

GE_GERICHTE P/9345/2017 vom 21. Januar 2020

GE Cour de justice, 2020-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_P_9345_2017

FR: GE_GERICHTE P/9345/2017 du 21 janvier 2020

IT: GE_GERICHTE P/9345/2017 del 21 gennaio 2020

Regeste

EXPERTISE;HOMICIDE PAR NÉGLIGENCE;MÉDECIN;ÉTABLISSEMENT
HOSPITALIER | cp.117; cp.12.al3; cpp.319; cpp.189

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable pour avoir été déposé selon la forme et dans le délai prescrits (art. 385 al. 1 et 396 al. 1 CPP), concerner une décision sujette à recours auprès de la Chambre de céans (art. 393 al. 1 let. a CPP) et émaner des parties plaignantes qui, parties à la procédure (art. 104 al. 1 let. b CPP), ont qualité pour agir, ayant un intérêt juridiquement protégé à la modification ou à l'annulation de la décision querellée (art. 382 al. 1 CPP; arrêt 6B_307/2019 du 13 novembre 2019 destiné à la publication).

E. 2

La Chambre pénale de recours peut décider d'emblée de traiter sans échange d'écritures ni débats les recours manifestement irrecevables ou mal fondés (art. 390 al. 2 et 5 a contrario CPP). Tel est le cas en l'occurrence, au vu des considérations qui suivent.

E. 3

Les recourants sollicitent une nouvelle expertise ou, à tout le moins, un complément de celle qui figure au dossier.

E. 3.1

A teneur de l'art. 189 CPP, la direction de la procédure fait, d'office ou à la demande d'une partie, compléter ou clarifier une expertise par le même expert ou désigne un nouvel expert dans les cas suivants : l'expertise est incomplète ou peu claire (let. a); plusieurs experts divergent notablement dans leurs conclusions (let. b); l'exactitude de l'expertise est mise en doute (let. c). La jurisprudence développée sous l'égide de l'ancien code de procédure pénale genevoise (aCPP) reste d'actualité. En effet, l'art. 76 aCPP permettait aussi au juge, par renvoi de l'art. 82 aCPP, d'ordonner un nouvel examen par les premiers experts ou par d'autres, notamment lorsque les constatations ou les conclusions de l'expertise étaient incomplètes. Il a ainsi été jugé qu'une expertise nouvelle ne pouvait être, exceptionnellement, ordonnée que s'il existait des " raisons sérieuses de douter du bien-fondé " de la première expertise; il n'existait pas de droit à une pluralité d'expertises (OCA/37/2002 du 7 février 2002 consid. 4; OCA/28/2002 du 30 janvier 2002 consid. 2; OCA/36/2000 du 9 février 2000; G. PIQUEREZ, Procédure pénale suisse, 2ème édition, 2007 , p. 421 no 625-626; HARARI/ROTH/ STRAULI, Chronique de procédure pénale genevoise 1986-1989 , SJ 1990 p. 448; DINICHERT/ BERTOSSA/ GAILLARD, Procédure pénale genevoise , SJ 1986 p. 476). Une nouvelle expertise portant sur le même

objet et destinée à éclairer les mêmes questions que celles qui avaient été posées lors de la première mission n'était susceptible d'être ordonnée que lorsque la première expertise (même avec un complément) était jugée trop imprécise ou incomplète et que le rapport n'emportait pas conviction et qu'il était susceptible d'être mis en cause. Le juge devait nourrir des doutes sérieux sur le résultat de la première expertise pour en ordonner une nouvelle, confiée à de nouveaux experts. La première expertise devait donc apparaître comme inexacte ou incomplète sur des faits pertinents (ACPR/233/2014 du 6 mai 2014; G. PIQUEREZ, *ibidem*).

E. 3.2

En l'espèce, rien ne permet de mettre en doute les conclusions des experts, lesquels ont été longuement entendus et n'ont pas modifié leurs conclusions ni été mis en face de contradiction ou mésentente. L'expertise ayant été rendue conformément aux critères précités, il n'y a pas à ordonner une nouvelle expertise ou un complément à celle-ci. La seule référence par les recourants à un examen histologique mentionnant une absence d'artéfacts d'électro-cautérisation ne suffit pas à faire douter de la pertinence des constats des experts ni à mettre en évidence une faute des médecins ayant pratiqué la première intervention ou encore une violation causale par le personnel soignant de ses obligations. En définitive, les recourant n'établissent pas, ni même ne rendent vraisemblable, que l'expertise serait incomplète, peu claire ou qu'il y aurait lieu de douter de son exactitude, au sens de l'art. 189 CPP, de sorte que leur requête sera, sur ce point, rejetée.

E. 4

Les recourants considèrent que de forts soupçons peuvent être retenus contre les médecins ayant pratiqué la première opération et que la prise en charge post-opératoire de la patiente s'était révélée défailante, de sorte qu'il n'était pas possible de prononcer un classement.

E. 4.1

L'art. 319 al. 1 CPP prévoit que le Ministère public ordonne le classement de tout ou partie de la procédure lorsqu'aucun soupçon justifiant une mise en accusation n'est établi (let. a) ou lorsque les éléments constitutifs d'une infraction ne sont pas réunis (let. b). Cette disposition doit être appliquée conformément à l'adage *in dubio pro duriore*. Celui-ci, qui découle du principe de la légalité (art. 5 al. 1 Cst. et 2 al. 2 CPP en relation avec les art. 319 al. 1 et 324 CPP; ATF 138 IV 86 consid. 4.2) et qui s'impose également à l'autorité de recours, signifie qu'en principe, un classement ne peut être prononcé que lorsqu'il apparaît clairement que les faits ne sont pas punissables ou que les conditions à la poursuite pénale ne sont pas remplies. Un soupçon, même impropre à fonder un verdict de culpabilité, suffit donc, s'il présente quelque solidité, à justifier la poursuite de l'enquête et à exclure un classement sur la base de l'art. 319 al. 1 let. a CPP (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2; A. KUHN / Y. JEANNERET (éds), *Commentaire romand : Code de procédure pénale suisse*, Bâle 2011, n. 5 ad art. 319; arrêt du Tribunal fédéral 6B_588/2007 du 11 avril 2008 consid. 3.2.3, publié in *Praxis* 2008 n. 123). Le ministère public jouit dans ce cadre d'un large pouvoir d'appréciation et doit se demander si une condamnation semble plus vraisemblable qu'un acquittement. Cette question est particulièrement délicate lorsque les probabilités d'un acquittement ou d'une condamnation apparaissent équivalentes. Dans de tels cas, pour autant qu'une ordonnance pénale n'entre pas en considération (art. 352 al. 1 CPP), le ministère public est en principe tenu de mettre le prévenu en accusation, en application de l'art. 324 CPP, en particulier en présence d'infractions graves (ATF 138 IV 86 consid. 4.1.2;

ATF 138 IV 186 consid. 4.1).

E. 4.2

1. L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. Lorsque plusieurs individus ont, indépendamment les uns des autres, contribué par leur négligence à créer un danger dont le résultat incriminé représente la concrétisation, chacun d'entre eux peut être considéré comme auteur de l'infraction (auteur dit juxtaposé), que son comportement représente la cause directe et immédiate du résultat ou qu'il l'ait "seulement" rendu possible ou favorisé (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1371/2017 du 22 mai 2018 consid. 1.1). La réalisation de l'infraction suppose la réunion de trois conditions : le décès de la victime, une négligence et un lien de causalité entre cette négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 du 19 octobre 2017 consid. 2.2).

E. 4.2.2

Pour qu'il y ait négligence (art. 12 al. 3 CP), il faut que l'auteur ait, d'une part, 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 déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui pour se conformer à son devoir (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité et les références citées). L'auteur viole les règles de la prudence s'il omet, alors qu'il occupe une position de garant (art. 11 al. 2 et 3 CP) - comme cela est le cas du médecin et du personnel soignant à l'égard de leur patient (arrêt du Tribunal fédéral 6B_1065/2013 du 23 juin 2014 consid. 1.1) - et que le risque dont il doit empêcher la réalisation vient à dépasser la limite de l'admissible, d'accomplir une action dont il devrait se rendre compte, de par ses connaissances et aptitudes personnelles, qu'elle était nécessaire pour éviter un dommage (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité et les références citées). Pour déterminer concrètement les devoirs découlant de l'obligation de diligence, le juge peut, notamment, se fonder sur des principes généraux ou une expertise. La particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités, tendre vers le résultat désiré, mais n'a pas l'obligation de l'atteindre ou même de le garantir. Les exigences que le devoir de prudence impose au médecin dépendent des circonstances du cas d'espèce, notamment du genre d'intervention ou de traitement, des risques qui y sont liés, du pouvoir de jugement ou d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre méthode qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus défendable et ne satisfait ainsi pas aux exigences objectives de l'art médical. Les règles de l'art médical constituent des principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués par les praticiens (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2 et 2.3 ainsi que les références citées). Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin d'avoir 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 (ATF 130 I 337 consid. 5.3; 130 IV 7 précité). S'il y a eu violation des règles de la prudence, encore faut-il que celle-ci puisse être imputée à faute, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, d'avoir fait preuve d'un manque d'effort blâmable (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 précité, consid. 2.2, et les

références citées). Il ne faut toutefois pas perdre de vue que, tant dans le diagnostic que dans la prescription d'une thérapie ou de mesures, le médecin dispose souvent d'une certaine marge d'appréciation. Lorsqu'un traitement ou une opération se révèle après coup comme inapproprié, voire erroné, il ne faut donc pas en déduire à la légère que le médecin répond du dommage. Le praticien ne manque à son devoir de diligence que si un diagnostic, une thérapie ou un autre acte médical n'apparaît plus défendable selon l'état général des connaissances de la branche, par exemple s'il ne discerne pas les symptômes typiques d'une maladie grave, prépare de manière insuffisante une opération qui ne s'impose pas, ou ne fait pas appel à un spécialiste (ATF 113 II 429 consid. 3a). Pour juger si l'on peut retenir à la charge du médecin d'avoir 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 (ATF 130 I 337 consid. 5.3 = JdT 2005 I 95; ATF 130 IV 7 consid. 3.3 = JdT 2004 I 497).

E. 4.2.3

Il faut ensuite qu'il existe un rapport de causalité entre la violation fautive du devoir de prudence et le décès de la victime. En cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèse et se demander si l'accomplissement de l'acte omis aurait, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, évité la survenance du résultat qui s'est produit, pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée. Pour l'analyse des conséquences de l'acte supposé, il faut appliquer les concepts généraux de la causalité naturelle et de la causalité adéquate. L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose une très grande vraisemblance; autrement dit, elle n'est réalisée que lorsque l'acte attendu ne peut pas être inséré intellectuellement dans le raisonnement sans en exclure, très vraisemblablement, le résultat. La causalité est ainsi exclue lorsque l'acte attendu n'aurait vraisemblablement pas empêché la survenance du résultat ou lorsqu'il serait simplement possible qu'il l'eût empêché (arrêt du Tribunal fédéral 6B_170/2017 consid. 2.2 et les références citées).

E. 4.3

En l'espèce, il ressort de l'expertise que la prise en charge de la patiente était adéquate, que l'opération du 24 avril 2017 était indiquée, qu'elle avait été effectuée dans les règles de l'art et que l'origine des complications survenues ensuite étaient une perforation intestinale conséquence, dans l'hypothèse la plus probable, d'une lésion thermique de la paroi intestinale en deux temps. Les prises en charge post-opératoires avaient aussi été réalisées de manière adéquate, de même que les procédures non chirurgicales, et rien ne pouvait être reproché aux différents intervenants. Pour leur part, les médecins légistes n'ont pas pu indiquer d'où provenait la perforation, ce qui paraît exclure la possibilité d'une perforation en un temps telle que préconisée par les recourants. Quant à l'absence d'artéfacts d'électro-cautérisation, qui serait selon ceux-ci la démonstration de l'existence d'une lésion directe en un temps, les experts ont exposé que, dans les ruptures en deux temps, un instrument pouvait soit causer une perforation soit toucher la paroi intestinale, mais qu'il n'était pas nécessairement possible en présence d'une perforation de savoir si elle avait été causée par un instrument chaud, car le petit point blanc électrique qui en résultait pouvait être perdu de vue. Ils ont ajouté que, si la perforation était effectuée en un seul temps, même toute petite et invisible, du liquide intestinal s'écoulait, ce qui constituait une alerte et poussait à en chercher les causes. De même, à supposer que la patiente ait été victime d'une

perforation en un temps à la fin de l'opération, les médecins l'auraient vue immédiatement. Un autre élément excluait la possibilité d'une perforation en un temps, à savoir le fait que la patiente avait visiblement bien répondu à des antidouleurs qui n'étaient pas très forts alors que, si du jus intestinal s'était écoulé le 24 avril 2017 comme cela fut le cas le surlendemain, ses douleurs auraient été très violentes et les analgésiques n'auraient pas suffi pour la calmer. De plus, elle n'aurait, dans cette hypothèse, pas été en mesure de se lever le soir du 24 avril 2017, après l'opération. Il résulte des constats clairs qui précèdent, que les doutes des recourants n'ébranlent pas, que l'on peut considérer, avec une certitude suffisante pour prononcer un classement, que les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide par négligence ne sont pas réunis, que ce soit envers les chirurgiens qui ont pratiqué la première opération ou vis-à-vis des intervenants ultérieurs, qui avaient fait tout leur possible pour enrayer les complications survenues. Le fait que la communication [de l'hôpital] F_____ avec la famille se soit révélée défailante est regrettable mais n'y change rien. Le recours sera par conséquent rejeté.

E. 5

Les recourants, bien qu'au bénéfice de l'assistance judiciaire succombent. Ils supporteront les frais de la procédure, fixés au total à CHF 1'000.-, y compris un émolument de décision (art. 428 al. 1 CPP et 13 al. 1 du Règlement fixant le tarif des frais en matière pénale, RTFMP; E 4 10.03, étant relevé que l'autorité de recours est tenue de taxer les frais même lorsque le justiciable est au bénéfice d'une défense d'office (arrêts du Tribunal fédéral 1B_372/2014 du 8 avril 2015 consid. 4.6 et 1B_203/2011 du 18 mai 2011 consid. 4). * * * *

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