

GE_GERICHTE AARP/136/2012 vom 8. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_AARP_136_2012

FR: GE_GERICHTE AARP/136/2012 du 8 juin 2011

IT: GE_GERICHTE AARP/136/2012 del 8 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

L'appel est recevable pour avoir été interjeté et motivé selon la forme et dans les délais prescrits (art. 398 et 399 CPP).

La partie qui attaque seulement certaines parties du jugement est tenue d'indiquer dans la déclaration d'appel, de manière définitive, sur quelles parties porte l'appel, à savoir (art. 399 al. 4 CPP) : la question de la culpabilité, le cas échéant en rapport avec chacun des actes (let. a) ; la quotité de la peine (let. b) ; les mesures qui ont été ordonnées (let. c) ; les prétentions civiles ou certaines d'elles (let. d) ; les conséquences accessoires du jugement (let. e) ; les frais, les indemnités et la réparation du tort moral (let. f) ; les décisions judiciaires ultérieures (let. g).

La Chambre limite son examen aux violations décrites dans l'acte d'appel (art. 404 al. 1 CPP), sauf en cas de décisions illégales ou inéquitables (art. 404 al. 2 CPP).

E. 2

L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par sa négligence, aura causé la mort d'une personne. Il suppose la réunion de trois conditions: le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3 p. 147).

E. 2.1

L'art. 12 al. 3 CP définit la négligence comme une imprévoyance coupable dont fait preuve celui qui, ne se rendant pas compte des conséquences de son acte ou n'en tenant pas compte, agit sans user des précautions commandées par les circonstances et sa situation personnelle. Pour qu'il y ait négligence, il faut donc, en premier lieu, que l'auteur ait violé les règles de prudence que les circonstances lui imposaient pour ne pas excéder les limites du risque admissible et que, d'autre part, il n'ait pas prêté l'attention ou fait les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (cf. ATF 122 IV 17 consid. 2b p. 19 s.).

E. 2.1.1

Un comportement viole le devoir de prudence lorsque l'auteur, au moment des faits, aurait pu, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui et qu'il a simultanément dépassé les limites du risque admissible. Pour déterminer plus précisément quels étaient les devoirs imposés par la prudence, on peut se référer à des normes édictées par l'ordre juridique pour assurer la sécurité et éviter des accidents. A défaut de dispositions légales ou réglementaires, on peut se référer à des règles analogues émanant d'associations privées ou semi-publiques lorsqu'elles sont généralement reconnues. La violation des devoirs de la prudence peut aussi être déduite des principes généraux, si aucune règle spéciale de sécurité n'a été violée (ATF 129 IV 119 consid. 2.1 p.

121 ; 127 IV 62 consid. 2d p. 65 ; 126 IV 13 consid. 7a/bb p. 17 ; 122 IV 17 consid. 2b/aa p. 20). La violation d'un devoir de prudence est fautive, lorsque l'on peut reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, de n'avoir pas déployé l'attention et les

- 20/29 - P/7956/2007 efforts qu'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir de prudence (ATF 129 IV 119 consid. 2.1 p. 121 ; 122 IV 17 consid. 2b p. 19 ; 121 IV 207 consid. 2a p. 211). Le juge pourra recourir à l'expertise afin de déterminer de quelle manière une personne ayant la formation de l'auteur se serait comportée en pareilles circonstances; la recherche des règles de la prudence implique une sorte de réception d'une multitude de règles professionnelles, qui ne constituent pourtant pas des règles de droit (B. CORBOZ, Les infractions en droit suisse, vol. I, 3e éd., Berne 2010, n. 18 ad art. 117 CP). Dans un domaine technique comme la médecine, il se justifie de recourir à un expert pour savoir si l'auteur a respecté les règles de l'art dans une situation donnée.

E. 2.1.2

S'agissant du médecin, il ne faut pas perdre de vue que tant dans le diagnostic que dans la prescription d'une thérapie ou d'autres mesures, il dispose souvent d'une certaine marge d'appréciation. Le médecin ne manque à son devoir de diligence que si un diagnostic, une thérapie ou quelque autre acte médical n'apparaît plus défendable selon l'état général des connaissances de la branche. Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin qu'il a outrepassé les limites de sa marge d'appréciation, il ne faut pas se fonder sur l'état de fait tel qu'il apparaît après coup à l'expert ou au juge; le point décisif est au contraire la conclusion que le médecin devait tirer de la situation de fait au moment où il a décidé de prescrire une mesure ou s'en est abstenu. Dans la mesure où la possibilité d'effets négatifs du traitement peut être reconnue, le médecin doit prendre toutes les mesures utiles pour éviter qu'ils ne se produisent (ATF 130 I 337 consid. 5.3 p. 343 ; JT 2005 I 95). Le devoir de diligence du médecin est fonction des circonstances de chaque cas particulier, notamment eu égard à la nature de la lésion et du traitement, des risques qui y sont liés, de la marge de manœuvre qui revient au médecin et des moyens et de l'urgence de l'intervention médicale. Le médecin n'a cependant pas à répondre de n'importe quel danger ou risque et jouit d'une marge d'appréciation, tant pour le diagnostic que pour prescrire le traitement. Le médecin viole son devoir de diligence s'il ne respecte pas les règles établies par la science médicale et généralement reconnues ou lorsqu'il ne tient pas compte de l'état des connaissances scientifiques (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 p. 177 ; RDAF 2009 I 562). Lors de la prescription et de la remise de médicaments, le médecin doit respecter les règles reconnues de sciences pharmaceutiques et médicales (ATF 134 IV 175 consid. 4.1 p. 179 ; RDAF 2009 I 562).

E. 2.2

Pour qu'il y ait homicide par négligence, il faut encore un rapport de causalité entre la violation fautive des devoirs de prudence et le décès. Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non, c'est-à-dire si, sans lui, le résultat ne s'était pas produit ; il s'agit là d'une question de fait (ATF 133 IV 158 consid. 6.1 p. 167 ; 125 IV 195 consid. 2b p. 197). Il faut donc raisonner par hypothèse et se demander, en supposant que l'acte n'ait pas eu lieu, si le résultat ne se serait pas produit tel qu'il s'est produit d'un point de vue strictement factuel. Il faut une haute vraisemblance. Il n'est pas nécessaire qu'il s'agisse de la cause unique ou

- 21/29 - P/7956/2007 immédiate du résultat. Il n'est pas non plus nécessaire que le comportement de l'auteur ait une signification causale particulière. Plusieurs causes peuvent concourir à produire le résultat et il peut y avoir un enchaînement d'évènements; il importe peu que l'acte reproché à l'auteur soit très antérieur, d'un point de vue chronologique, à la survenance du résultat. Sous l'angle de la causalité naturelle, il faut seulement déterminer si l'acte reproché à l'auteur est l'une des conditions sans lesquelles le résultat ne se serait pas produit. Si le résultat découle entièrement d'autres causes, il n'y a pas de relation de causalité naturelle, même si l'acte de l'auteur aurait aussi entraîné le même résultat s'il n'y avait pas eu les autres causes. Si le résultat découle notamment de l'acte de l'auteur, il y a relation de causalité naturelle, même si d'autres facteurs (qui n'ont pas joué de rôle) auraient de toute manière provoqué le même résultat s'il n'y avait pas eu l'acte de l'auteur (B. CORBOZ, op. cit., n. 35 à 38 ad art 117 CP et les références citées).

E. 2.3

Il faut en outre que le rapport de causalité puisse être qualifié d'adéquat, c'est-à-dire que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement de l'auteur ait été propre à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 133 IV 158 consid. 6.1 p. 168 ; 131 IV 145 consid. 5.1 p. 147). La causalité adéquate ne peut suppléer l'absence de causalité naturelle. Il s'agit d'une exigence supplémentaire. La théorie de la causalité adéquate a été conçue pour restreindre les conséquences que l'on pourrait tirer de la causalité naturelle : on ne doit pas imputer le résultat à l'auteur si son rôle causal apparaît trop lointain ou relégué à l'arrière-plan (B. CORBOZ, op. cit., n. 42 et 43 ad art. 117 CP). La causalité adéquate suppose une prévisibilité objective: il faut se demander si un tiers observateur neutre, voyant l'auteur agir dans les circonstances où il agit, pourrait prédire que le comportement considéré aura très vraisemblablement les conséquences qu'il a effectivement eues, quand bien même il ne pourrait prévoir le déroulement de la chaîne causale dans ses moindres détails. L'acte doit être propre, selon une appréciation objective, à entraîner un tel résultat ou à en favoriser l'avènement, de telle sorte que la raison conduit naturellement à imputer le résultat à la commission de l'acte (ATF 131 IV 145 consid. 5.1 p. 147). La causalité adéquate sera admise même si le comportement de l'auteur n'est pas la cause directe ou unique du résultat. Peu importe que le résultat soit dû à d'autres causes encore, notamment à l'état de la victime, à son comportement ou à celui de tiers, à moins que ces autres causes soient si extraordinaires ou imprévisibles, qu'elles aient une importance telle qu'elles s'imposent comme la cause la plus probable et la plus immédiate de l'événement considéré, reléguant à l'arrière plan tous les autres facteurs qui ont contribué à l'amener, et notamment le comportement de l'auteur (ATF 131 IV 145 consid. 5.2 p. 148 et les références citées). 2.4.1 En l'espèce, la première condition requise par l'art. 117 CP, à savoir le décès d'une personne, est réalisée. Il convient donc d'examiner si l'appelant a violé fautivement les devoirs de prudence qui lui incombaient, puis, cas échéant, de déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre cette violation et le décès de la victime dans le contexte spécifique la médecine carcérale et sachant que les

- 22/29 - P/7956/2007 directives médico-éthiques de l'ASSM reconnaissent à la personne détenue le droit à des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale. 2.4.2.1 Selon les expertises et les auditions des experts, l'appelant a diagnostiqué à tort un syndrome de sevrage aux opiacés alors que le patient ne présentait aucun signe de manque et lui a prescrit un traitement à la méthadone alors qu'il n'y avait pas d'indication à le faire. L'expert G_____ précise que la seule indication pour un traitement substitutif à la

méthadone est une dépendance aux opiacés. Or, pour l'expert J_____, le diagnostic de syndrome de dépendance aux opioïdes et donc d'une tolérance à leurs effets paraissait difficile à retenir. En effet, la prescription de méthadone avait été arrêtée cinq semaines avant les faits. Le patient n'avait plus montré de signe de manque depuis lors, ce que l'évaluation effectuée le 2 mars 2007 avait d'ailleurs confirmé, à l'instar du constat de l'absence de signe de sevrage objectif. Dans le cas contraire, nul doute que la méthadone eût été réintroduite, la tolérance au produit se perdant par ailleurs après deux à trois semaines de sevrage. Aucun test urinaire n'a été effectué pour mettre en évidence une éventuelle consommation d'opioïdes. Après un mois d'abstinence, le patient ne pouvait donc plus être dépendant. Même si la consommation occasionnelle et clandestine d'opioïdes en milieu carcéral était possible, une consommation régulière et significative à long terme était peu probable. Comme le relève le témoin M_____, la prescription de méthadone est confinée à une catégorie très limitée de patients et est liée au phénomène d'addiction sans exception pour le milieu carcéral. Il fallait des preuves tangibles de signes addictifs ou un passé addictif pour prescrire ce produit, ce que le patient ne présentait pas. Pour le témoin L_____, il était peu courant de débiter une nouvelle cure en milieu de détention, hormis l'hypothèse d'un patient fortement dépendant au moins physiquement, voire psychologiquement, mais cette dépendance s'évaluait sur la base d'un examen clinique des signes de dépendance et psychologique. Rien n'empêchait le médecin de refaire les mêmes examens que ceux pratiqués aux HUG pour établir l'état de dépendance du patient, score de sevrage notamment. Le patient avait expliqué avoir consommé de la méthadone en prison sans plus de précision quant au lieu, à la fréquence ou aux dates. En tout état, la prudence commandait de vérifier ces dires s'agissant de sa dépendance à l'héroïne, possiblement mensongère, ce que le médecin ne pouvait ignorer, eu égard à sa propre pratique des toxicomanes comme il l'a lui-même soutenu, d'autant que la probabilité de se procurer des quantités importantes d'héroïne en prison était faible. Il appartenait également à ce médecin en formation, en cas de doute, de prendre contact avec son supérieur hiérarchique ou d'obtenir le dossier médical afin de mieux cerner la personnalité du patient, sa consommation et sa dépendance, et partant la vraisemblance d'un développement rapide d'une dépendance dans un milieu protégé, comme l'a observé l'expert J_____. Il était donc du devoir du médecin de s'informer de tous les éléments nécessaires à la prise en charge de son patient, en ne se contentant pas du rapport établi par la Dresse E_____ même s'il contenait des informations telles la polytoxicomanie

- 23/29 - P/7956/2007 de la victime et ses troubles dépressifs récurrents. Le médecin avait également eu un contact téléphonique avec la responsable médicale de Champ-Dollon qui lui avait relaté la consommation régulière du patient de différents stupéfiants en sus d'un état de tristesse aggravé pendant l'incarcération et d'idées suicidaires. Elle lui avait par ailleurs indiqué que D_____ avait reçu jusqu'à 15-20 mg de méthadone par jour durant son séjour à l'hôpital qu'il avait quitté aux alentours du 28 janvier 2007, cinq semaines auparavant, soit un laps de temps supérieur à la période de sevrage. Dans le cas présent, dès lors que le patient ne présentait pas de symptômes de sevrage aux opiacés, ce dont l'appelant aurait dû se rendre compte, compte tenu de sa formation et de son parcours professionnel, la prescription de méthadone était contraire aux règles de l'art. 2.4.2.2 La dose de méthadone, prescrite par l'appelant et administrée, soit 45 mg en l'espace de 18 heures, dépassait la dose de 30 mg considérée comme sûre chez une personne non dépendante selon les recommandations de l'OFSP et de la SSAM. Comme le relève l'expert J_____, la plus grande attention devait être portée à la détermination de la dose de

méthadone du fait des interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques avec les autres médicaments pris simultanément. Par ailleurs, selon l'expert G_____, la méthadone ne devait être prescrite qu'une seule fois par jour. Or, le défunt avait reçu une première dose le soir puis une nouvelle dose moins de 24 heures avant la première prise, soit 45 mg, et ce, sans présenter aucun signe de sevrage alors qu'il n'était ni dépendant, ni tolérant à la méthadone le 2 mars 2007 et que la dose létale est de 50 mg. Le témoin L_____ a encore précisé que lorsque la méthadone devait être réintroduite pour éviter de nouvelles consommations de stupéfiants, il fallait procéder à une évaluation 12 heures après la première dose puis l'adapter en fonction de l'état du patient, ce qui n'avait pas été effectué. Ainsi, la posologie de méthadone prescrite par l'appelant était trop élevée pour les premières 24 heures d'un traitement de substitution, contrairement aux règles élémentaires de prudence dans ce domaine. A cela s'ajoute, l'absence de suivi le 3 mars 2007 correspondant à un samedi, lors duquel l'appelant ne travaillait pas. 2.4.2.3 L'appelant n'a pas non plus pris en compte dans son diagnostic l'interaction des autres médicaments, soit l'administration de deux antipsychotiques, d'un antidépresseur et d'un anxiolytique. Dans ce sens, la plus grande attention devait être portée à la détermination de la dose de méthadone. Le témoin M_____ relève que l'association des médicaments prescrits était relativement rare. L'adjonction de plusieurs substances psycho-dépressives sur le système nerveux central pouvait avoir un effet additif voire potentialisateur sur celles-ci, ce que l'appelant n'a pas pris en compte. Le médecin n'a pas non plus établi si les symptômes de manque pouvaient être des effets indésirables des autres médicaments prescrits. Les symptômes décrits par le patient (angoisse, anxiété, mal être en prison) pouvaient être des effets secondaires du Remeron ou du Zyprexa décrits dans la littérature et dans le Compendium qui devaient être connus par l'appelant, autonome en matière de prescription médicamenteuse. Il importait donc, avant de traiter les symptômes présentés par la victime, d'exclure cette

- 24/29 - P/7956/2007 éventualité. Le traitement médicamenteux s'était toutefois progressivement alourdi sans que soit évoqué la possibilité d'une cause médicamenteuse aux troubles ou à l'aggravation de ceux-ci présentés par le patient, à l'exception du retrait du Risperdal. Contrairement à ce qu'il prétend, l'appelant n'a pas pris en compte cette éventualité. 2.4.2.4 Par ailleurs, la dose de Remeron avait été doublée à tort et trop rapidement sans que le patient ne présente de tendance suicidaire. La posologie de ce médicament pouvait être augmentée toutes les deux semaines puisqu'il fallait attendre de voir son effet qui ne se produisait qu'au bout de 15 jours. Les effets indésirables pouvaient toutefois apparaître dès la première dose. Il fallait dès lors commencer l'administration du Remeron par une dose faible. La symptomatologie ayant conduit au doublement de la posologie pouvait représenter un effet indésirable de l'introduction du Remeron. L'administration de Zyprexa en trois doses par jour avait également abouti à un cumul préjudiciable. Lorsqu'il était prescrit de cette façon, il fallait tenir compte d'une élimination par l'organisme plus lente. Ces fréquences d'administration ne correspondaient pas aux recommandations du Compendium. Le Nozinan et la méthadone participaient aussi au métabolisme du Remeron et du Zyprexa contribuant à augmenter leurs effets et la durée de ceux-ci, ce dont l'appelant n'a pas non plus tenu compte. 2.4.2.5 Au vu de ce qui précède et conformément aux expertises, la prise en charge thérapeutique de D_____ n'a pas été conforme aux règles de l'art, ce dont l'appelant aurait dû se rendre compte vu ses capacités et son expérience professionnelle. L'appelant n'a pas agi en maîtrisant les risques encourus par son patient (consid. 2.4.2.4), même si selon les experts, il convenait de relativiser cette appréciation eu égard aux contraintes du milieu carcéral. En outre, l'exigence de maintenir

le lien thérapeutique avec le patient ne justifiait pas pour autant une prescription de méthadone en l'absence d'indication. Dans une telle situation et face à la pression de l'équipe médicale, l'appelant, interne et au début de sa pratique psychiatrique, aurait dû demander conseil à sa hiérarchie, même durant le week-end, pour ne pas se retrouver dans une situation où il répondrait en premier lieu alors qu'il ne disposait pas de la formation pour ce faire. Une telle manière de procéder n'est ainsi pas conforme aux règles de l'art mentionnées par les experts et c'est donc à bon droit que le Tribunal de police a retenu l'existence d'une violation fautive des règles de l'art par l'appelant.

E. 2.5

Quant au lien de causalité entre cette violation et le décès de la victime, les éléments suivants doivent être pris en considération.

E. 2.5.1

L'autopsie conclut que D_____ est décédé d'une intoxication médicamenteuse. Selon le rapport complémentaire, les concentrations sanguines en olanzapine dépassaient les teneurs thérapeutiques normalement rencontrées et la méthadone et son métabolite devaient être considérés comme toxiques, voire potentiellement mortelles chez des personnes qui ne suivaient pas de cure de maintenance. L'expert J_____ a expliqué que le patient était décédé soit d'un syndrome sérotoninergique, soit d'une interaction hypoxie avec une tempête catécholaminergique, soit d'un trouble du rythme, soit d'un surdosage de méthadone. Même si le syndrome sérotoninergique était mal

- 25/29 - P/7956/2007 connu des médecins, notamment des internistes ou des généralistes en 2007, il devait être connu des psychiatres. Au demeurant, il était mentionné dans le Compendium version 2007 sous la posologie du Remeron ainsi que sous l'effet du Zyprexa en cas de surdosage, l'appelant étant censé le connaître. Ce syndrome était déjà présent avant l'introduction de la méthadone qui avait également joué un rôle en raison de son effet sérotoninergique propre. L'expert n'excluait d'ailleurs pas que le décès ne serait pas intervenu si la méthadone n'avait pas été administrée compte tenu des autres médicaments. Dans tous les cas de figure, la prescription de méthadone établie par l'appelant alors que la victime faisait déjà l'objet d'un lourd traitement psychopharmacologique avec des substances exerçant toutes un effet dépresseur sur le système nerveux central, dont une en concentration élevée d'olanzapine et deux autres à forte activité sédatrice, avait eu un rôle déclencheur. L'introduction de la méthadone et le décès étaient proches dans le temps. La méthadone avait été prescrite dans une posologie légèrement supérieure à celle attendue compte tenu des quatre autres médicaments administrés. L'adjonction de cette substance avait eu un effet additif voire potentialisateur sur le système nerveux central. Le patient présentait un œdème pulmonaire à son décès en l'absence de pathologies neurologique, cardiovasculaire, embolique, infectieuse ou autre cause. L'introduction d'un traitement à la méthadone ajoutée aux autres substances psycho- dépressives du système nerveux central (Remeron, Nozinan et Zyprexa) avaient conduit au décès de la victime. L'appelant aurait dû être conscient que le traitement prescrit n'était pas rationnel. Il n'a pas pris toutes les précautions pour limiter les risques d'interaction. La plus grande prudence s'imposait donc vu le potentiel d'interactions important de la médication prescrite. Les imprévoyances coupables de l'appelant se trouvent dès lors dans un rapport de causalité naturelle avec le décès de la victime. L'introduction de méthadone a été dans le cas présent une condition sine qua non de sa mort et le fait de négliger les interactions avant d'introduire la méthadone

a conduit selon la plus haute vraisemblance, à une intoxication médicamenteuse aux conséquences mortelles qui n'aurait pas eu lieu sans l'introduction de cette substance. Le lien de causalité naturelle est dès lors donné.

E. 2.5.2

En ce qui concerne la causalité adéquate, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'introduction de la méthadone associée aux autres substances administrées était propre à causer le décès. L'introduction d'un traitement à la méthadone ajoutée à d'autres substances psycho-dépressive du système nerveux central pouvait être mortelle. A cet égard, les dangers de prescription de la méthadone étaient connus de l'appelant. Les experts ont par ailleurs déclaré que les troubles dont souffrait la victime auraient pu être traités différemment, avec l'augmentation d'une benzodiazépine telle le Temesta et la diminution voire l'arrêt d'un neuroleptique tel le Nozinan. Associer de la méthadone à quatre autres substances comportait un risque fatal potentiel. Sans son administration, le patient ne serait pas décédé.

- 26/29 - P/7956/2007 Aucune circonstance extraordinaire n'a été établie qui aurait pu conduire à une rupture du lien de causalité. Le patient ne présentait aucune prédisposition particulière. Un lien de causalité doit donc être retenu entre la violation des règles de l'art admises par les experts et le décès de D_____.

E. 2.6

Au vu de ce qui précède, les conditions d'application de l'art. 117 CP étant réunies, la culpabilité de l'appelant doit être confirmée et l'appel rejeté.

E. 3

Les notes d'honoraires présentées par les intimés devant les premiers juges, respectivement en procédure d'appel, n'ont pas été formellement combattues par l'appelant qui s'est borné à conclure au déboutement des parties plaignantes de toutes leurs conclusions. Les parties plaignantes ont conclu à la confirmation du jugement entrepris et à ce que l'appelant soit condamné à leur verser une somme de CHF 9'466,65 avec intérêts à 5% dès le 20 avril 2012 à titre de réparation de leur dommage correspondant aux honoraires de leur conseil pour la procédure d'appel, note d'honoraires à l'appui.

3.1.1 La Chambre peut examiner en faveur du prévenu des points du jugement qui ne sont pas attaqués, afin de prévenir des décisions illégales ou inéquitables (art. 404 al. 2 CPP).

3.1.2 Selon l'art. 433 CPP, la partie plaignante peut demander au prévenu une juste indemnité pour les dépenses obligatoires occasionnées par la procédure (al. 1), si elle obtient gain de cause, c'est-à-dire lorsque le prévenu est condamné (A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), op. cit., n. 2 ad art. 433). Il lui appartient de les chiffrer et de les justifier, car, si elle ne s'acquitte pas de cette obligation, l'autorité pénale n'entre pas en matière sur la demande (al. 2), ce qui entraîne la péremption de son droit d'obtenir une telle indemnité (A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), op. cit., n. 13 ad art. 433).

E. 3.2

En l'espèce, l'intervention d'un avocat pour la défense des parties plaignantes apparaissait nécessaire compte tenu de la gravité des faits et vu que celles-ci ont obtenu gain de cause en première instance et en appel relativement à la culpabilité et à la condamnation de l'appelant. Il ressort cependant du dossier que les parties plaignantes n'ont pas été défendues par un avocat de choix mais ont bénéficié de l'assistance judiciaire par décision du 5 août

2008, avec effet au 29 juillet 2008, et par ce biais, d'un défenseur nommé d'office en la personne de Me Gueric CANONICA. Même si l'assistance juridique n'a été accordée qu'à une seule des parties plaignantes, soit A_____, mère de la victime, l'activité déployée par l'avocat incluait également les autres parties, à savoir B_____ et C_____, respectivement frère et grand-mère du défunt. Le conseil des parties plaignantes ne produit d'ailleurs lui-même qu'une seule note d'honoraires pour les trois plaignants sans faire de distinction dans ses diligences. Ainsi, les parties plaignantes, dont les frais et honoraires d'avocat sont remboursés par l'assistance juridique, ne peuvent prétendre avoir subi des dépenses obligatoires occasionnées par la procédure au sens de l'art. 433 CPP. Le cumul des prétentions étant exclu, la victime ne peut obtenir la réparation de son préjudice qu'à une seule reprise.

- 27/29 - P/7956/2007 Par ailleurs, d'après le devoir général du lésé de diminuer son dommage, les honoraires des parties plaignantes seront pris en charge suivant le tarif appliqué par l'assistance juridique. Le jugement du Tribunal de police sera donc annulé sur ce point.

E. 3.3

Il appartient donc au conseil des parties plaignantes, intervenant dans le cadre de sa nomination d'office, de faire valoir sa note de frais et honoraires en vue de la taxation par l'État. Un délai de 30 jours dès la notification du dispositif de l'arrêt lui est imparti à cet effet.

E. 4

L'appelant, qui succombe, supportera les frais de la procédure envers l'État (art. 428 CPP). *
* * * *

- 28/29 - P/7956/2007

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