires en connaissance de cause avec un faux code sur base desquelles la Caisse de Santé, n'ayant d'ailleurs pas la possibilité et les moyens pour vérifier la réalité du traitement effectué par le médecin tel qu'inscrit dans son mémoire, raison pour laquelle il ne saurait être soutenu qu'elle a concouru à la réalisation du dommage, a effectué les remboursements.

Les dires du défendeur ne sont non seulement restés à l'état de pures allégations mais se trouvent d'ailleurs contredites par les éléments du dossier répressif, notamment l'expertise effectuée par le Dr.William KAISE. Il résulte en effet du prédit rapport d'expertise que le code 1D22 fut mis sur le mémoire d'honoraires alors que bon nombre de traitements étaient à visée esthétique et ne donnent de ce fait aucun droit à remboursement.

Le défendeur au civil ne saurait par ailleurs soutenir que la liste « OMNIMED » sur laquelle l'expert s'est basée pour effectuer son expertise ne serait pas complète et qu'il souhaiterait la compléter en indiquant les traitements non notés.

Dans la mesure où le défendeur au civil a lui-même déclaré que la liste résultant du fichier « OMNIMED » n'est pas complète et qu'il aimerait la compléter, une expertise supplémentaire ne se conçoit pas, étant donné l'impossibilité aussi bien pour le Tribunal que pour l'expert commis de vérifier les « compléments » ajoutés par le défendeur au civil lui-même.

Etant donné que sur base des faux mémoires d'honoraires la Caisse Nationale de Santé a déboursé le montant de 161.749,86 euros, qu'aucun élément ne permet d'étayer les dires du défendeur au civil suivant lesquelles les traitements réalisés tombent sous un autre code prévu par la nomenclature, dires impossibles à vérifier dans la mesure où elles impliqueraient des modifications et ajoutes dans le système « OMNIMED » par le défendeur lui-même, que par ailleurs ce dernier est resté en défaut de verser les mémoires d'honoraires correspondant aux actes réellement effectués sur base desquels la Caisse Nationale de Santé devrait réaliser le remboursement, le Tribunal retient que la demande civile est entièrement fondée.

Concernant les intérêts légaux, il y a lieu d'allouer, sur le montant de 22.000 euros, les intérêts légaux à partir du 9 décembre 2008 jusqu'à solde, dans la mesure où le prédit montant fut demandé dans la plainte avec constitution de partie civile déposée le 9 décembre 2008 entre les mains du juge d'instruction par la Caisse Nationale de Santé.

Pour ce qui est du montant restant, à savoir la somme de 139.749,86 euros (161.749,86-22.000), il y a lieu d'allouer les intérêts légaux à partir du jour de la demande en justice, donc du 10 janvier 2012 jusqu'à solde.

Quant à l'indemnité qualifiée de « frais de défense », il y a lieu de relever que Maître MINDEN a réclamé, quoi qu'utilisant une autre dénomination, une indemnité de procédure.

En tenant compte de la période lors de laquelle les faits ont été commis et compte tenu du fait que l'article 194 du Code d'Instruction Criminelle modifié par la loi du 6 octobre 2009 introduisant l'indemnité de procédure en matière pénale n'était pas en vigueur lors des faits, il y a lieu de relever qu'en matière pénale, chaque partie s'estimant victime d'une infraction peut réclamer elle-même devant la juridiction amenée à statuer sur l'affaire pénale de l'auteur de ce dommage, sans autres formalités particulières sauf celle d'étayer son préjudice et de chiffrer sa demande, une indemnisation pour autant que ce préjudice est en relation causale avec l'infraction ou les infractions à retenir par le Tribunal sans avoir recours à l'assistance d'un avocat donc sans devoir débourser des honoraires pour exercer son droit.

La disposition de l'article 131-1 du Code de procédure civile, reprise sous l'article 240 du Nouveau Code de procédure civile, a été introduite par un règlement grand-ducal du 18 février 1987 et son libellé correspond textuellement à celui de l'article 700 du Nouveau Code de procédure civile français. Il se dégage de l'intitulé du règlement qu'il a trait uniquement aux frais et dépens non inclus dans les procès civils et commerciaux.

Même si le législateur a visé « tout procès de droit commercial et de droit civil au sens large » (cf. Doc.parl. n°2885, p.2), il n'en reste pas moins qu'une demande civile présentée dans le cadre d'une instance pénale ne constitue pas un procès de droit civil au sens large. L'action n'est en effet qu'un accessoire de l'action publique et de ce fait, de la compétence des juridictions répressives. Elle obéit aux règles de procédure contenues dans le Code d'instruction criminelle.

Il s'ensuit que la demande de la partie civile en obtention d'une indemnité de procédure est irrecevable.

P A R C E S M O T I F S:

le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, treizième chambre, siégeant en matière correctionnelle, statuant ***contradictoirement***, le prévenu et son défenseur entendus en leurs explications et moyens de défense, la demanderesse et le défendeur au civil entendus en leurs explications, et le représentant du Ministère Public en ses réquisitions,

Au pénal

c o n d a m n e X.) du chef des infractions retenues à sa charge, qui se trouvent en concours idéal et réel, à **une peine d'emprisonnement de 60 (SOIXANTE) mois** et à **amende correctionnelle de 75.000 (SOIXANTE-QUINZE MILLE) euros,** ainsi qu'aux frais de sa mise en jugement, ces frais liquidés à 10.135,42 euros;

f i x e la durée de la contrainte par corps en cas de non-paiement de l'amende à **1.500 (MILLE CINQ CENTS) jours** ;

d i t qu'il sera **sursis** à l'exécution de **30 (TRENTE) mois** de cette peine d'emprisonnement prononcée à l'encontre d' **X.)** et le place sous le régime du **sursis probatoire** pendant une durée de cinq (5) ans en lui imposant l' obligation suivante :

- indemniser la Caisse Nationale de Santé;

a v e r t i t X.) que **les conditions du sursis probatoire** sont à respecter, à remplir et à commencer dans un délai d'un mois à partir du moment où le jugement est définitivement coulé en force de chose jugée;

a v e r t i t X.) qu'au cas de soustraction aux mesures ordonnées par le sursis probatoire dans un délai de cinq ans à dater du présent jugement, le sursis probatoire sera révoqué;

a v e r t i t X.) qu'au cas où, dans un délai de cinq ans à dater du présent jugement, il aura commis une nouvelle infraction ayant entraîné une condamnation à une peine d'emprisonnement ou à une peine plus grave pour crime ou délit de droit commun, la peine d'emprisonnement prononcée ci-devant sera exécutée sans confusion possible avec la nouvelle peine et que les peines de la récidive seront encourues dans les termes de l'article 56 al.2 du Code pénal.

Au civil

d o n n e a c t e à la Caisse Nationale de Santé de sa constitution de partie civile contre **X.)** ;

s e d é c l a r e compétent pour connaître de la demande civile ;

d é c l a r e la demande tendant à l'obtention d'une indemnité de procédure irrecevable ;

d i t la demande civile fondée pour le montant de **161.749,86 (CENT SOIXANTE ET UN MILLE SEPT-CENT QUARANTE NEUF VIRGULE QUATRE-VINGT SIX) euros**, partant ;

c o n d a m n e X.) à payer à la Caisse Nationale de Santé le montant de **161.749,86 (CENT SOIXANTE ET UN MILLE SEPT-CENT QUARANTE NEUF VIRGULE QUATRE-VINGT SIX) euros** avec les intérêts légaux à partir du 9 décembre 2008 sur le montant de 22.000 euros, jour de la demande en justice, jusqu'à solde et avec les intérêts légaux à partir du 10 janvier 2012 sur la somme de 139.749,86 (CENT TRENTE-NEUF MILLE SEPT CENT QUARANTE NEUF VIRGULE QUATRE-VINGT SIX) euros, jour de la demande en justice de ce montant, jusqu'à solde ;

c o n d a m n e X.) aux frais de la demande civile.

Par application des articles 27, 28, 29, 30, 60, 65, 66, 193, 196, 197, 214 et 509-3 du Code pénal; articles 1 et 16 de la loi du 26 mars 1992 portant sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé ; article 315 du Code des Assurances Sociales ; articles 1, 154, 155, 179, 182, 184, 185, 189, 190, 190-1, 194, 195, 629, 630, 632, 633, 633-5 et 633-7 du Code d'instruction criminelle dont mention a été faite.

Ainsi fait et jugé par Sylvie CONTER, Vice-président, Steve VALMORBIDA et Antoine SCHAUS, juges, et prononcé, en présence de Gilles HERRMANN, substitut principal du Procureur d'Etat, en l'audience publique dudit Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, date qu'en tête, par Madame le Vice-président, assistée de la greffière Mireille REMESCH, qui, à l'exception du représentant du Ministère Public, ont signé le présent jugement.