

GE_GERICHTE JTDP/112/2011 vom 1. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_JTDP_112_2011

FR: GE_GERICHTE JTDP/112/2011 du 1 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE JTDP/112/2011 del 1 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. Il en résulte que la réalisation de cette infraction 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). Seules prêtent à discussion en l'espèce la négligence et le rapport de causalité.

P/7956/2007 - 20 - 2.1.1. La négligence se définit, tant en vertu de l'art. 12 al. 3 CP que de l'art. 18 aCP, 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, d'une part, 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.). 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 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 (CORBOZ, Les infractions en droit suisse, volume I, 2010, n. 18 ad art. 117 CP). 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 = JdT 2005 I 95 consid. 5.3).

P/7956/2007 - 21 - 2.2. En l'espèce, la question à résoudre est celle de savoir si en introduisant la méthadone, le prévenu s'est rendu compte ou aurait dû se rendre compte qu'il mettait en danger son patient et que ce faisant, il a dépassé les limites du risque admissible. 2.2.1. E_____ a été arrêté dans la nuit du 20 au 21 janvier 2007 et conduit à l'UCH pour y expulser la cocaïne qu'il avait ingérée. Le contrôle d'urine alors effectué s'est révélé négatif aux opiacés. Le patient manifestant des signes de sevrage à l'héroïne, le 24 janvier 2007, de la méthadone lui a été administrée (5 mg) et un diagnostic de sevrage aux opiacés posé. Dès le 25 janvier 2007, après examens, la dépendance aux opiacés a été estimée très peu probable et la méthadone a été sevrée rapidement pour ne pas créer de dépendance. Malgré la requête du patient, le 29 janvier 2007, lequel disait se sentir en état de manque, la méthadone n'a pas été réintroduite, mais des benzodiazépines lui ont été administrés. E_____ a été transféré à Champ-Dollon le 30 janvier 2007. La lettre de sortie de l'UCH indique que le patient avait signalé avoir consommé de façon irrégulière de l'héroïne, entre autres, mais qu'une dépendance aux opiacés avait été jugée très peu probable. Cette information a été reprise par l'UMCL qui a conclu à une dépendance probablement légère aux opiacés et qui n'a pas introduit la méthadone, alors même que le patient avait indiqué consommer quotidiennement de l'héroïne. Le 27 février 2007, le patient a été transféré à l'UCP. Selon les observations médicales du prévenu, le patient ne manifestait aucun signe de sevrage aux opiacés, mais de l'anxiété et de l'inquiétude par rapport à son avenir et aux suites judiciaires. Le prévenu a introduit un antidépresseur, dont les effets secondaires connus sont notamment le risque suicidaire en début de traitement, et des benzodiazépines, et repris la prescription des deux neuroleptiques qui étaient déjà administrés au patient. Le 1er mars 2007, le patient présentait, en substance, les mêmes signes que le 27 février 2007, mais le prévenu a décidé de doubler le Remeron et d'augmenter les benzodiazépines, étant précisé que le patient avait manifesté « une angoisse matinale ». A aucun moment, du 27 février au 1er mars 2007, le patient n'a indiqué se trouver « en manque » ou vouloir consommer de la méthadone. Lors du colloque du vendredi 2 mars 2007, auquel le Dr K_____ a participé, le prévenu a indiqué ne pas avoir évoqué la possibilité d'une introduction de méthadone dans le traitement de E_____. L'après-midi du 2 mars 2007, le prévenu a vu son patient « en urgence », celui-ci allant très mal. E_____ lui a indiqué être angoissé, triste et ne pas supporter son incarcération. Il n'a pas fait état d'un sentiment de « manque ». Ce n'est que sur question de son médecin qu'il a verbalisé son envie de consommer.

P/7956/2007 - 22 - 2.2.2. Les deux experts s'accordent à dire que le défunt n'était pas dépendant aux opiacés et que l'introduction de la méthadone ne se justifiait pas. Toutefois, ceux-ci se sont exprimés sur la base du dossier médical, alors que le prévenu n'en avait pas connaissance car il ne lui avait pas été transmis. Il convient dès lors d'examiner si la décision du prévenu se justifiait sur la base des éléments qu'il connaissait ou qu'il aurait dû connaître. Le prévenu, comme sus-rappelé, savait que son patient était incarcéré depuis le

30 janvier 2007 à Champ-Dollon et qu'il avait été hospitalisé auparavant. Par ailleurs, aucun diagnostic de sevrage aux opiacés n'a été posé entre le 27 février et le 2 mars 2007. De surcroît, il ressort des notes du prévenu que E_____ a manifesté un état de « manque » seulement après que le prévenu le lui a suggéré. Le fait que E_____ ait indiqué avoir consommé de la méthadone « au noir » ne change rien. En effet, selon les deux experts, si une consommation occasionnelle de stupéfiants reste possible en prison, une consommation régulière, significative à long terme paraît difficile. Or, pour être dépendant physiquement aux opiacés, il faut une certaine régularité. Par conséquent, même si le patient avait consommé de la méthadone « au noir », il n'en était pas dépendant physiquement, ce que le prévenu ne pouvait ignorer. Si le prévenu avait un doute au sujet de la dépendance de son patient aux opiacés, il lui appartenait de s'informer à cet égard, en demandant le dossier médical de son patient. En l'occurrence, on ne voit pas la difficulté pour ce faire, dès lors que celui-ci se trouvait dans le même canton, au sein du même hôpital, au sens large, mais simplement dans un autre service. La consultation du dossier médical de E_____ aurait permis de dissiper tout doute qu'aurait pu avoir le prévenu sur la non-dépendance de son patient aux opiacés. L'introduction de la méthadone n'était donc pas justifiée dans un but de sevrage aux opiacés. Il convient d'examiner si elle se justifiait à d'autres fins. 2.2.4. La méthadone est un stupéfiant soumis à la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes, du 3 octobre 1951 (LStup ; RS 812.121). Toute personne dépendante aux opioïdes peut se voir prescrire de la méthadone. Certes, des personnes plus dépendantes physiquement peuvent se voir prescrire de la méthadone en dehors du cadre strict de sevrage aux opiacés. Ainsi, l'indication d'une substitution aux opiacés se justifie pour faire face à une situation provisoire donnée afin de protéger le détenu de la consommation d'héroïne durant son incarcération ou des comportements liés aux injections, voire encore lors de sa libération pour éviter des overdoses (Recommandations SSAM, pt 4.7.2). Aucun de ces cas de figure n'est réalisé en l'espèce. Le risque d'overdose de week-end en milieu carcéral ne justifie pas l'introduction de méthadone.

P/7956/2007 - 23 - La situation n'est pas différente en milieu carcéral psychiatrique. En effet, le Dr S_____ a clairement indiqué que la prescription de méthadone était confinée à une catégorie très limitée de patients et liée au phénomène d'addiction; il n'y avait pas d'exception en milieu carcéral. Il a ajouté qu'il fallait des preuves tangibles de signes addictifs ou un passé addictif pour prescrire de la méthadone. Etant donné que le prévenu ne pouvait ignorer que son patient n'était plus dépendant aux opiacés, l'introduction de la méthadone ne se justifiait pas dans un but anxiolytique même si tous les autres médicaments administrés n'avaient pas les effets escomptés, comme le prévenu l'a indiqué lors de l'audience de jugement. 2.2.5. Il convient à présent d'examiner si en décidant d'introduire la méthadone, le prévenu s'est rendu compte ou devait se rendre compte de la mise en danger de son patient. Selon les recommandations de la SSAM, la littérature manque de données concluantes à propos de la vitesse d'introduction de la méthadone. Elles relèvent que des décès durant la première semaine d'un traitement de méthadone ont toujours été décrits et résultent d'une augmentation trop rapide des doses. Les lignes de conduites proposent donc de débiter avec une dose faible et d'augmenter très lentement dès lors que la tolérance n'est ni estimable ni mesurable individuellement. Elles relèvent que la pharmacocinétique et la pharmacodynamique individuelles sont en général inconnues. Une augmentation trop rapide des doses présente un risque de surdosage, lequel est encore accentué par la consommation simultanée de substances dotées d'un effet dépressur sur le système nerveux central et en présence de troubles respiratoires. Ces mêmes règles de

conduite recommandent dès lors de débiter la substitution avec une faible dose de 30 mg/jour, ce qui présente une marge de sécurité pour les personnes non tolérantes aux opioïdes. L'expert O_____ a indiqué que E_____ avait reçu une nouvelle dose de méthadone, moins de 24 heures avant la première prise, sans qu'il n'y ait de signe sevrage objectifs, mais seulement subjectifs. L'expert Q_____ a indiqué que la dose de méthadone administrée n'était pas adéquate chez une personne non dépendante, la dose de 45 mg en l'espace de 18 heures dépassant la dose de 30 mg considérée comme sûre. Par ailleurs, associer de la méthadone à quatre substances ayant un effet dépressif sur le système nerveux central comportait un risque potentiel important. Enfin, l'utilisation de méthadone était dangereuse pour traiter un effet indésirable médicamenteux. De surcroît, la dose « sûre » de méthadone ne devait pas être considérée dans l'absolu, mais tenir compte des interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques avec d'autres médicaments prescrits. L'expert O_____ a également indiqué qu'il fallait tenir compte de l'effet potentialisateur du cumul des substances, qui était dangereux, ce que le prévenu devait savoir.

P/7956/2007 - 24 - En l'occurrence, non seulement la dose de 30 mg en 24 heures n'a pas été respectée, que ce soit selon les observations infirmières ou selon les dires du prévenu, mais quatre autres substances exerçant un effet déresseur sur le système nerveux central étaient déjà administrées au patient. Selon l'expert Q_____, associer la méthadone aux quatre autres substances déjà prescrites comportait un risque important. Selon les Recommandations de la SSAM, le risque de surdosage de la méthadone était encore accentué par la consommation simultanée de substances dotées d'un effet déresseur sur le système nerveux central (p. ex. les benzodiazépines) (Recommandations SSAM, pt 3.4.1). A cela s'ajoute que le Zyprexa a été administré en quantité importante et à raison de trois doses journalières. Or, selon l'expert Q_____, si cela n'était pas contre-indiqué, bien que non recommandé par le Compendium, il fallait dans ce cas tenir compte de l'accumulation de la substance dans l'organisme induite par une telle posologie en raison de la longue demi-vie du produit. Par ailleurs, selon les recommandations de la SSAM, les antidépresseurs pouvaient être considérés comme des médicaments adjuvants. Or, en l'espèce, 30 mg de Remeron étaient administrés au patient. En outre, la méthadone est un inhibiteur modéré des enzymes qui participent au métabolisme du Remeron, ce qui contribue à augmenter ses effets, y compris ceux indésirables, et la durée de ces effets (expert Q_____ qui cite le Compendium 2007; p. 17 des Recommandations SSAM). Il convient encore de relever que le Dr S_____ a indiqué que l'association de médicaments prescrits en l'espèce était relativement rare et exceptionnelle. Certes, le Dr K_____ a indiqué devant le Juge d'instruction que la dose standard d'introduction de la méthadone était de 40 mg. Toutefois, il a indiqué ne plus avoir tous les faits en tête ; il part de la prémisse que le patient est toxicomane, avec des troubles graves de la personnalité, parle des 40 mg de méthadone en relation avec une cure de maintenance et précise qu'il faut que le patient soit fortement dépendant physiquement, voire psychologiquement. Or, en l'espèce, il est établi que le patient n'était pas dépendant aux opiacés. Par conséquent, la déclaration du Dr K_____ n'est pas pertinente dans le cas d'espèce. Enfin, le fait qu'un certain nombre de médecins ne connaissent pas l'effet sérotoninergique et ne reconnaissent pas ses syndromes n'est pas déterminant en l'espèce. En effet, il est établi que la pharmacocinétique et pharmacodynamiques individuelles sont en général inconnues et le risque de surdosage est encore accentué par la consommation simultanée de substance dotées d'un effet déresseur sur le système nerveux central. Dans ces circonstances, le

prévenu aurait dû se montrer encore plus rigoureux et prudent quant à l'introduction et la vitesse d'introduction de la méthadone. Au vu de ce qui précède et dans les circonstances du cas d'espèce sus décrites, le prévenu devait savoir qu'en introduisant la méthadone il mettait la vie de son patient en danger.

P/7956/2007 - 25 - 2.2.6. Pour qu'il y ait imprévoyance, il faut encore que le risque pris en introduisant la méthadone ne soit plus « en balance » avec le bénéfice attendu avec l'introduction de ce médicament. Dès lors que ni l'indication de la méthadone ni sa posologie ne sont justifiées, le risque pris n'est pas en balance avec le bénéfice attendu par ce médicament, ce d'autant plus que l'introduction de la méthadone n'était pas l'ultima ratio, en ce sens que les deux experts ont exposés des alternatives de traitement. Par ailleurs, le prévenu n'a pris aucune mesure permettant d'éviter le risque fatal. En effet, il n'a instauré aucune mesure de surveillance particulière après avoir introduit la méthadone. Il convient toutefois de se demander si l'urgence de la situation change cette appréciation. Le prévenu s'est en effet trouvé devant un patient qui se trouvait dans un état alarmant, le vendredi après-midi 2 mars 2007, s'étant tapé la tête à deux ou trois reprises contre le mur et se montrant angoissé, triste et ne pouvant pas supporter son incarcération. Le Dr S_____ a indiqué que les situations de crise en milieu carcéral étaient très difficiles à gérer. L'expert Q_____ a également relevé qu'en milieu carcéral, la demande venait fréquemment du patient et qu'il était parfois plus difficile de s'opposer à des demandes venant de patients qu'en milieu hospitalier, ajoutant que c'était à tort, selon lui, si les demandes n'étaient pas raisonnables. Il est compréhensible que le prévenu ait senti le besoin d'apporter une réponse médicamenteuse au mal être de son patient. Toutefois, il lui appartenait de ne pas mettre sa vie en danger au-delà de ce qu'on peut raisonnablement attendre. Comme l'a relevé le Dr Q_____, en l'occurrence, il n'y avait pas d'urgence à proprement parler d'administrer de la méthadone. Or, il appartient à un médecin qui officie en milieu psychiatrique carcéral de savoir gérer des urgences ou de demander conseil, comme l'ont mis en avant le Dr S_____ et l'expert Q_____, question qui sera traitée plus avant au considérant 2.3. Les experts ont encore expliqué que le médecin pouvait ne pas vouloir laisser un patient durant un weekend ou laisser au personnel soignant, voire aux gardiens, la charge de gérer la situation. Toutefois, on voit mal que des motifs organisationnels ou de convenances personnelles puissent entrer en ligne de compte pour évaluer l'urgence objective d'une situation, qui justifierait en l'espèce l'introduction de méthadone. Au contraire, le fait que la méthadone ait été administrée la veille d'un weekend, dans les circonstances du cas d'espèce, est un facteur de risque supplémentaire. Il en résulte que si les contraintes du milieu psychiatrique carcéral peuvent nécessiter parfois de la part du médecin d'outrepasser, en toute connaissance de cause, les règles de précaution

P/7956/2007 - 26 - en matière de prescription médicamenteuse, l'« urgence » dans le cas d'espèce ne le justifiait pas. D'ailleurs, il sera relevé que, le 24 janvier 2007, lors de l'hospitalisation à l'UCH de E_____, soit un milieu hospitalier carcéral, lorsque celui-ci avait cassé une vitre de sa chambre, tremblait, vomissait, suait et pleurait, il lui avait été administré 5 mg de méthadone, conjointement avec de la Praspertin IV et du Temesta. Le 29 janvier 2007, malgré que le patient se soit dit être en étant de manque, il a été refusé de lui administrer de la méthadone. Ainsi, dans une situation similaire par rapport au même patient, seuls 5 mg de méthadone ont été administrés à celui-ci, dans un premier temps, puis celle-ci lui a été refusée. A l'évidence, les patients admis à l'UCP sont en principe des cas « lourds ». Cette seule prémisse ne saurait toutefois abaisser le seuil du risque admissible du

seul fait que le patient soit admis à l'UCP. Enfin, le fait que E_____ était incarcéré ne diminue pas non plus le devoir de prudence que doit respecter le médecin à son égard, en vertu du principe de l'équivalence des soins. 2.2.7. Par conséquent, quand bien même l'administration de médicaments comporte un risque inévitable, le patient est en droit d'attendre que le médecin prenne toute mesure utile pour parer à un risque fatal, ce que le prévenu n'a pas fait dans le cas d'espèce avec les conséquences dramatiques qui s'en sont suivies. En introduisant la méthadone, le prévenu s'est rendu compte ou aurait pu se rendre compte qu'il mettait en danger son patient et a dépassé les limites du risque admissible, commettant ainsi une imprévoyance. 2.3. La violation du devoir de prudence doit être fautive. En l'espèce, le prévenu a commencé sa formation en psychiatrie en 2002. Il disposait donc de cinq années d'expérience clinique au moment des faits mais ne disposait pas d'un FMH. Il disposait d'une autonomie totale en matière de prescription médicamenteuse. Selon les experts, au vu de son expérience et de sa formation, le prévenu devait connaître le risque qu'il faisait prendre à son patient et qu'il n'était in casu pas justifié de prendre en introduisant la méthadone. En tout état, s'il ne disposait pas de l'expérience suffisante pour évaluer le risque d'introduire la méthadone, soit un cinquième psychotrope, sans compter le substitut nicotinique, par rapport au bénéfice attendu de cette association, ou réagir correctement face à une situation de crise, il était de son devoir de faire appel à son chef de clinique ou à son supérieur hiérarchique, conformément à ce qu'ont relevé l'expert Q_____ et le Dr S_____. Or, le prévenu a clairement indiqué devant le Juge d'instruction qu'étant donné qu'il s'agissait de doses relativement « habituelles », il n'avait pas contacté le chef de clinique ou

P/7956/2007 - 27 - son supérieur hiérarchique, n'en ressentant pas le besoin. Lors du colloque du vendredi après-midi, il n'a pas évoqué l'introduction de la méthadone. Selon le Dr S_____, l'association médicamenteuse en question est relativement exceptionnelle. Ce dernier souligne également le fait que le prévenu était « trop sûr de lui » au début de sa pratique psychiatrique et qu'il appartenait au médecin interne de demander conseil à sa hiérarchie en situation de crise. Le fait que le chef de clinique n'ait pas été présent ne change rien dès lors qu'en tout état, le prévenu a indiqué, d'une part, qu'il n'avait pas ressenti le besoin d'évoquer auprès de ses supérieurs l'introduction de la méthadone et, d'autre part, qu'il n'a pas tenté de joindre un quelconque supérieur hiérarchique. Le fait que Dr K_____ a indiqué que la dose de 40 mg était habituelle ne permet pas d'avaliser a posteriori le risque pris par le prévenu et de le disculper de toute faute. En effet, tout d'abord, il n'a pas fait appel à sa hiérarchie. Ensuite, la dose de 40 mg évoquée par le Dr K_____ est énoncée à titre de généralité, contestable au vu des Recommandations de la SSAM et ne tient pas compte des particularités du cas d'espèce. Il en résulte qu'en introduisant la méthadone, le prévenu devait savoir qu'il violait une règle de prudence, à savoir qu'il prenait des risques qui n'étaient plus en balance avec le bénéfice attendu du médicament. A tout le moins, il aurait dû se montrer moins sûr de lui et faire appel à sa hiérarchie, dès lors qu'il se trouvait face à un patient en crise et que l'association médicamenteuse en question était relativement exceptionnelle. Son imprévoyance était dès lors coupable.

E. 3

La violation fautive d'un devoir de prudence doit avoir été la cause naturelle et adéquate des lésions subies par la victime (ATF 133 IV 158 consid. 6 p. 167; 129 IV 119 consid. 2.4 p. 123). 3.1.1. Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des

conditions sine qua non. Pour déterminer si un comportement est la cause naturelle d'un résultat, il faut se demander si le résultat se reproduirait si, toutes choses étant égales par ailleurs, il était fait abstraction de la conduite à juger; lorsqu'il est très vraisemblable que non, cette conduite est causale, car elle est la condition sine qua non du résultat (GRAVEN, L'infraction pénale punissable, 2e éd., Berne 1995, p. 90 s.). 3.1.2. En l'espèce, l'expert O_____ a indiqué que l'introduction de la méthadone, conjuguée aux autres substances déjà administrées avait conduit au décès de E_____. Il a précisé qu'il était certain que le patient ne serait pas décédé s'il n'avait pas consommé le Zyprexa et la méthadone. L'expert Q_____ ne dit pas autre chose. Il se penche plus avant sur la manière dont est mort E_____, d'un point de vue scientifique. Il n'en demeure pas moins que c'est bien la méthadone associée aux autres médicaments prescrits qui a conduit au décès du précité.

P/7956/2007 - 28 - Il est dès lors très vraisemblable, même si un autre patient aurait pu ne pas décéder ou s'il n'est pas exclu que le décès serait intervenu si la méthadone n'avait pas été administrée, que la méthadone, associée aux autres substances déjà prescrites, a mené au décès de E_____. La condition de la causalité naturelle est donc remplie. 3.2.1. 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 131 IV 145 consid. 5.1 p. 147; 127 IV 34 consid. 2a p. 39). 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 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 6B_439/2009 du 18 août 2009 consid. 1.5.2). L'exigence de la causalité adéquate est toutefois parfois absorbée dans le concept de négligence, dans la mesure où la prévisibilité intervient pour déterminer s'il y a eu négligence en recourant à la théorie de l'adéquation (CORBOZ, Commentaire romand, CP I, 2009, n. 96 ad art. 12 CP ; cf. par exemple ATF 135 IV 56 consid. 2.1 p. 64 ; ATF 129 IV 282 consid. 2.1 p. 284). 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). 3.2.2. En l'occurrence, les Recommandations de la SSAM mentionnent que des décès ont toujours été décrits durant la première semaine d'un traitement de méthadone. L'expert Q_____ a indiqué qu'associer de la méthadone avec quatre autres substances qui ont un effet dépressif sur le système nerveux central comporte un risque fatal. Par ailleurs, l'effet potentialisateur des médicaments administrés est connu et comporte un risque fatal, étant précisé qu'il s'agit en l'occurrence de cinq psychotropes avec la posologie, notamment celle de Zyprexa, qu'on connaît. Certes, l'expert Q_____ a indiqué que dans l'hypothèse du symptôme sérotoninergique, celui-ci était déjà présent lors de l'introduction de la méthadone. Mais, il a ajouté que la

P/7956/2007 - 29 - méthadone avait eu un rôle dans le décès, en raison de son effet sérotoninergique propre. Par conséquent, cette substance en a favorisé la survenance du décès. Par ailleurs, le samedi 3 mars 2007, le fait que le personnel soignant ou le médecin de garde aurait pu agir différemment, ce qui aurait permis de sauver le patient, n'interrompt pas la chaîne causale. En effet, même s'il aurait été souhaitable que ces derniers prennent des mesures propres à sauver la vie du patient, si elles existaient, en l'espèce, les mesures qui auraient pu être entreprises ne sont pas de nature à reléguer à l'arrière plan le comportement du prévenu. Il en résulte que l'introduction de la méthadone, associée aux autres substances administrées, était propre à causer le décès.

E. 3.3

Par conséquent, les faits reprochés au prévenu sont constitutifs d'homicide par négligence. Il sera reconnu coupable de ce chef. 4.1.1. Au terme de l'art. 47 al. 1 CP, le juge fixe la peine d'après la culpabilité de l'auteur. Il prend en considération les antécédents et la situation personnelle de ce dernier ainsi que l'effet de la peine sur son avenir. Selon l'al. 2 de cette disposition, la culpabilité est déterminée par la gravité de la lésion ou de la mise en danger du bien juridique concerné, par le caractère répréhensible de l'acte, par les motivations et les buts de l'auteur et par la mesure dans laquelle celui-ci aurait pu éviter la mise en danger ou la lésion, compte tenu de sa situation personnelle et des circonstances extérieures. 4.1.2. L'art. 34 CP prévoit que, sauf disposition contraire de la loi, la peine pécuniaire ne peut excéder 360 jours-amende. Le juge fixe leur nombre en fonction de la culpabilité de l'auteur. L'al. 2 précise que le jour-amende est de CHF 3'000.- au plus. Le juge en fixe le montant selon la situation personnelle et économique de l'auteur au moment du jugement, notamment en tenant compte de son revenu et de sa fortune, de son mode de vie, de ses obligations d'assistance, en particulier familiales, et du minimum vital. 4.1.3. Selon l'art. 42 al. 1 CP, le juge suspend en règle générale l'exécution d'une peine pécuniaire lorsqu'une peine ferme ne paraît pas nécessaire pour détourner l'auteur d'autres crimes ou délits. 4.2. En l'occurrence, la faute de l'accusé n'est pas légère. Elle est toutefois due à l'impéritie de ce dernier et au fait qu'il se montrait « trop sûr de lui » par le passé, comme l'a relevé le Dr S_____, défaut qu'il a su corriger. En effet, il semble avoir appris de son erreur passée. Il est très apprécié de personnes influentes dans son entourage professionnel, qui lui font actuellement entièrement confiance dans la prise en charge de ses patients. Il a manifesté des regrets et s'est montré affecté par les conséquences de son acte.

P/7956/2007 - 30 - Il n'a pas d'antécédent judiciaire. Il sera dès lors condamné à une peine pécuniaire de 45 jours-amende, à CHF 140.- le jour, peine assortie du sursis, le délai d'épreuve étant fixé au minimum légal de deux ans (art. 44 al. 1 CP), laquelle tient compte de l'importance de la faute commise et de sa situation financière.

E. 5

Les parties plaignantes ont conclu au paiement de l'accusé de leurs frais de défense.

E. 5.1

Chacun est tenu de réparer le dommage qu'il cause à autrui d'une manière illicite, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence (art. 41 al. 1 CO). La preuve du dommage incombe au demandeur (art. 42 al. 1 CO).

E. 5.2

Le Tribunal retiendra les frais d'avocats comme établis, la note d'honoraires produite étant détaillée et le taux horaire retenu conforme à la pratique. L'accusé sera dès lors condamné à verser aux parties plaignantes, en mains de leur conseil la somme de CHF 32'520.-, avec intérêts à 5 % à compter du 17 juin 2011.

E. 6

Enfin, les frais de la procédure seront mis à la charge du condamné (art. 97 ch. 1 CPP).

P/7956/2007 - 31 -

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