

GE_GERICHTE P/9922/2010 vom 14. Juli 2017

GE Cour de justice, 2017-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_P_9922_2010

FR: GE_GERICHTE P/9922/2010 du 14 juillet 2017

IT: GE_GERICHTE P/9922/2010 del 14 luglio 2017

Regeste

CP.117; CP.12

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 du Code de procédure pénale du 5 octobre 2007 [CPP ; RS 312.0]). 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'entre 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. 2.1

L'art. 117 CP réprime le comportement de celui qui, par négligence, aura causé la mort d'une personne. La réalisation de cette infraction suppose ainsi la réunion de trois conditions : le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité naturel et adéquat entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3 p. 147). 2.2.1. L'art. 12 al. 3 CP prévoit qu'agit par négligence quiconque, par une imprévoyance coupable, commet un crime ou un délit sans se rendre compte des conséquences de son acte ou sans en tenir compte. L'imprévoyance est coupable quand l'auteur n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle. Ainsi, pour qu'il y ait négligence, il faut d'une part que l'auteur ait violé les règles de la prudence, c'est-à-dire le devoir général de diligence institué par la loi pénale, qui interdit de mettre en danger les biens d'autrui pénalement protégés contre les atteintes involontaires. Un comportement dépassant les limites du risque admissible viole le devoir de prudence s'il apparaît qu'au moment des faits, son auteur aurait dû, compte tenu de ses connaissances et de ses capacités, se rendre compte de la mise en danger d'autrui (ATF 136 IV 76 consid. 2.3.1 p. 79). Pour déterminer le contenu du devoir de prudence, il faut se demander si une personne raisonnable dans la même situation et avec les mêmes aptitudes que l'auteur aurait pu prévoir, dans les grandes lignes, le déroulement des événements et, le cas échéant, quelles mesures elle pouvait prendre pour éviter la survenance du résultat dommageable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 p. 262 et les références citées). Lorsque des prescriptions légales ou administratives ont été édictées dans un but de prévention des accidents, ou lorsque des règles analogues émanant d'associations spécialisées sont généralement reconnues, leur transgression fait présumer la

violation du devoir général de prudence (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 p. 262 et la référence). 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 133 IV 158 consid. 5.1 p. 162 ; 126 IV 13 consid. 7a/bb p. 16 s.). Par ailleurs, pour qu'il y ait négligence, il faut que la violation du devoir de prudence soit fautive, c'est-à-dire que l'on puisse reprocher à l'auteur, compte tenu de ses circonstances personnelles, une inattention ou un manque d'effort blâmable (ATF 134 IV 255 consid. 4.2.3 p. 262 et les arrêts cités).

2.2.2. Selon la jurisprudence, 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 sont fonction 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. La responsabilité pénale du médecin n'est pas limitée à la violation grave des règles de l'art médical. Il doit au contraire toujours soigner ses malades de façon appropriée et, en particulier, observer la prudence imposée par les circonstances pour protéger leur vie ou leur santé. Par conséquent, le médecin répond en principe de tout manquement à ses devoirs (ATF 130 IV 7 consid. 3.3 p. 11 s. et les références citées). La notion de manquement à ses devoirs ne doit cependant pas être comprise de telle manière que chaque acte ou omission qui, par un jugement a posteriori, aurait provoqué le dommage ou l'aurait évité, entrerait dans cette définition. Le médecin ne doit en principe pas répondre des dangers et des risques qui sont inhérents à tout acte médical ainsi qu'à toute maladie. Par ailleurs, l'état de la science médicale confère souvent une latitude de jugement au médecin, tant en ce qui concerne le diagnostic que les mesures thérapeutiques ou autres, ce qui permet de faire un choix parmi les différentes possibilités qui entrent en considération. 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 (ATF 134 IV 175 consid. 3.2 p. 177 s. ; 130 IV 7 consid. 3.3 p. 12).

2.2.3. 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 (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 124). Savoir si le médecin a violé son devoir de diligence est une question de droit ; dire s'il existe une règle professionnelle communément admise, quel était l'état du patient et comment l'acte médical s'est déroulé relève du fait (ATF 133 III 121 consid. 3.1 p. 124).

2.2.4. Selon la jurisprudence, le juge apprécie en principe librement une expertise et n'est pas lié par les conclusions de l'expert. Toutefois, il ne peut s'en écarter que lorsque des circonstances ou des indices importants et bien établis en ébranlent sérieusement la crédibilité ; il est alors tenu de motiver sa décision de ne pas suivre le rapport d'expertise. Inversement, si les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, le juge doit recueillir des preuves complémentaires pour tenter de dissiper ses doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst. (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 p. 372 s. ; 133 II 384 consid. 4.2.3 p. 391). La crédibilité d'une expertise est notamment ébranlée si l'expert ne répond pas aux questions qui lui sont posées, s'il ne motive pas ses conclusions, si ces dernières sont contradictoires ou si l'expertise est entachée de lacunes telles qu'elles sont reconnaissables sans connaissance spécifique (ATF 141 IV 369 consid. 6.1 p. 372 s.).

E. 2.3

Il faut encore 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 (ATF 134 IV 255 consid. 4.4.1 p. 265 et les arrêts cités). 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 (ATF 116 IV 182 consid. 4a p. 185). La causalité adéquate 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 6B_1165/2015 du 20 avril 2016 consid. 2.2.1 et les références citées).

2.4.1. En l'espèce, les éléments suivants ressortent du dossier au sujet des règles de l'art médical applicables en l'occurrence et de l'adéquation ou pas des différents actes médicaux accomplis ou omis. Il est en premier lieu admis que le scanner thoracique ordonné était un examen indiqué par les circonstances. L'examen s'était par ailleurs déroulé dans les règles de l'art, que ce soit eu égard aux questions préalables posées à la patiente destinées à détecter d'éventuelles prédispositions à une réaction adverse, ou encore eu égard à la qualité et à la quantité du produit de contraste injecté, au protocole d'injection adopté et à la surveillance de la patiente durant l'examen. La réaction qui s'est avérée létale a été qualifiée d'exceptionnelle, et de non prédictible dans le contexte, la victime ne présentant aucun facteur de prédisposition. Aucune mesure préventive n'aurait ainsi pu être prise. Il n'est pas contesté que la victime a manifesté rapidement, dès la fin de l'examen, qui a duré environ trois minutes, des signes d'une réaction allergique au produit de contraste. Les techniciennes sont intervenues immédiatement auprès de la patiente tout comme les docteurs D_____ et C_____, les récits des protagonistes mettant en évidence une prise en charge dynamique de la situation, sans temps mort. Il sera encore observé que la notion d'immédiateté se mesure davantage en minutes qu'en secondes. Ainsi, pour les experts, l'administration immédiate d'adrénaline correspond à une administration dans les cinq minutes. La procédure n'a pas permis de déterminer avec certitude la chronologie de chaque événement significatif dans la chaîne causale, en particulier l'heure à laquelle le produit de contraste a été injecté (début de l'injection). Ni l'horloge du scanner ni celle de l'appareil photo du médecin-légiste qui a photographié la console n'ont été vérifiées à l'époque des faits. Un retard de plus de huit minutes de l'heure affichée par le CT-SCAN a été constaté en 2014 par un huissier judiciaire. Le produit de contraste a pu être injecté à 10h55, cette heure concordant avec le compte à rebours de 155 minutes effectué à partir de l'heure à laquelle la photo de la console a été prise, si l'appareil photo était correctement réglé (13h35), voire une minute plus tard, si on ajoute les huit minutes de retard constatées quatre ans plus tard à l'heure de 10h48 initialement retenue. Tant les experts que les prévenus ont indiqué qu'une réaction anaphylactique au produit de contraste était classée en quatre stades, l'injection d'adrénaline étant le traitement de choix en cas de choc respiratoire, soit dès le stade 3, le stade 2 ne comportant pas l'apparition de difficultés respiratoires manifestes et importantes et d'un état d'agitation. Selon les experts, le diagnostic d'une réaction sévère aurait dû être posé dans un laps de temps de dix à douze minutes depuis l'injection du produit de contraste, soit au plus tard à 11h07 (pour une injection à 10h55). L'adrénaline aurait ainsi dû

être administrée immédiatement après ce diagnostic, soit dans les cinq minutes. Or, l'enquête n'a pas non plus permis de déterminer avec certitude si et quand de l'adrénaline a été administrée par l'équipe d'F_____. Avec le premier juge, il sera constaté qu'au début, l'enquête a davantage porté sur la cause du décès de la victime et non pas sur la question de l'adéquation des soins donnés en urgence, en particulier celle de l'administration de l'adrénaline. D'ailleurs, l'intimé C_____ n'a pas été entendu par la police judiciaire, alors que sa collègue, qui était en charge de l'examen radiologique mais n'était pas en première ligne lors des secours, a été auditionnée. Or, l'intéressé s'était entretenu avec la doctoresse H_____, ce que celle-ci a confirmé, ajoutant que c'était lui qui avait eu un rôle vraiment actif. La question de l'administration de l'adrénaline n'est apparue comme une question centrale qu'environ deux ans plus tard, à l'occasion du second rapport d'expertise du _____ 2012, même si son utilisation au titre des bonnes pratiques était déjà évoquée dans la première expertise du _____ 2011. Si les déclarations de la technicienne I_____, qui n'a toutefois pas été constamment présente aux côtés de la patiente, ainsi que les rapports de la doctoresse H_____ et des équipes de secours, qui mentionnent le Solu-Medrol comme seul médicament administré avant l'arrivée de l'ambulance, tendent à faire penser que l'adrénaline n'a pas été injectée par l'intimé C_____, d'autres éléments permettent de retenir que cet acte a été effectué. La seringue d'adrénaline a été préparée à la demande de ce dernier - qui connaissait les bonnes pratiques en matière de gestion d'une réaction allergique au produit de contraste - et son administration a été confirmée par le courrier d'F_____ du mois d'août 2011, à une époque où la question de l'adrénaline ne se posait pas encore, lequel répondait à la demande du Ministère public requérant les protocoles des traitements administrés à la victime. Cette correspondance précisait d'ailleurs que le Solu-Medrol et le Tavegyl avaient aussi été donnés à la patiente et que l'adrénaline avait été injectée en intraveineuse (IV), soit logiquement par le goutte-à-goutte déjà en place, ce qui a pu rendre l'acte médical moins significatif pour le médecin. Il sera encore relevé, comme l'a bien observé le Tribunal de police, qu'aucun état des lieux n'a été effectué le 3 juin 2010, l'ensemble du matériel utilisé sur place n'ayant pas été saisi ni analysé. Le contenu des poubelles dans lesquelles les seringues ont pu être jetées n'a pas été emporté et des listes des médicaments injectés n'ont pas été établies par chaque intervenant, les notes des équipes de secours consignait des informations de deuxième main, soit des informations rapportées. Les déclarations de la doctoresse J_____ souffrent de ces mêmes travers, celle-ci s'étant fondée sur ce que les ambulanciers lui avaient de bonne foi rapporté. Le témoin O_____ a du reste admis qu'il était possible qu'il ait omis de noter dans sa fiche le fait que de l'adrénaline avait été administrée avant son intervention. Dans ces conditions, on ne saurait déduire de l'absence de la seringue d'adrénaline d'F_____ du matériel emporté, voire des ampoules mentionnées dans le rapport d'autopsie ou encore des photographies prises par le médecin légiste, que celle-ci n'a pas été utilisée. On ne peut rien tirer du fait que le docteur C_____ n'ait pas pu se souvenir de l'injection de l'adrénaline, lors de son audition par la police plus de deux ans après les faits, vu le temps écoulé et l'accomplissement d'actes dans l'urgence. Il en est de même des déclarations de la doctoresse D_____ et des techniciennes, qui ont été très sommairement entendues par la police le jour des faits. L'intimé C_____, radiologue chevronné qui connaissait le protocole d'urgence à adopter, a du reste affirmé qu'il avait la conviction d'avoir administré le médicament, ajoutant qu'il ne voyait pas pourquoi il l'aurait fait préparer si ce n'était pour l'utiliser. L'intéressé a en outre indiqué que l'adrénaline avait dû être injectée plus ou moins en même temps que l'appel aux secours, qui est intervenu à 11h09. Aucun manquement aux règles de l'art médical ne peut ainsi être

reproché à l'intimé C_____, et par conséquent à l'intimée D_____, s'agissant d'une première injection d'adrénaline. S'il semble être établi que l'intimé C_____ n'a pas procédé à une répétition de l'injection d'adrénaline, la préparation d'une seconde seringue n'ayant pas été demandée, force est de constater qu'entre l'appel aux secours, à 11h09, et l'arrivée de l'ambulance, à 11h16, sept minutes se sont écoulées. Or, pour savoir si une seconde injection d'adrénaline aurait dû être faite avant l'arrivée des secours, il conviendrait de connaître l'heure exacte de la première injection, ce qui n'a pas pu être établi, même si elle est vraisemblablement proche de l'appel aux secours et peut être située entre 11h10 et 11h12. Par ailleurs, les experts n'ont pas quantifié une fois pour toutes l'intervalle temporel entre les deux injections, affirmant que la répétition dépendait de l'état et de la réponse du patient. Or, compte tenu de la situation évolutive des symptômes présentés par la patiente, qui était consciente et criait lorsque les secours ont été appelés, et de l'intervention rapide des équipes d'intervention, qui sont arrivés sur place dans un laps de temps de cinq à sept minutes depuis l'injection, on ne saurait reprocher à l'intimé, et a fortiori à sa collègue, d'avoir violé les règles de l'art médical en omettant de réinjecter l'adrénaline dans l'attente des secours. Cette solution se justifie d'autant plus qu'une chronologie précise n'a pu être établie. L'appel aux secours à 11h09mn10s, effectué par la technicienne I_____ sur ordre de l'intimé C_____, ne saurait être qualifié de tardif, en partant de l'hypothèse d'une injection du produit de contraste à 10h55 et d'un diagnostic posé au plus tard à 11h07, soit douze minutes plus tard. Un intervalle de deux minutes entre le diagnostic et l'appel aux secours ne paraît pas inadéquat, eu égard à une situation évolutive et compte tenu des temps de réaction humains, lors d'un travail en équipe. On ne saurait non plus reprocher aux intimés C_____ et D_____ le contenu de l'appel passé par la technicienne I_____, qui aurait conduit à l'intervention de l'ambulance et non pas directement du cardiomobile, dont l'engagement a été requis par les ambulanciers après leur arrivée auprès de la patiente. D'une part, ce manquement n'a pas été décrit dans l'acte d'accusation, même pas de manière implicite, ceux reprochés aux deux médecins étant l'omission d'injecter l'adrénaline, immédiatement ou subséquemment, et la tardiveté de l'appel aux secours (art. 9 CPP). D'autre part, selon les premières déclarations de la technicienne I_____, fiables dans la mesure où elles ont été faites dans la foulée le jour des faits, l'intimé C_____ avait donné pour instruction de requérir l'engagement du cardiomobile, le fait que la centrale des secours ait envoyé d'abord l'ambulance ne pouvant donc pas lui être reproché. L'appel faisait d'ailleurs mention d'une réaction au produit de contraste, les difficultés respiratoires y étant notamment décrites, de sorte que la centrale était en possession des informations pertinentes. Eu égard à ces considérations, la CPAR retient, comme le premier juge, qu'aucun manquement aux règles de l'art médical ne peut être imputé aux deux prévenus.

2.4.2. Par surabondance de moyens et pour être complet, il convient aussi de constater, comme l'a fait le Tribunal de police, que le lien de causalité entre l'omission fautive (d'injecter l'adrénaline), dans l'hypothèse où cette omission serait retenue, et le décès de la victime n'est pas donné, au vu de la jurisprudence. Les experts ont clairement indiqué, dans le rapport du _____ 2012, qu'une injection immédiate de l'adrénaline aurait réduit le risque d'une issue fatale mais ne l'aurait pas supprimé, ajoutant qu'il n'était pas possible de dire que la patiente aurait survécu. Ils ont précisé devant le Ministère public qu'un risque de décès restait toujours extrêmement élevé, surtout lorsque la réaction était proche de l'injection, comme en l'espèce. Les experts n'ont pas pu quantifier la réduction du taux de mortalité en cas d'injection d'adrénaline à un patient ayant une réaction anaphylactoïde sévère, ajoutant que l'administration d'adrénaline permettait d'optimiser les chances de survie, au-delà de

50%, soit au-delà du hasard, mais pas à 95% ou 99%. Ils ont a fortiori été incapables d'indiquer quelle était la réduction de ce risque en fonction non pas de l'administration tout court du médicament mais du timing de l'injection. Les experts ont encore noté que la littérature médicale contenait des descriptions de tels incidents, qui étaient toutefois tellement rares qu'aucune statistique ne pouvait être établie. Par conséquent, faute de données statistiques ou d'études empiriques probantes, on ne saurait considérer que la victime aurait très vraisemblablement survécu en cas de diagnostic plus rapide et d'administration précoce de l'adrénaline. L'appel doit ainsi être rejeté et le jugement entrepris confirmé.

E. 3

Les appelants soutiennent que le comportement des prévenus doit aussi être examiné sous l'angle de l'infraction d'exposition au sens de l'art. 127 CP. Or, à supposer qu'une telle qualification soit appréhendée par l'acte d'accusation, ce qui apparaît douteux, force est de constater que l'élément subjectif de l'infraction n'est en aucun cas réalisé. En effet, les plaignants ne sauraient sérieusement soutenir que les prévenus, des médecins expérimentés qui œuvrent pour venir en aide aux patients et qui ont concrètement agi en ce sens en l'espèce, auraient envisagé et accepté d'exposer la victime à un danger de mort ou de l'avoir abandonnée à un tel danger, seule une négligence pouvant entrer en ligne de compte.

E. 4

Vu l'issue de la procédure, les conclusions en indemnisation des parties plaignantes sont rejetées.

E. 5

Les prévenus n'ont pas présenté de conclusions en indemnisation au sens de l'art. 429 CPP en relation avec leurs frais d'avocat durant la procédure, que ce soit en première instance ou en appel. Invités expressément à les chiffrer et justifier dans les avis d'audience adressés à leurs conseils le 27 octobre 2016, les intimés n'y ont pas donné suite, y compris à l'occasion des débats d'appel. La CPAR retient ainsi que les prévenus ont renoncé à réclamer une indemnité pour leurs frais d'avocat durant la procédure.

E. 6

Les appelants, qui succombent, seront condamnés aux frais de la procédure d'appel (art. 428 CPP). * * * * *

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