

VD_FINDINFO Jug / 2012 / 168 vom 12. Dezember 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2012___168

FR: VD_FINDINFO Jug / 2012 / 168 du 12 décembre 2011

IT: VD_FINDINFO Jug / 2012 / 168 del 12 dicembre 2011

Regeste

HOMICIDE PAR NÉGLIGENCE, FRAIS DE LA PROCÉDURE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, NÉGLIGENCE, DÉLIT D'OMISSION | 117 CP, 429 CPP (CH)

Erwägungen

E. 18

février 2006 à 7h30 présentaient tous les éléments pour comprendre la situation de fuite anastomotique avec au minimum un sepsis sévère. Il a estimé que la probabilité diagnostique était encore plus évidente à 19h00 et il était incompréhensible, selon lui, que B._____ ne passe pas voir son patient ou, à tout le moins n'appelle L._____, médecin anesthésiste de garde sur place, pour lui demander d'aller le voir. Il ressort du rapport du Prof. H._____ du 13 octobre 2011 (P. 84/3), qu'il a considéré que l'évolution post-opératoire compliquée a de toute évidence été minimisée. La reconnaissance d'un état septique grave aurait dû entraîner déjà au jour un, mais encore plus certainement au jour deux, notamment la prise en charge en urgence de ce malade avec un déchoquage dans un milieu de soins continus, voire intensifs, une antibiothérapie intraveineuse, un scanner abdominal et une reprise chirurgicale par laparotomie pour lavage péritonéal. Il a indiqué que l'évolution sans traitement spécifique est catastrophique et que le pronostic vital diminuait de 7% par heure dans cette situation. Selon lui, en partant de l'hypothèse que la fuite s'est produite très peu de temps après l'opération, il était quasiment impossible se sauver E.P._____ au moment de l'intervention de L._____. 3.2.4. Lors des débats de première instance, le Prof. H._____ a été entendu en même temps que les Docteurs T._____ et X._____, le Dr S._____ ayant été entendu, quant à lui en présence des Professeurs G._____ et F._____. Le Dr T._____ (jgt, pp. 8-10) a précisé que, même si l'infirmière n'avait parlé à B._____ que de la douleur de E.P._____ lors de l'appel téléphonique de 18h15-18h30, ce dernier aurait dû le considérer comme un signal d'alarme, car la douleur n'a jamais été résolue chez ce patient. Selon lui, la situation n'était déjà pas bonne à 11h00-12h00 et méritait une surveillance. Son appréciation personnelle était que les chances de survie de E.P._____ étaient d'environ 50% à 19h00 et qu'à minuit, elles n'étaient plus que de 15%. Il a également relevé que si le diagnostic avait été posé correctement vers midi, les chances de survie du patient auraient été de 60% environ, que selon les résultats de laboratoire de samedi à 7h00 du matin, la péritonite était déjà présente, mais qu'il avait déjà opéré des patients dans cette situation qui avait été survécu. Il a en outre précisé qu'un tableau d'un abdomen ballonné et tendu ne correspond pas à une reprise du transit. Il a estimé comme hautement probable qu'un scanner abdominal aurait permis de révéler la fuite. Contrairement au Prof. H._____ et au Dr S._____, il a estimé que la déchirure n'avait pas eu lieu après l'opération mais dans les vingt-quatre

heures qui ont suivi, car tout chirurgien vérifie l'étanchéité de l'anastomose qu'il a faite. Il a expliqué que même si l'anastomose ne figurait pas sur les images de l'opération, il était inconcevable que B. _____ ne l'ait pas vérifiée, ce d'autant que l'opération a été faite dans les règles de l'art. Entendu aux débats, le Dr W. _____, chirurgien qui a assisté B. _____ lors de l'opération, a confirmé qu'ils avaient procédé à une inspection de l'anastomose pour s'assurer qu'il n'y avait pas de fuite. Il a exclu la possibilité d'avoir loupé une déchirure de 0.8 cm. Le Dr T. _____ considère ainsi que B. _____ s'est trompé, entre 11h00 et 12h00, lors de son examen clinique et qu'il n'aurait pas dû être rassuré par ce dernier. Il a ajouté que, conformément à ce que le Dr S. _____ avait indiqué dans son rapport, à 7h30 le 18 février 2006, tous les éléments étaient réunis et qu'il y avait déjà un signe de sepsis sévère. Il a relevé que l'on pouvait dès lors faire partir le score du risque de mortalité à partir de ce moment-là en tout cas. Pour le Dr X. _____ (jgt, p. 11), d'importantes douleurs après deux jours d'une chirurgie mini invasive ne sont pas habituelles. Selon lui, à deux jours, on devrait pouvoir diminuer l'antalgie péridurale, tout en voyant les douleurs diminuer. Quant à L. _____, le Dr X. _____ a estimé qu'il avait reçu beaucoup d'appels en peu de temps. Il aurait été normal qu'il aille voir le patient après l'administration de la première dose de Novalgin. Les experts et témoins présents ont ensuite largement débattu des scores de mortalité selon lesquels un patient présentant un sepsis sévère perdrait 7% de chance de survie par heure. La définition du sepsis sévère a elle aussi été discutée. Selon le Prof. H. _____ (jgt, pp. 12-13), ces scores sont basés sur des désordres physiques, biologiques et physiologiques. Il a expliqué que, dans un cas d'infection post opératoire dans le cadre d'une opération de l'abdomen et partant de l'hypothèse que le processus a commencé immédiatement après l'opération, le patient perdait 7% de chance de survie par heure et qu'il fallait donc faire le calcul après 48 heures. Le Dr T. _____ a toutefois relevé qu'il était déjà arrivé, comme chirurgien, de reprendre ce genre d'opération, avec succès, dans des zones statistiques présentant de faibles chances. Le Prof. H. _____ s'est rallié aux conclusions des expertises et aux propos des Docteurs T. _____ et X. _____, tout en précisant, sans certitude, qu'à son avis, le samedi à 19h40, au moment de l'appel à L. _____, il était déjà trop tard, car un patient pris en charge peut notamment décéder des effets accessoires de l'infection, notamment cérébraux et rénaux qui peuvent entraîner la mort plusieurs jours plus tard. L'agitation et la confusion du patient pourraient avoir été des signes d'infection mais peuvent aussi avoir été un effet secondaire de la douleur ou des médicaments. Pour lui, cela aurait dû être un feu orange de plus. Il a ajouté que, conformément à ce que le Dr S. _____ avait indiqué dans son rapport, à 7h30 le 18 février 2006, tous les éléments étaient réunis et qu'il y avait déjà un signe de sepsis sévère. Il a relevé que l'on pouvait dès lors faire partir le score du risque de mortalité à partir de ce moment-là en tout cas. Selon le Prof. F. _____ (jgt, pp. 16-17), les examens et la condition de E.P. _____ à 11h00 – 12h00, auraient dû conduire B. _____ à être vigilant. Selon lui, dans tous les cas, à 19h00, il devait de déplacer. En effet, des douleurs chez un patient deux jours après l'opération doivent alerter. Pour cet expert, le tableau clinique de 11h00 – 12h00 aurait dû inciter B. _____ à être plus proactif, et ce, même s'il n'avait pas encore connaissance de la désaturation en oxygène. A 19h00, il était indiscutable qu'il fallait envisager un scanner ou même une laparoscopie exploratrice. Le prof. F. _____, comme tous les médecins entendus lors des débats, à titre d'experts ou de témoins, ont précisé que si la fuite anastomotique est une complication qui survient dans 5% des cas au maximum, c'est une complication si classique de ce type d'opération qu'il est impensable qu'un chirurgien

abdominal ne l'ait pas eue en tête. Comme le Dr T. _____, il est d'accord pour dire qu'il est plus probable que la fuite a eu lieu vingt-quatre heures après l'opération. Enfin, si un patient a reçu une grosse dose d'analgésique le premier jour postopératoire - et qu'il a encore besoin d'une grosse dose d'analgésique le second - il faut s'inquiéter. Tous les médecins entendus ont enfin estimé que la dose d'analgésique reçue par E.P. _____ était importante. En droit : 1. 1.1 Interjetés dans les formes et délais légaux (cf. art. 399 CPP) contre le jugement d'un tribunal de première instance ayant clos la procédure (art. 398 al. 1 CPP), les appels sont recevables. 1.2 Aux termes de l'art. 398 CPP, la juridiction d'appel jouit d'un plein pouvoir d'examen sur tous les points attaqués du jugement (al. 2). L'appel peut être formé pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, le déni de justice et le retard injustifié, pour constatation incomplète ou erronée des faits et pour inopportunité (al. 3). 2. Invoquant une violation de l'art. 117 CP et une constatation incomplète et/ou erronée des faits, les appelants contestent leur condamnation pour homicide par négligence. 2.1 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 (TF 6B_512/2010 du 26 octobre 2010 c. 2.1; ATF 122 IV 145 c. 3). 2.1.1 Conformément à l'art. 12 al. 3 CP, 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 de l'acte n'a pas usé des précautions commandées par les circonstances et par sa situation personnelle. Pour qu'il y ait homicide par négligence, il faut tout d'abord 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. 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; à défaut de dispositions légales ou réglementaires, on peut se référer à des règles analogues qui émanent 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 135 IV 56 c. 2.1). L'auteur viole les règles de la prudence s'il agit en dépassant les limites du risque admissible alors qu'il devrait, de par ses connaissances et aptitudes personnelles, se rendre compte du danger qu'il fait courir à autrui (ATF 134 IV 255 c. 4.2.3) ou s'il omet, alors qu'il occupe une position de garant (art. 11 al. 2 et 3 CP) 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 aptitude personnelles, qu'elle est nécessaire pour éviter un dommage (ATF 136 IV 76 c. 2.3.1; ATF 135 IV IV 56 c. 2.1). C'est donc en fonction de la situation personnelle de l'auteur que l'on doit apprécier son devoir de diligence. Peu importe toutefois que l'auteur ait pu ou dû prévoir que les choses se passeraient exactement comme elles ont eu lieu. 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 (ATF 134 IV 255 c. 4.2.3; ATF 122 IV 145 c. 3b et les références citées). Lorsque l'homicide par négligence résulte d'une omission (délict d'omission improprement dit), la réalisation de l'infraction suppose, en outre, que la personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait, au moment de son omission, dans une situation de

garant. Il faut, autrement dit, que l'auteur fût à ce point juridiquement tenu d'accomplir un acte qui, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, aurait évité la survenance du dommage, que son omission apparût comparable au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (TF 6B_15/2007 du 9 mai 2007 c. 5.2; ATF 117 IV 130 c. 2a). En vertu de l'art. 11 al. 2 let. b CP, un contrat peut être la source d'une obligation de garant. Le cocontractant chargé de protéger autrui ou de surveiller un danger assume une position de garant lorsque le contrat conclu porte essentiellement sur cette mission. Il s'agit par exemple du devoir de protection du médecin et du personnel soignant (Dupuis et alii, Petit commentaire, Code pénal, Bâle 2012, n. 11 ad art. 11 CP). La distinction entre l'omission et la commission n'est cependant pas toujours aisée et on peut souvent se demander s'il faut reprocher à l'auteur d'avoir agi comme il ne devait pas le faire ou d'avoir omis d'agir comme il devait le faire (Corboz, Les infractions en droit suisse, vol. I, 3^e éd., Berne 2010, n. 5 ad art. 117 CP; ATF 129 IV 119 c. 2.2). Pour apprécier dans les cas limites si un comportement constitue un acte ou le défaut d'accomplissement d'un acte, il faut s'inspirer du principe de la subsidiarité et retenir un délit de commission chaque fois que l'on peut imputer à l'auteur un comportement actif (ATF 129 IV 119 c. 2.2 et les références citées).

2.1.2 La causalité ne se présente pas sous le même aspect selon que l'auteur a violé son devoir de prudence par action ou par omission. Une action est l'une des causes naturelles d'un résultat dommageable si, dans l'enchaînement des événements tels qu'ils se sont produits, elle a été, au regard de règles d'expérience ou de lois scientifiques, une condition sine qua non de la survenance de ce résultat - soit si, en la retranchant intellectuellement des événements qui se sont produits en réalité, et sans rien ajouter à ceux-ci, on arrive à la conclusion, sur la base des règles d'expérience et des lois scientifiques reconnues, que le résultat dommageable ne se serait très vraisemblablement pas produit (TF 6B_301/2010 du 30 novembre 2010 c. 2.3.1; cf. ATF 115 IV 199 c. 5b et les références). La série des événements à prendre en considération pour cette opération intellectuelle commence par l'action reprochée à l'auteur, finit par le dommage et ne comprend rien d'autre que les événements qui ont relié ces deux extrémités de la chaîne d'après les règles d'expérience et les lois scientifiques. La causalité naturelle ne cesse dès lors pas lorsque le dommage résulte effectivement de l'action reprochée à l'auteur, mais serait survenu quand même sans cette cause, à raison d'autres événements qui l'auraient entraîné si l'auteur ne l'avait pas lui-même causé (ATF 133 IV 158 c. 6.1 et les références). Par ailleurs, une action qui est l'une des causes naturelles d'un résultat dommageable en est aussi une cause adéquate si, d'une part, elle était propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 133 IV 158 c. 6.1 et les références) et si, d'autre part, elle a effectivement causé le résultat dommageable pour des raisons en rapport avec le but protecteur de la règle de prudence violée, et non pour des raisons fortuites (connexité du dommage et du risque; cf. ATF 133 IV 158 c. 6.1 et les références). Il s'agit là de questions de droit. Il y a rupture du lien de causalité adéquate, l'enchaînement des faits perdant sa portée juridique, si une autre cause concomitante - par exemple une force naturelle, le comportement de la victime ou celui d'un tiers - propre au cas d'espèce constitue une circonstance tout à fait exceptionnelle ou apparaît si extraordinaire que l'on ne pouvait pas s'y attendre. Cependant, cette imprévisibilité de l'acte concurrent ne suffit pas en soi à interrompre le rapport de causalité adéquate. Il faut encore que cet acte ait une importance telle qu'il s'impose 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 celui-ci, notamment le

comportement de l'auteur (TF 6B_301/2010 du 30 novembre 2010 c. 2.3.1; ATF 133 IV 158 c. 6.1 et les références). En revanche, en cas de violation du devoir de prudence par omission, il faut procéder par hypothèses 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 (Corboz, op. cit., n. 51 ad art. 117 CP; ATF 134 IV 255 c. 4.4.1; ATF 133 IV 158 c. 6.1 et les références). L'appréciation de la causalité hypothétique porte en elle une marge d'incertitude indéniable. Pour réduire cette marge, le Tribunal fédéral applique la théorie de la probabilité. Le lien de causalité naturelle est ainsi admis lorsque l'acte que devait accomplir l'auteur aurait, avec un haut degré de probabilité, empêché le résultat. L'existence de cette causalité dite hypothétique suppose donc 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 (TF 6S.570/2006 du 6 mars 2007 c. 4.2; ATF 116 IV 182 c. 4a). La causalité adéquate est donc 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 (ibidem). La doctrine dominante adhère à la théorie de la probabilité, estimant, à juste titre, que celle-ci présente l'avantage de sauvegarder le principe in dubio pro reo (cf. Cassani, in Roth / Moreillon, Commentaire romand, Code pénal I, Bâle 2009, nn. 58 et 59 ad art. 11 CP; Corboz, in Roth / Moreillon, Commentaire romand, Code pénal I, Bâle 2009, nn. 157 ss ad art. 12 CP; CCASS, 14 octobre 2002, n. 277, pp. 17 ss).

2.2. 2.2.1. Concernant plus particulièrement l'appréciation du résultat d'une expertise, le juge n'est en principe pas lié par ce dernier. Mais s'il entend s'en écarter, il doit motiver sa décision et ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de verser dans l'arbitraire. En d'autres termes, le juge qui ne suit pas les conclusions de l'expert n'enfreint pas l'art. 9 Cst. lorsque des circonstances bien établies viennent en ébranler sérieusement la crédibilité (TF 6B_275/2011 du 7 juin 2011 c. 3.3.2 ; ATF 129 I 49 c. 4; ATF 128 I 81 c. 2). Tel est notamment le cas lorsque l'expertise contient des contradictions et qu'une détermination ultérieure de son auteur vient la contredire sur des points importants, ou lorsqu'elle se fonde sur des pièces et des témoignages dont le juge apprécie autrement la valeur probante ou la portée (ATF 101 IV 129 c. 3a in fine). Si, en revanche, les conclusions d'une expertise judiciaire apparaissent douteuses sur des points essentiels, celui-ci 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 118 Ia 144 consid. 1c p. 146). La nécessité d'une nouvelle expertise dépend ainsi d'une appréciation de celle versée au dossier et des autres éléments de preuves (TF 6B_275/2011 du 7 juin 2011 c. 3.3.2).

2.2.2. En l'espèce, il n'existe aucun motif qui justifierait de s'écarter des expertises judiciaires concordantes et convaincantes. D'autres avis médicaux ont été produits par les appelants et d'autres médecins que les experts judiciaires entendus par le Tribunal correctionnel. Ces éléments doivent être considérés avec circonspection au regard de leur provenance. Ils seront toutefois retenus dans la mesure où ils concordent avec d'autres pièces du dossier et plus particulièrement les expertises judiciaires. Le rapport du Dr M. _____ produit par B. _____ (P. 146/1) au cours de la procédure d'appel est irrecevable. En effet, la production de cette pièce est tardive et contraire aux règles de la bonne foi, dès lors que l'appelant aurait pu s'en prévaloir

durant l'instruction ou aux débats de première instance. Par ailleurs, quand bien même ce document aurait été recevable, il est totalement inexploitable. En effet, la Cour de céans ne sait pas de quels documents et de quelles informations ce médecin disposait pour rendre son avis médical. En outre, ses liens avec l'appelant B. _____ ne sont pas connus.

Finalement, ainsi qu'il sera exposé plus bas, la cause de la mort de E.P. _____ est claire et ce rapport n'est pas de nature à modifier cette appréciation. I. Appel de B. _____ 3.

L'appelant nie toute violation fautive de son devoir de diligence. En substance, il nie qu'on puisse lui reprocher de ne pas avoir ordonné, dans la matinée du 18 février 2006, d'examen de contrôle. Il conteste ensuite toute négligence fautive dans la soirée du 18 février 2006. A ce sujet, il explique que, lors de l'appel de l'infirmière le soir en question, il n'a pas été informé des difficultés respiratoires du patient, cette communication n'ayant eu pour but que la confirmation d'un ordre médicamenteux qu'il avait prescrit. Il se prévaut enfin de la vitesse d'évolution de l'état de E.P. _____. 3.1. Cause de la mort Selon le rapport d'autopsie réalisé par l'Institut universitaire de pathologie du CHUV (P. 4/3), le décès pourrait être dû à un trouble du rythme, sous réserve de l'autolyse de tous les organes, de l'examen du système nerveux central qui n'a pas été autorisé, et en l'absence d'une autre cause évidente pouvant expliquer le décès brusque (absence d'embolie pulmonaire, absence d'infarctus myocardique, pas d'embolie gazeuse). S'agissant des causes de la mort, les premiers experts judiciaires ont estimé que les conclusions du rapport d'autopsie étaient discutables et que le décès de E.P. _____ était vraisemblablement consécutif à une péritonite stercorale due à une ouverture au niveau du moignon de l'iléon. L'origine la plus probable tenait à la déchirure constatée dans l'autopsie sur la partie latérale de l'anastomose, côté iléal, due à une ischémie avec nécrose locale et une fuite de liquide intestinal à l'intérieur de l'abdomen. En tout état de cause, ce genre de complication à type de fuite anastomotique était bien décrit dans la littérature, sa fréquence serait comprise entre 0.5 % et 3 %. Au cours des débats, le Prof G. _____ a confirmé que le décès était dû à une défaillance multi organique consécutive à un choc septique. Les seconds experts judiciaires, comme les premiers, se sont également étonnés des conclusions du rapport d'autopsie, en expliquant que les auteurs de ce rapport s'étaient sans doute uniquement basés sur le rappel anamnestique qui mentionnait également un décès intervenu brusquement pour en arriver à une telle conclusion. Pour conclure, ils ont relevé que les électrolytes du 18 février 2006 au matin étaient presque dans la norme et partant, ne pouvaient être mis en cause comme ayant provoqué un trouble du rythme. Ils ont conclu que E.P. _____ était décédé d'une septicémie avec défaillance des organes vitaux. Au regard de la convergence des expertises judiciaires, il convient de retenir que le décès est intervenu suite une fuite de liquide intestinal à l'intérieur de l'abdomen ayant entraîné un choc septique et de s'écarter à ce sujet du rapport d'autopsie. Cette appréciation est au demeurant confirmée par le Dr S. _____ et le Prof. H. _____ lors des débats de première instance (cf. jgt, pp. 10, 12, 15, 16 et 18). 3.2. Rôle de garant Les actes reprochés à l'appelant le sont par omission. Il lui est en effet reproché de ne pas avoir agi. Il convient par conséquent d'examiner s'il avait une position de garant à l'encontre du patient. En l'espèce, il est incontestable que l'appelant assumait une position de garant vis-à-vis de E.P. _____. En effet, ce dernier avait consulté B. _____ à la suite d'un diagnostic posé de tumeur du côlon ascendant et celui-ci l'avait opéré. Il était donc bel et bien le médecin traitant du patient dont il devait par conséquent assumer le suivi opératoire. 3.3. Violation des devoirs de prudence 3.3.1. A 11h45, le samedi 18 février 2006, l'appelant a rendu visite à son patient. Il l'a examiné, évaluant son état général, notamment en palpant

son ventre. A 7h30 du matin, des examens sanguins de routine avaient été commandés, dont les résultats étaient connus de B. _____ au moment de sa visite. Ceux-ci mettaient en évidence, notamment, une CRP (protéine C-réactive) à 270 et une déviation gauche de 35 %. Le soir, vers 18h15-18h30, l'infirmière a appelé l'appelant. Selon le dossier infirmier, elle l'a informé du fait que E.P. _____ avait des douleurs abdominales et présentait un abdomen hypertendu. Elle lui a également dit qu'il souffrait d'une paralysie intestinale. Aux débats de première instance, le médecin a dit que l'infirmière ne lui avait parlé que des douleurs, évaluées à 3/10 et de la paralysie intestinale.

3.3.2. Les médecins et experts sont unanimes à admettre que l'appelant a violé les règles de l'art, en ne prenant pas les mesures de surveillance et de suivi que l'état de E.P. _____ commandait et ce, dès sa visite du samedi 18 février 2006 de 11h45. a) En effet, les spécialistes de l'Institut de Médecine Légale ont relevé que les examens de toutéine du 18 février 2006 à 7h30 montraient une CRP à 270 mg/l et ont expliqué que si la CRP présentait un pic post-opératoire maximum à 24/48 heures, celle-ci devait par la suite diminuer d'au moins 50% de sa valeur le jour suivant. Cette valeur de 270 mg/l était à considérer comme la limite supérieure post-opératoire, et était, selon l'un des experts, un peu trop élevée pour un résultat 48h après une chirurgie colique par laparoscopie élective. En d'autres termes, ils ont considéré que le contexte post-opératoire associé à des douleurs abdominales et à cette CRP un peu trop élevée aurait dû attirer l'attention du chirurgien sur une possible complication. Un patient présentant de fortes douleurs abdominales au deuxième jour post-laparoscopie devait être évalué par un chirurgien, une reprise chirurgicale devant même, le cas échéant, être envisagée en cas de doute. Les experts ont relevé que des douleurs importantes au deuxième jour d'une colectomie par laparoscopie étaient un signe d'alarme important, nécessitant au mieux des investigations radiologiques complémentaires, au pire une révision chirurgicale. Il était de plus décrit comme dangereux que l'opérateur prescrivît des antalgiques par téléphone. b) De même, les seconds experts judiciaires ont estimé que le suivi post-opératoire d'un patient, suite à une intervention viscérale lourde relevait de la plus haute importance. Le diagnostic clinique d'une telle complication pouvait être difficile, notamment chez les patients qui avaient une antalgie péridurale en place. Il était donc d'autant plus important que l'évolution clinique fût contrôlée à courte échéance. Selon ces spécialistes, le fait que B. _____ ne se soit pas rendu au chevet de son patient, présentant une évolution défavorable, ne leur a paru que difficilement justiciable. Les douleurs abdominales, considérées comme typiques de la reprise du transit, étaient en contradiction avec une paralysie intestinale et avec un abdomen gonflé. Les suites post-opératoires, avec persistance d'une saturation en oxygène basse, ainsi que la présence d'un bilan positif (des liquides ndr) deux jours de suite, aurait dû alerter l'appelant, ce d'autant plus qu'il n'y avait pas de réponse aux diurétiques administrés. En effet, un bilan positif associé à des faibles tensions et à une saturation basse était un signe clinique compatible avec une septicémie débutante, nécessitant une recherche de son étiologie. De plus, les examens sanguins du 18 février 2006, au matin, montraient des neutrophiles non à plus de 35% (déviation gauche ndr), signes préliminaires d'une infection, ce d'autant plus combinés à une protéine C-réactive de 270. Si chacun de ces éléments n'était pas alarmant en soi, dans un contexte post-opératoire immédiat, l'ensemble l'était certainement. Ces experts ont également admis qu'il existait, vers 11h00 du matin, des indices suffisants de mauvaise évolution devant amener B. _____ à revoir spontanément E.P. _____. Ils ont expliqué que le bilan sanguin et les autres éléments déjà cités auraient dû être interprétés dans le sens d'un début de complication et que, selon eux, les médecins auraient dû demander des examens

complémentaires et ordonner le transfert du patient dans une unité disposant d'une surveillance continue après avoir été informés de la péjoration de l'état du patient à 19h. Les experts ont encore précisé que l'absence de fièvre chez E.P._____ ne suffisait pas à exclure un état septique. c) En outre, les expertises précitées sont confortées par les déclarations du Dr V._____ et les inquiétudes de la Dresse Q._____ de la veille au soir. En effet, le Dr V._____ a expliqué, lors des débats de première instance, que, pour lui, l'absence de reprise du transit dans l'après-midi du samedi 18 février 2006 devait conduire à une investigation. Selon lui, dès le début, E.P._____ était un patient à suivre. B._____ ne pouvait l'ignorer, ce d'autant que ces deux médecins ont eu une discussion au sujet de E.P._____ peu après leur visite respective. L'appelant aurait également dû également prêter attention aux inquiétudes de la Dresse Q._____, qui avait, quant à elle, constaté l'hypotension de E.P._____. 3.3.3. Sur le vu de ce qui précède, on doit admettre que l'appelant aurait dû, dès la matinée du 18 février 2006, à 11h45 lors de sa visite à la victime, interpréter les éléments en sa possession et le bilan sanguin dans le sens d'un début de complication et être par conséquent beaucoup plus vigilant et proactif et à tout le moins surveiller étroitement le patient. Dès cet examen, la situation méritait une surveillance et une investigation quant à l'origine des douleurs. Or, le médecin concerné n'a rien fait. Il s'est contenté d'organiser un suivi antalgique, sans ordonner d'examen de contrôle dans l'après-midi, en particulier au regard des résultats d'examen sanguin de 7h30. Ce faisant, il a violé son devoir de prudence. Vers 18h15-18h30, l'appelant aurait dû, suite à l'appel de l'infirmière, dans tous les cas, se déplacer et ordonner le transfert du patient dans une unité disposant d'une surveillance continue. Il aurait dû ordonner des examens complémentaires et envisager un scanner ou même une laparoscopie exploratrice. Encore une fois, le médecin n'a pas agi, violant ainsi son devoir de prudence. A ce sujet, on ne saurait suivre l'intéressé lorsqu'il invoque le défaut d'informations transmises le soir par l'infirmière. En effet, conformément à l'appréciation du Dr T._____, quand bien même l'infirmière ne lui aurait parlé que de la douleur de E.P._____, le médecin aurait dû la considérer comme un signal d'alarme, dès lors que la douleur n'a jamais été résolue chez ce patient. En outre, l'appelant a reconnu que l'infirmière lui a également signalé une paralysie intestinale, ce qui constitue un signe d'alerte supplémentaire. De plus, la situation du patient n'était déjà pas bonne dans la matinée, ce qui justifiait déjà une surveillance et un suivi plus serré que la simple administration de médicaments et l'organisation d'un examen de contrôle dans l'après-midi. Enfin, au regard des circonstances et des données objectives d'analyse déjà en sa possession, l'appelant devait s'enquérir spontanément de l'évolution de son patient. En conclusion, on doit admettre que ce dernier a bel et bien violé ses devoirs de diligence. 3.4. Faute L'appelant est un médecin expérimenté et décrit comme rigoureux, soigneux et attentif envers ses patients. L'état de ses connaissances devait lui permettre d'appréhender le risque d'une fuite anastomotique potentielle. C'était une complication qu'il connaissait. Au regard de sa formation, de ses connaissances et des informations à sa disposition, il n'a pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui et ainsi violé, de manière fautive, ses devoirs de prudence. 4. Lien de causalité entre les omissions et le résultat survenu L'appelant nie tout lien de causalité entre la négligence qui pourrait lui être reprochée et le décès de E.P._____. Il soutient tout d'abord que la vraisemblance doit confiner à la certitude s'agissant du lien de causalité. Il relève ensuite que l'incertitude demeure s'agissant des causes du décès, en l'absence d'autopsie du système nerveux central, et qu'il n'est nullement établi qu'une intervention chirurgicale visant à purger le liquide intestinal et à réparer la déchirure de l'intestin grêle aurait évité la survenance du

décès. Il affirme ensuite que les fautes commises par le Dr L. _____ ont interrompu le lien de causalité entre les manquements qui pourraient lui être reprochés et le décès intervenu.

4.1. Selon les premiers experts judiciaires, la complication postopératoire était connue et décrite dans la littérature avec une incidence de 0.5 à 3 % et était à l'origine du décès dans un délai particulièrement bref. A la question de savoir si les médecins responsables pouvaient prévoir que la complication post-opératoire conduirait au décès de E.P. _____, ils ont répondu que du liquide intestinal à l'intérieur de l'abdomen entraînait classiquement des complications de type péritonite et que les conséquences devenaient d'autant plus graves que la présence de liquide se prolongeait. Selon eux, dans les premières vingt-quatre heures, la probabilité du décès était inférieure à 10%, alors qu'elle augmentait rapidement après. Ils ont conclu que le décès de E.P. _____ aurait pu être évité si la complication chirurgicale avait été reconnue à temps et traitée en conséquence, tout en précisant qu'il s'agissait d'une hypothèse et non d'une certitude. Dans la seconde expertise judiciaire, considérant que le décès de E.P. _____ était survenu environ dix heures après l'appel à B. _____ et tenant compte du temps nécessaire pour effectuer les investigations, les spécialistes ont estimé qu'il y avait encore une certaine réserve de temps pour réopérer le patient, pourvu que le diagnostic d'une péritonite sur lâchage de suture intestinale eut été posé. Les experts ont encore expliqué que si B. _____ avait examiné son patient, avec son expérience, il aurait vraisemblablement eu la suspicion de la fuite intestinale et aurait demandé un scanner abdominal. Cet examen aurait probablement permis de visualiser la fuite. Dès lors, B. _____ aurait certainement décidé de réopérer au plus vite E.P. _____. Au cas où le scanner n'aurait pas mis en évidence la fuite, B. _____ aurait pu décider une réopération laparoscopique à visée diagnostique. A la question de savoir s'il était hautement vraisemblable que le décès de E.P. _____ aurait pu être évité, si le suivi post-opératoire s'était déroulé conformément aux règles de l'art, les experts ont répondu que B. _____, ayant examiné son patient le matin du 18 février 2006, aurait pu constater l'évolution défavorable en l'examinant dans la soirée et en tirer les conséquences qui se seraient imposées. Si la réopération indispensable, pour faire face à la fuite intestinale, avait pu être effectuée le plus tôt possible au cours de la nuit du 18 au 19 février 2006, le patient ne serait certainement pas décédé vers 6h00 du matin. En revanche, il n'était pas possible de dire s'il n'aurait pas succombé pour d'autres causes, notamment liées à son athérosclérose coronarienne qui n'était pas encore connue au stade préopératoire. Les experts ont néanmoins estimé à 80% les chances de survie du patient. Lors des débats de première instance, T. _____ a précisé que, conformément à ce que le Dr S. _____ avait indiqué dans son rapport, à 7h30 le 18 février 2006, tous les éléments étaient réunis et qu'il y avait déjà un signe de sepsis sévère. Il a relevé que l'on pouvait dès lors faire partir le score du risque de mortalité à partir de ce moment-là en tout cas. Dans son rapport du 13 octobre 2011 et lors des débats de première instance, le Prof. H. _____ a expliqué que dans la situation de E.P. _____ le pronostic vital diminuait de 7% par heure. Il a également relevé que l'on pouvait faire partir le score du risque de mortalité à partir du 18 février 2006 à 7h30 en tout cas, moment auquel les éléments du diagnostic étaient réunis.

4.2 En l'espèce, on doit admettre, au regard notamment des expertises précitées, que si l'appelant n'avait pas violé ses devoirs de diligence et s'il avait donc accompli les actes en question tels que décrits ci-dessus (cf. supra c. 3.3.3), le résultat intervenu, à savoir le décès du patient, aurait été évité selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie. En effet, d'une part, la complication dont a été victime E.P. _____ n'était ni inédite, ni mal documentée dans la littérature médicale. Elle faisait partie des complications classiques et

connues de l'anastomose pratiquée. D'autre part, selon les experts T. _____ et F. _____, il était hautement vraisemblable qu'un suivi approprié de E.P. _____ par B. _____ aurait permis de réaliser une reprise chirurgicale avec succès. A 11h45, l'appelant avait tous les éléments pour poser le diagnostic de sepsis sévère et aurait dû agir en conséquence. Il est évident qu'à ce moment-là, si l'appelant avait posé un diagnostic correct et accompli les actes omis, il aurait, de manière hautement vraisemblable, évité la mort de son patient. Il en allait de même d'une intervention de B. _____ vers 18h15-18h30. En effet, ce dernier, s'il s'était déplacé au chevet de son patient, aurait pu constater l'état de celui-ci et immédiatement l'emmener en salle d'opération dans un délai suffisamment bref et sans passer par des analyses ou des scanners, si l'urgence était extrême. Les médecins interrogés, notamment les Drs W. _____ et V. _____, ont d'ailleurs confirmé que, dans un tel cas d'urgence, une opération à visée exploratoire était envisageable pour sauver le patient. Enfin, l'appréciation de ces médecins est confirmée par celle des premiers experts. En conclusion, on doit retenir que le lien de causalité tant naturelle qu'adéquate est réalisée entre les manquements reprochés à l'appelant et le résultat intervenu. Pour le reste, la cause de la mort ayant suffisamment été établie (cf. supra c. 3.1), l'appelant ne saurait à ce sujet se prévaloir d'une incertitude qui demeurerait s'agissant des causes du décès, en l'absence d'autopsie du système nerveux central. Enfin, on ne discerne aucune interruption du lien de causalité en raison d'éventuels manquements qui peuvent être reprochés à L. _____ ou aux infirmières en charge du patient. En effet, les omissions de ces derniers ne sont ni extraordinaires, ni inattendus. 5. En conclusion, on doit admettre que B. _____ s'est rendu coupable d'homicide par négligence, toutes les conditions visées par l'art. 117 CP étant réalisées. Partant, l'appel de ce dernier, mal fondé, doit être rejeté et le jugement confirmé à son égard. II. Appel de L. _____ 6. L'appelant conteste avoir assumé un devoir de garant envers le patient décédé. En substance, il relève qu'il ne s'estimait pas tenu d'assurer le suivi médical général de E.P. _____ étant donné qu'il avait reçu une instruction contraire de la part du Dr V. _____. Il explique qu'il n'était ni le chirurgien opérateur, ni l'anesthésiste ayant été chargé de suivre le patient depuis l'opération et qu'en définitive, il n'a fait que renvoyer le personnel infirmer aux substances ordonnées par d'autres médecins. 6.1. A 8h00, le 18 février 2006, L. _____ a pris son service de garde du week-end, succédant à sa consœur Q. _____. Au moment de la transmission, celle-ci lui a notamment indiqué que E.P. _____ s'était plaint de douleurs la vieille et qu'il était hypotendu. Selon différents témoignages, le rôle de l'anesthésiste de garde, seul médecin de garde sur place à D. _____, était d'assurer les réanimations en cas d'urgence. Malgré des directives aux termes desquelles il devait être fait appel au médecin traitant en cas de nécessité, tous les témoins ont toutefois indiqué que, pour des raisons de commodité, il n'était pas rare que le personnel infirmer fasse d'abord appel à l'anesthésiste de garde, en particulier en dehors des heures. La tendance au moment des faits était ainsi de considérer l'anesthésiste de garde comme le médecin de garde tout court. 6.2. On doit admettre que la position de garant de l'appelant envers la victime ne résultait pas des directives, mais des usages et pratiques de l'hôpital, au demeurant clairement étayées par plusieurs témoignages ainsi que par le comportement des deux médecins anesthésistes de garde qui se sont succédés les 17 et 18 février 2006. Ainsi, L. _____ savait que la pratique des infirmières était de faire appel à lui, même s'il n'était pas le médecin traitant du patient. A ce sujet, on peut d'ailleurs constater que, selon son comportement, il a clairement joué un rôle de médecin remplaçant durant sa garde. En effet, il a demandé au Dr V. _____ s'il devait aller faire une visite à E.P. _____. De plus,

lorsque l'infirmière l'a appelé à 19h40, il ne l'a pas renvoyée au Dr B._____. De même, on doit relever que sa consœur, la Dresse Q._____, avait agi de même la veille, lors de sa garde. 7. L'appelant nie la réalisation du lien de causalité entre l'omission qui lui est reprochée et le décès de E.P._____. En bref, il reproche à l'autorité de première instance de ne pas avoir examiné quelles étaient les chances réelles de survie du patient au moment où, durant la soirée du 18 février 2006, il aurait prétendument omis d'agir selon les règles de l'art médical. Se fondant sur les rapports d'expertises et avis médicaux, il relève que les risques de mortalité ont commencé à croître rapidement le 18 février 2006 dès 7h00 ou 7h30. 7.1. Violation des devoirs de prudence 7.1.1. A 8h00, le 18 février 2006, l'appelant a pris son service, succédant à sa consœur Q._____. Au moment de la transmission, celle-ci lui a notamment indiqué que E.P._____ s'était plaint de douleurs la veille et qu'il était hypotendu. A 19h40, les douleurs persistaient toujours avec un VAS à 7/10. L'infirmière a alors contacté l'anesthésiste de garde, à savoir l'appelant, en lui précisant que la famille de E.P._____ souhaitait que ce dernier soit vu par un médecin. L._____, sans aller voir le patient ou son dossier, a ordonné l'administration de 1 g de Novalgine. Peu après, alors qu'il passait à l'étage, L._____ dit s'être rendu vers la chambre de E.P._____ mais n'y être pas entré, car il entendait la famille qui parlait. A 20h25, E.P._____ étant toujours algique, l'infirmière a rappelé L._____, qui a confirmé à cette dernière qu'elle pouvait administrer au patient les 10 mg de morphine sous cutanée prévus en réserve sur la feuille d'ordre, ainsi qu'une tablette de 1 mg de Temesta Expidet, médicament du groupe des benzodiazépines. L'appelant est allé consulter le dossier du patient, mais rien ne l'a alerté dans cette lecture. Vers minuit, l'infirmier a contacté une fois encore L._____. Toujours sans voir le patient, ce dernier a alors ordonné l'administration d'une capsule de Temesta Expidet 2.5 mg ainsi qu'une nouvelle injection sous cutanée de 10 mg de morphine. Vers 2h30, le 19 février 2006, l'infirmier a une fois encore avisé téléphoniquement L._____ de la péjoration de l'état de confusion du patient. Sans se déplacer, il a prescrit 5 mg de Haldol par voie veineuse, tranquillisant neuroleptique. 7.1.2. Les experts judiciaires ont conclu que L._____ avait également contrevenu aux règles de l'art. Ils ont jugé que s'il était acceptable qu'il prescrivît une dose unique d'analgésique par téléphone, le fait de donner des ordres répétés d'administration de benzodiazépines et d'opiacés par téléphone, sans revoir le patient, devait être considéré comme dangereux et contre indiqué. Ils ont considéré que ce médecin aurait dû procéder à une évaluation de l'état clinique du patient au vu de la persistance des douleurs, en dépit des antalgiques prescrits ou attirer l'attention de son opérateur ou de son remplaçant désigné. Ils ont précisé que l'administration de morphine à minuit par L._____, sans avoir vu le patient, ne pouvait être considérée comme indiquée même s'il s'agissait d'un médicament d'antalgie en réserve. 7.1.3. Sur la base de l'expertise, on doit admettre que l'appelant aurait en tout cas dû se déplacer auprès du patient à 20h25, soit au moment du second appel de l'infirmière. En effet, il ne pouvait poursuivre la prescription d'antalgiques de plus en plus lourds sans prendre la peine d'aller voir l'intéressé. De plus à 20h25, la lecture du dossier aurait d'emblée dû attirer l'attention de l'appelant, notamment les résultats d'analyses de E.P._____. En outre, au regard de la fluctuation des douleurs avec des pics élevés malgré deux jours d'une antalgie et le fait que moins d'une heure auparavant, un antalgique avait été administré sans succès, l'intéressé aurait dû se rendre sans délai auprès du patient. En conclusion, l'appelant a bel et bien violé ses devoirs de prudence. En outre, L._____ est un médecin expérimenté. Même s'il n'est pas un spécialiste en chirurgie comme B._____, mais en anesthésiologie, il aurait pu se rendre compte, en se rendant à son

chevet, que la victime était dans un état grave qui nécessitait des soins autres que la prescription de forts anti-douleurs. Au regard de sa formation, de ses connaissances et des informations à sa disposition, il n'a pas déployé l'attention et les efforts que l'on pouvait attendre de lui et ainsi violé, de manière fautive, ses devoirs de prudence. 7.2. Lien de causalité entre les omissions et le résultat intervenu Il convient d'examiner quelles étaient les chances de survie du patient au moment où l'appelant aurait dû agir, soit à 20h25, de manière à pouvoir définir si les actes que devait accomplir ce dernier auraient, avec un haut degré de probabilité, empêché la mort de E.P._____.

7.2.1. Lors des débats de première instance, les experts et témoins ont largement débattu des scores de mortalité selon lesquels un patient présentant un sepsis sévère perdrait 7% de chance de survie par heure. La définition du sepsis sévère a elle aussi été discutée. Selon le Prof. H._____, ces scores sont basés sur des désordres physiques, biologiques et physiologiques. Le Dr T._____ a toutefois relevé qu'il lui était déjà arrivé, comme chirurgien, de reprendre ce genre d'opération, avec succès, dans des zones statistiques présentant de faibles chances. Le Prof. H._____ s'est rallié aux conclusions des expertises et aux propos des Drs T._____ et X._____, tout en précisant, sans certitude, qu'à son avis, le samedi à 19h40, au moment de l'appel à B._____, il était déjà trop tard, car un patient pris en charge peut notamment décéder des effets accessoires de l'infection, notamment cérébraux et rénaux qui peuvent entraîner la mort plusieurs jours plus tard. Selon les seconds experts judiciaires, les examens sanguins du 18 février 2006, au matin, montraient des neutrophiles non-segmentés à plus de 35% (déviations gauches ndr), signes préliminaires d'une infection, ce d'autant plus combinés à une protéine C-réactive de 270. Lors des débats de première instance, l'expert judiciaire T._____ a précisé que, selon son appréciation personnelle, les chances de survie de T._____ étaient d'environ 50% à 19h00 et de 15% à minuit. Il a également relevé que selon les résultats de laboratoire de samedi à 7h00 du matin, la péritonite était déjà présente, mais qu'il avait déjà opéré des patients dans cette situation qui avaient survécu. Il a ajouté qu'à 7h30, le 18 février 2006, tous les éléments du diagnostic étaient réunis et que l'on pouvait dès lors faire partir le score du risque de mortalité à partir de ce moment-là en tout cas. Dans son rapport du 13 octobre 2011 et lors des débats de première instance, le Prof. H._____ a expliqué que dans la situation de E.P._____ le pronostic vital diminuait de 7% par heure. Il a également relevé que l'on pouvait faire partir le score du risque de mortalité à partir du 18 février 2006 à 7h30 en tout cas, moment auquel les éléments du diagnostic étaient réunis.

7.2.2. En l'espèce, l'appelant, conformément à ses devoirs de diligence, aurait dû intervenir dans la soirée du 18 février 2006 vers 20h25. Reste qu'à ce moment-là de l'avis de l'expert judiciaire et du Prof. H._____, les chances de survie du patient étaient déjà inférieures à 50% (seuil atteint vers 19h00). De plus, dès cet instant, des examens auraient dû être ordonnés ou alors, à tout le moins, une opération organisée, puis effectuées, démarchent qui auraient pris un certain laps de temps, ce qui réduisait encore les chances de survie du patient passant en-dessous des 40%. Au regard des chiffres avancés par l'expert T._____ et par le Prof. H._____, on doit admettre qu'il existe un doute sur la question de savoir si les actes que devait accomplir l'appelant auraient pu, avec un haut degré de probabilité, empêché la mort de E.P._____. En effet, dès lors que dès 19h00, les risques de décès devenaient plus grands que les chances de survie, on doit nier tout lien de causalité entre les omissions de l'appelant et la survenance du résultat. En conclusion, L._____ doit être acquitté de l'infraction d'homicide par négligence, faute de lien de causalité entre les omissions qui lui sont reprochés et le décès de la victime. En outre, l'appelant L._____ ne sera pas tenu de verser une juste indemnité pour les

dépenses obligatoires occasionnées par la procédure aux parties plaignantes. La somme de 23'560 fr., dont L. _____ et B. _____ étaient solidairement débiteurs, sera dès lors mise entièrement à la charge de B. _____ qui a vu sa condamnation pour homicide par négligence confirmée. 8. L. _____ étant acquitté, il convient encore d'examiner la question des frais et dépens de première instance. 8.1. 8.1.1. En vertu de l'art. 426 CPP, le prévenu supporte les frais de procédure s'il est condamné. Font exception les frais afférents à la défense d'office; l'art. 135 al. 4 CPP est réservé (al. 1). Lorsque la procédure fait l'objet d'une ordonnance de classement ou que le prévenu est acquitté, tout ou partie des frais de procédure peuvent être mis à sa charge s'il a, de manière illicite et fautive, provoqué l'ouverture de la procédure ou rendu plus difficile la conduite de celle-ci (al. 2). Aux termes de l'art. 429 al. 1 let. a CPP, si le prévenu est acquitté totalement ou en partie ou s'il bénéficie d'une ordonnance de classement, il a droit à une indemnité pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure. La base légale fondant un droit à des dommages et intérêts et à une réparation du tort moral a été créée dans le sens d'une responsabilité causale. L'Etat doit réparer la totalité du dommage qui présente un lien de causalité avec la procédure pénale au sens du droit de la responsabilité civile (Message du Conseil fédéral relatif à l'unification du droit de la procédure pénale du 21 décembre 2005, FF 2006 II 1057 ss, spéc. 1313). Les dépenses à rembourser au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP sont essentiellement les frais de défense. Selon le Message, cette disposition transpose la jurisprudence selon laquelle l'Etat ne prend en charge ces frais que si l'assistance était nécessaire compte tenu de la complexité de l'affaire en fait ou en droit et que le volume de travail et donc les honoraires de l'avocat étaient ainsi justifiés (ibidem). Le Tribunal fédéral a toutefois souligné qu'il ne fallait pas se montrer trop strict dans l'indemnisation du prévenu pour les honoraires de son mandataire (Mizel/Rétornaz, in: Kuhn/Jeanneret (éd.), Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, Bâle 2011, n. 31 ad art. 429 CPP et les références citées). En vertu de l'art. 430 al. 1 let. a CPP, l'autorité pénale peut réduire ou refuser l'indemnité ou la réparation du tort moral lorsque le prévenu a provoqué illicitement et fautivement l'ouverture de la procédure ou a rendu plus difficile la conduite de celle-ci. La réduction de l'indemnité pour faute concomitante du prévenu est le pendant de la possibilité de mettre à sa charge les frais de la procédure (Mizel/Rétornaz, op. cit., n. 2 ad art. 430 CPP). 8.1.2. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la condamnation aux frais d'un prévenu acquitté ou mis au bénéfice d'un non-lieu et le refus de lui allouer une indemnité à titre de dépens ne sont admissibles que si l'intéressé a provoqué l'ouverture de la procédure pénale dirigée contre lui ou s'il en a entravé le cours. A cet égard, seul un comportement fautif et contraire à une règle juridique, qui soit en relation de causalité avec les frais imputés, peut être déterminant (TF 6B_986/2010 du 8 août 2011 c. 2.1; ATF 120 Ia 147 c. 3b; ATF 119 Ia 332 c. 1b). Pour déterminer si le comportement en cause est propre à justifier l'imputation des frais ou le refus d'une indemnité, le juge peut prendre en considération toute norme de comportement écrite ou non écrite résultant de l'ordre juridique suisse pris dans son ensemble, dans le sens d'une application par analogie des principes découlant de l'art. 41 CO (TF 6B_99/2011 du 13 septembre 2011 c. 5.1.2; ATF 119 Ia 332 c. 1b; Chapuis, in: Kuhn/Jeanneret (éd.), Commentaire romand, Code de procédure pénale suisse, Bâle 2011, n. 2 ad art. 426 CPP). La relation de causalité est réalisée lorsque, selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le comportement de la personne concernée était de nature à provoquer l'ouverture de la procédure pénale et le dommage ou les frais que celle-ci a entraînés (TF 6B_99/2011 du 13 septembre 2011 c. 5.1.2). Enfin, la réduction ou le refus de l'indemnisation ne doit pas

laisser entendre que le prévenu acquitté est tout de même coupable des infractions qui lui ont été reprochées (Mizel/Rétornaz, op. cit., n. 4 ad art. 430 CPP). 8.2. En l'espèce, le lien de causalité entre les omissions de L._____ et le résultat intervenu n'est certes pas donné. Toutefois, il a été démontré que ce dernier a violé de manière fautive ses devoirs de prudence, soit les règles de l'art médical. Les actes de l'appelant peuvent être qualifiés de civilement répréhensibles. Il ne fait pas de doute que, par son comportement, L._____ a provoqué la procédure pénale ouverte à son encontre. En outre, la faute civile de l'appelant est en relation de causalité avec l'ouverture de l'enquête pénale ainsi qu'avec les frais qu'elle a entraînés. Dans ces circonstances, il convient de laisser les frais de première instance, fixé à 14'582 fr. 25, à sa charge en application de l'art. 426 al. 2 CPP. Comme mentionné plus haut, le refus de l'indemnité pour faute concomitante du prévenu est le pendant de la possibilité de mettre à sa charge les frais de la procédure. Partant, pour les mêmes motifs, il ne sera pas alloué d'indemnité à L._____ pour les dépenses occasionnées par l'exercice raisonnable de ses droits de procédure. III. Appels de B._____ et L._____ 9. En définitive, l'appel de B._____ doit être rejeté. L'appel de L._____ est, quant à lui, admis en ce sens qu'il est libéré du chef d'accusation d'homicide par négligence et qu'il n'est plus solidairement débiteur avec B._____ de la somme de 23'560 fr. due aux plaignants à titre de juste indemnité pour les dépenses obligatoires occasionnées par la procédure. Le jugement est confirmé pour le surplus. Vu l'issue de la cause, les frais de la procédure d'appel doivent être mis à la charge de B._____ par moitié, le solde étant laissé à la charge de l'Etat. Il n'y a en effet pas de motif pour mettre une partie des frais de la procédure d'appel à la charge de L._____ dès lors qu'il a obtenu gain de cause en instance d'appel (art. 428 al. 1 CPP). Ce frais comprennent l'émolument qui se monte à 5'430 fr. (art. 21 al. 1 et 2 TFJP [Tarif des frais judiciaires pénaux du 28 septembre 2010, RSV 312.03.1]), Quant aux dépens d'appel de l'appelant L._____ (cf. art. 433 CPP), au vu de la complexité de la cause et de la procédure d'appel, il convient d'admettre que le conseil de choix de l'appelant a dû consacrer 12 heures à l'exécution de son mandat. Il convient dès lors de lui allouer le montant de 3'240 fr., correspondant à 12 heures au tarif horaire de 250 francs, TVA comprise.

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