

VD_GERICHTE PE12.017021 vom 29. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_PE12.017021

FR: VD_GERICHTE PE12.017021 du 29 octobre 2015

IT: VD_GERICHTE PE12.017021 del 29 ottobre 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL 110 PE12.017021--/SSM CO UR D'APPEL PENALE

Audience du 22 avril 2016

Composition : M. STOUDMANN, président MM. Battistolo et Winzap, juges Greffière : Mme Mirus ***** Parties à la présente cause : Ministère public, représenté par la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs, appelant, et D. _____, prévenu, représenté par Me Cédric Aguet, défenseur de choix à Lausanne, intimé, I. _____, partie plaignante, représentée par Me Amédée Kasser, conseil d'office à Lausanne, intimée. 654

- 9 - La Cour d'appel pénale considère : En fait : A. Par jugement du 29 octobre 2015, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois a libéré D. _____ du chef de prévention d'homicide par négligence (I), a renvoyé I. _____ à agir par la voie civile contre D. _____ (II), a alloué à D. _____ une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 58'931 fr. 70, valeur échue, montant à la charge de l'Etat (III), a ordonné la restitution à l'Hôpital intercantonal de La Broye à Payerne une fois jugement définitif et exécutoire du dossier médical de feu Z. _____ séquestré sous fiche n° 225 (IV), a ordonné le maintien au dossier à titre de pièce à conviction du CD qui y figure déjà sous fiche n° 317 (V) et a laissé l'entier des frais de la cause à la charge de l'Etat, y compris l'indemnité allouée à Me Amédée Kasser, conseil d'office d'I. _____, indemnité arrêtée à 11'515 fr. 50. B. Par annonce du 2 novembre 2015, puis déclaration motivée du 25 novembre 2015, le Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs a formé appel contre le jugement précité, en concluant, principalement à sa réforme en ce sens que D. _____ est condamné pour homicide par négligence à 180 jours-amende avec sursis pendant deux ans, que les frais sont mis à la charge du prévenu et que toute indemnité lui est refusée, et subsidiairement, en cas d'acquiescement de D. _____, à sa réforme en ce sens que les frais sont mis à la charge du prévenu et que toute indemnité lui est refusée. Par acte du 22 décembre 2015, D. _____, par son défenseur, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à ce que l'appel du Ministère public soit déclaré irrecevable, subsidiairement à ce que cet

- 10 - appel soit rejeté, sans audience. A l'audience d'appel, il a conclu au rejet du recours du Ministère public. C. Les faits retenus sont les suivants : 1. Le prévenu D. _____ est né le 20 janvier 1962. Arrivé en Suisse à l'âge de 5 ans, il y a suivi toute sa scolarité obligatoire. Il a accompli ses études universitaires de médecine à Lausanne. Il a commencé à travailler en 1989 et a effectué toute sa formation au CHUV. Il a obtenu un diplôme FMH en chirurgie et a suivi deux formations approfondies en chirurgie viscérale et chirurgie générale. A partir du 1er octobre 2007, il a été nommé médecin-chef à l'Hôpital intercantonal de La Broye (ci-après : HIB) à Payerne. Il y a travaillé jusqu'au 31 mai 2012. Depuis le 1er juillet de la même année, il est installé comme chirurgien indépendant en ville

de Lausanne. Il ressort du compte de pertes et profits produit à l'audience du 22 octobre 2015 qu'il a réalisé en 2014 un bénéfice net de 63'872 fr. 08. Son revenu mensuel pour l'année en question est donc de 5'300 francs. Il a expliqué que pour l'année 2015, ses revenus avaient a priori augmenté. Marié et père de deux enfants nés le 13 avril 2012, il vit avec sa famille dans un appartement de Lutry dont il est copropriétaire avec son épouse qui exerce la chirurgie à titre indépendant. Il a précisé que son épouse venait d'ouvrir son cabinet si bien qu'elle ne réalisait en l'état pas de revenus, mais que dans sa précédente activité de cheffe de clinique au CHUV à 80%, elle bénéficiait d'un revenu de l'ordre de 8'000 francs. Il a fait état de charges pour l'appartement familial de 3'233 fr. par mois (intérêts, amortissements, charges PPE et autres frais compris). Il a indiqué que ses primes d'assurance-maladie de base étaient de l'ordre de 500 fr. par mois. Il ignore le montant des primes de ses enfants. Mis à part le crédit hypothécaire pour l'appartement familial, il n'a pas d'autre dette. L'extrait du casier judiciaire suisse de D. _____ est vierge de toute inscription.

- 11 - 2. 2.1 Z. _____, né le 16 janvier 1934, a été traité en 2002 par chimiothérapie pour un lymphome malin non-Hodgkinien de type B à grandes cellules avec atteinte hépatique, splénique et rétropéritonéale, affection qui avait été considérée comme guérie en 2011. Il souffrait également d'une maladie coronarienne dans le cadre d'un diabète non-insulinodépendant (type II), d'une dyslipidémie, d'une obésité, d'une hypertension artérielle et d'un passé de tabagisme. Dans ce cadre, il avait subi en 1996 un quadruple pontage coronarien et en 1999 une mise en place de deux stents actifs. Du 13 au 21 février 2011, Z. _____ a été hospitalisé dans le service de médecine interne du HIB en raison de douleurs thoraciques gauches. Les investigations pratiquées ont permis d'exclure une étiologie coronarienne et ont montré une cholécystite aiguë sur lithiase vésiculaire. Le traitement par antibiotiques et analgésiques a conduit à une guérison clinique de cette inflammation aiguë. En raison d'un risque réel de rechute de cette affection (environ 70% dans les deux ans) et considérant l'importance des risques d'une intervention en urgence chez un malade sous double traitement d'inhibiteurs de la fonction plaquettaire, le Dr E. _____ a adressé Z. _____ au Dr D. _____, alors médecin-chef du département de chirurgie au HIB, pour une cholécystectomie élective, qui a été fixée au 16 juin 2011. Le 1er juin 2011, Z. _____ a été vu pour une consultation de préhospitalisation. Le 15 juin 2011, Z. _____ a été hospitalisé au HIP en vue de l'opération un jour plus tôt, en raison d'une polymorbidité. 2.2 Le jeudi 16 juin 2011, D. _____ a pratiqué sur Z. _____ une cholécystectomie, soit une ablation chirurgicale de la vésicule biliaire, assisté du stagiaire R. _____. L'intervention, qui a duré de 12h40 à 14h00, s'est déroulée en laparoscopie (chirurgie vidéo-assistée). Une difficulté mineure est apparue lors de la dissection de la vésicule biliaire

- 12 - en raison d'un status adhérentiel important, qui provenait d'une ancienne infection. A la suite de l'intervention, Z. _____ a directement été transféré en salle de réveil, sans passer par les soins intensifs, suivant les indications de l'anesthésiste. Il s'est réveillé vers 17h30, se plaignant de douleurs. Il a dès lors reçu de la morphine, deux litres d'oxygène, du Perfalgan (paracétamol) et de la Novalgine contre les douleurs intenses. Le Dr S. _____, médecin-assistant, a constaté que le patient était bien réveillé, algique et nauséux et en a informé le Dr C. _____, chef de clinique de référence pour les patients opérés en chirurgie viscérale. Le même jour, entre 18h00 et 19h00, le Dr D. _____ s'est rendu au chevet de son patient pour lui indiquer que l'opération s'était bien déroulée. 2.3 Durant la

nuit du vendredi 17 juin 2011, à 2h00, Z._____ a été vu par l'infirmière V._____. Le patient présentait des douleurs à la palpation et un abdomen dur. Elle a appelé le Dr S._____ qui lui a donné l'ordre de poser une sonde vésicale qui a tout de suite donné 500 cc d'urine. A 9h00, le patient s'est plaint de brûlures au niveau urinaire. La sonde vésicale lui a dès lors été retirée. Le Dr S._____ a indiqué dans ses notes du 17 juin 2011 que le transit avait repris au gaz et que le patient était toujours ballonné, quoique moins algique. Informé qu'une sonde urinaire avait été posée en raison d'un blocage urinaire, le Dr D._____ est passé en fin de journée au chevet de son patient. Compte tenu de ses nausées, du fait qu'il n'avait toujours pas repris un transit complet et qu'une sonde avait dû lui être posée, le retour à domicile, prévu de manière standard au lendemain de telles opérations, a été repoussé d'un jour au moins. 2.4 Le samedi 18 juin 2011, entre 9h00 et 10h00, Z._____ a été vu par le Dr D._____, accompagné du Dr C._____ et du Dr K._____, médecin-assistant de garde, dans le cadre de la « grande visite » qui se fait tous les samedis à l'ensemble des patients. Il avait le ventre ballonné et douloureux et était constipé ; le patient n'était pas allé à la selle depuis le mercredi précédent. Après l'examen clinique, le Dr D._____ a prescrit

- 13 - un practoclyss, soit un petit lavement, et ordonné une prise de sang afin de rechercher une éventuelle inflammation ou infection. Les résultats de laboratoire du même jour à 16h00 ont révélé des valeurs hautement pathologiques, soit 500 de protéine relative à une potentielle inflammation (c-après : CRP) (elle devrait se situer entre 50 et 100 en phase post- opératoire), 71 de bilirubine (au lieu des 0 à 21 standards) et 14'000 de leucocytes (elles peuvent monter à 11-12 durant quelques jours après l'opération avant de redescendre à des valeurs standards). Le Dr D._____ a été tenu informé des résultats de laboratoire le même soir. Vers 16h30, Z._____ s'est à nouveau plaint de nausées et crachait des glaires. Informé de cela par l'infirmier F._____, le Dr K._____ lui a prescrit 10mg de Primperan sublingual, soit la plus petite dose existante. 2.5 Le dimanche 19 juin 2011, à 6h00, le Dr D._____, informé de la dégradation de l'état de son patient durant la nuit, a ordonné une nouvelle prise de sang. Celle-ci a notamment mis en évidence une CRP qui avait encore augmenté pour atteindre 552, une bilirubine toujours pathologique et une péjoration nette d'une fonction rénale déjà légèrement pathologique à l'admission. Cliniquement, le patient ressentait des douleurs, était ballonné, ainsi que dyspnéique, avec une saturation à 89%. Informé de ces résultats, le Dr D._____ s'est rendu entre 9h00 et 10h00 auprès de son patient et a pu constater que son état s'était encore dégradé, qu'il respirait nettement moins bien et qu'il était « clairement mal ». Sur la base de ces éléments, le Dr D._____ a émis l'hypothèse d'une embolie pulmonaire et demandé au Dr K._____ de faire un bon pour un scanner thoraco-abdomino-pelvien selon le protocole de recherche d'embolies pulmonaires, qui requiert l'application d'une importante quantité de produit de contraste intraveineux. Toutefois, au vu de l'insuffisance rénale aiguë dont souffrait le patient, aucun produit de contraste n'a pu être utilisé, empêchant ainsi l'évaluation d'une telle hypothèse.

- 14 - Le scanner a eu lieu aux alentours de 12h00. Le Dr D._____ a pris connaissance des images du scanner en temps réel. Il a analysé celles-ci avec le Dr C._____ et conclu à une pneumonie du lobe inférieur droit (foyer pulmonaire basal droit). Il a par ailleurs constaté, au niveau abdominal, une lame de liquide péri-hépatique, soit autour du foie, et également un peu de liquide autour de la rate. D'après le Dr D._____, les collections de liquide pouvaient provenir du sang, d'une perforation intestinale, de l'eau de rinçage ou

d'un épanchement de bile dans le ventre. Il a exclu les deux premières hypothèses qui auraient selon lui justifié une réopération d'urgence et considéré que l'eau de rinçage se résorberait naturellement. Quant à la dernière hypothèse émise, elle nécessitait d'après lui d'ordonner aux radiologues de procéder à un drainage percutané. Le Dr D. _____ a également constaté un iléus, soit un arrêt du transit, qui se reflète par une dilatation des anses qui ne se vident pas. Il a considéré que l'iléus était fonctionnel car aucun saut de calibre n'était visible au scanner. 2.6 L'analyse des images du scanner faite par le Dr D. _____ et son confrère différait de celle faite par le radiologue, le Dr A. _____. Selon ce dernier, les images montraient un saut de calibre dans le flanc droit, avec dilatation de l'air et des selles en amont de l'obstruction, ainsi que du liquide libre intrapéritonéal estimé à 1 litre, centré dans la région hépatique (le foie). L'ensemble évoquait pour le radiologue une obstruction mécanique du grêle avec fuite du liquide. La possibilité d'une perforation intestinale (biliaire moins probable) devait être évoquée. Après avoir pris connaissance des conclusions du radiologue, le Dr D. _____ a révisé les images en compagnie du Dr C. _____. Il a estimé, contrairement à ce qu'indiquait le Dr A. _____, qu'il n'y avait ni de bulle d'air extra-digestive, ni de saut de calibre indiquant un iléus mécanique. Le prévenu s'en est ainsi tenu à son diagnostic, renonçant à réopérer d'urgence son patient. Suivant son diagnostic, à savoir un épanchement de bile, le Dr D. _____ n'a pas ordonné un drainage percutané mais a donné l'ordre au Dr K. _____ de poser une sonde naso-gastrique sous aspiration dans

- 15 - l'estomac dans le but d'aspirer le liquide qui s'y trouvait. Cette sonde a été posée à 14h00 par l'infirmier F. _____ et a donné 400 ml de liquide gastrique. S'agissant de l'infection des poumons, le prévenu a prescrit un apport d'oxygène pour que le patient soit plus confortable, des séances de physiothérapie respiratoire, un traitement antibiotique à large spectre (TAZOBAC) et un liquide physiologique (RL) pour le réhydrater. En fin de journée, une demande à tout le moins d'évaluation, voire de prise en charge de Z. _____, a été présentée au Service des soins intensifs, qui a estimé que l'état du patient ne nécessitait pas une telle prise en charge. A 20h00, Z. _____ a arraché sa sonde naso-gastrique, il était agité et confus et a dit ne pas pouvoir uriner depuis la veille, soit le 18 juin 2011. A 21h30, le Dr N. _____, médecin-assistant de garde, contacté par l'infirmière B. _____ qui l'a informé de la situation, a ordonné de reposer une sonde naso-gastrique, qui a tout de suite ramené 500 ml. Il lui a également ordonné de mettre le patient sous oxygène et de poser une sonde vésicale, qui n'a pas donné d'urine. Enfin, il a demandé de contrôler sa saturation sanguine et expliqué que s'il continuait à présenter un état de confusion, il fallait lui donner de la distranéurine (anti-psychotique léger utilisé pour la confusion des personnes âgées). C'est dans le cadre de sa tournée de 22h00 que l'infirmière B. _____ a posé les sondes vésicale et naso-gastrique. Z. _____ était agité, mais orienté et disait vouloir rentrer à la maison. Le Dr N. _____ a à nouveau été informé de la situation par l'infirmière B. _____ et dit qu'il passerait plus tard auprès du patient. 2.7 A minuit, Z. _____ a été trouvé inanimé dans son lit. Malgré une tentative de réanimation cardio-pulmonaire, il n'a pas pu être sauvé. Le décès du prévenu a été constaté le lundi 20 juin 2011, à 00h25. Faute d'avis à la justice, aucune autopsie n'a pu être ordonnée. Les raisons du décès de Z. _____ ne sont ainsi pas établies avec certitude. 3.

- 16 - 3.1 Le 10 août 2012, le Prof. X. _____, médecin-chef de service au Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève, a rédigé un rapport d'expertise à l'attention du médecin cantonal vaudois dans le cadre d'une instruction portant sur une

suspicion de faute de l'art médical concernant le Dr D._____. D'après lui, le résultat du scanner effectué le 19 juin 2011 aurait dû conduire à réopérer le patient immédiatement. Selon l'expert, le suivi post-opératoire était marqué par la négligence et par une prise en charge médicale totalement défailante. Entendu le 18 décembre 2012, le Prof. X._____ a confirmé sur le fond la teneur de son rapport. 3.2 En cours d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise médicale a été confiée au Dr L._____. Dans son rapport du 7 février 2014, l'expert a indiqué qu'il y avait eu sous-estimation de la gravité de la situation par le Dr D._____, probablement déjà le 18 juin 2011, mais sans aucun doute le 19 juin 2011 au matin. Les résultats du scanner associés aux autres éléments de laboratoire et cliniques auraient justifié une révision chirurgicale immédiate. Le traitement effectué avait été trop peu agressif. L'expert a en outre détaillé les différentes stratégies qui auraient pu être appliquées et exposé que l'abstention thérapeutique avait cependant très vraisemblablement joué un rôle majeur dans le décès de Z._____, tout en relevant que l'absence d'autopsie rendait impossible la pondération des autres facteurs physiques possibles chez ce patient qui présentait par ailleurs de nombreux autres risques potentiels notamment cardiaques. Entendu le 19 juin 2014, le Dr L._____ a confirmé que l'attitude idéale était de réopérer immédiatement après les résultats du scanner du 19 juin 2011. Il a ajouté que le décès aurait très certainement pu être évité avec une réopération, laquelle aurait permis de bloquer le processus inflammatoire infectieux. Les chances que Z._____ ait survécu à l'ensemble du processus en cas de réopération étaient de 60 à 70%. Il a exposé que même si on ne connaissait pas de façon absolument certaine la cause du décès, la chronologie était telle entre le tableau clinique et la

- 17 - mort que la corrélation entre les suites de la péritonite et la mort étaient hautement vraisemblables, même si on ne pouvait exclure que Z._____ soit décédé d'un infarctus qui, dans une telle situation, aurait été favorisé par les problèmes préexistants qui en seraient la cause première. Le Dr L._____ a été réentendu aux débats, où il a confirmé les conclusions de son rapport et les compléments qu'il y avait apportés lors de son audition du 19 juin 2014. Il a ainsi réaffirmé que, pour lui, la cause la plus probable du décès était une défaillance multi-organique liée à une péritonite biliaire. S'agissant du traitement d'une lésion de la voie biliaire principale, l'expert a expliqué qu'il dépendait de la nature de la lésion. Pour connaître cette dernière, il fallait procéder à une cholangiographie rétrograde endoscopique (ci-après : ERCP), examen probablement impossible à l'Hôpital de Payerne si bien que le patient aurait dû être transféré à Lausanne. Opérer était également, d'après l'expert, l'une des possibilités, une laparoscopie ayant d'après lui permis de savoir ce qu'était ce liquide et d'où il venait. Il a toutefois indiqué qu'il recommandait de faire une ERCP. Il a confirmé qu'une recherche plus active s'imposait d'après lui, même s'il y avait différentes stratégies possibles, la seule qui ne marchait pas étant d'attendre. Il a estimé que, dans le 90% des cas, un traitement adéquat et effectué suffisamment tôt de la péritonite biliaire permettait d'éviter le décès. Selon lui, il y avait 20 à 30% d'incertitude sur les causes du décès, autrement dit que celui-ci soit lié à toute autre cause que le tableau qui était connu. 3.3 Aux débats, le tribunal a encore entendu le Dr J._____, médecin-chef du Service de chirurgie viscérale au CHUV, plus particulièrement responsable de la chirurgie hépatobiliaire et pancréatique depuis 2003. Ce praticien a validé le choix de procéder à un scanner. Il a encore déclaré que dans une situation post-opératoire, si le malade allait bien, et qu'il n'y avait pas de dégradation de son état, on procédait à une réanimation, c'est-à-dire qu'on le mettait en soins continus pour surveiller tous les paramètres vitaux. Il a expliqué que c'était au chirurgien de poser l'indication pour réintervenir, soit s'il y avait de la bile, de

l'hémopéritoine ou du sang dans la cavité abdominale, le délai pour agir dépendant de

- 18 - l'état clinique du patient. Si ce dernier était en soins continus et que ses paramètres vitaux n'étaient pas menacés, il n'y avait pas d'urgence à intervenir. 4. Par déclaration du 27 octobre 2012, I. _____, fille de Z. _____, s'est constituée partie plaignante, demandeur au pénal. En droit : 1. Selon l'art. 399 al. 1 CPP (Code de procédure pénale suisse du 5 octobre 2007; RS 312.0), l'appel doit être annoncé dans les dix jours qui suivent la communication du jugement, soit la remise ou la notification du dispositif écrit. La déclaration d'appel doit, quant à elle, être déposée dans les vingt jours à compter de la notification du jugement motivé (art. 399 al. 3 CPP). Le Ministère public a, de droit, la qualité pour faire appel, en application de l'art. 381 al. 1 CPP. En l'occurrence, dans ses déterminations écrites, le prévenu a principalement conclu à l'irrecevabilité de l'appel déposé par le Ministère public, subsidiairement à son rejet. A l'audience d'appel, il n'a à juste titre pas confirmé sa conclusion en irrecevabilité. En effet, interjeté dans les formes et délais légaux contre un jugement d'un tribunal de première instance ayant clos la procédure (art. 398 al. 1 CPP), l'appel est recevable. 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 (a) pour violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation, le déni de justice et le retard injustifié, (b) pour constatation incomplète ou erronée des faits et (c) pour inopportunité (al. 3).

- 19 - L'appel doit permettre un nouvel examen au fond par la juridiction d'appel. Celle-ci ne doit pas se borner à rechercher les erreurs du juge précédent et à critiquer le jugement de ce dernier ; elle doit tenir ses propres débats et prendre sa décision sous sa responsabilité et selon sa libre conviction, qui doit reposer sur le dossier et sa propre administration des preuves. L'appel tend à la répétition de l'examen des faits et au prononcé d'un nouveau jugement (Luzius Eugster, in : Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, JugendStrafprozessordnung, 2e éd., Bâle 2014, n. 1 ad art. 398 CPP). 3. 3.1 L'appelant soutient qu'en écartant les conclusions de l'expertise au bénéfice des explications de D. _____, de surcroît sans motivation, les premiers juges ont commis une appréciation arbitraire des preuves, violant ainsi l'art. 9 Cst. 3.2 Comme tous les autres moyens de preuve, les expertises sont soumises à l'appréciation du juge. Il ne peut toutefois s'en écarter sans motifs valables et sérieux. Il est notamment admis qu'il le fasse, lorsque, dans son rapport, l'expert s'est contredit, lorsqu'il s'est écarté dans un rapport complémentaire de l'avis exprimé dans un premier rapport, lorsqu'une nouvelle expertise ordonnée aboutit à des conclusions différentes ou encore lorsqu'une expertise est fondée sur des pièces ou sur des témoignages dont la valeur probante ou le contenu sont appréciés différemment par le juge. Il faut donc que des circonstances bien établies viennent ébranler sérieusement la crédibilité de l'expertise pour que le juge puisse s'en écarter et il doit alors motiver sa décision sur ce point (ATF 133 II 384 consid. 4.2.3; ATF 129 I 49 consid. 4; ATF 128 I 81 consid. 2; ATF 118 Ia 144 consid. 1c ; ATF 107 IV 7 consid. 5 p. 8 et les arrêts cités). 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 les doutes. A défaut, en se fondant sur une expertise non concluante, il pourrait commettre une

- 20 - appréciation arbitraire des preuves et violer l'art. 9 Cst (ATF 118 Ia 144 consid. 1c p. 146). 3.3 En l'espèce, contrairement à ce que soutient l'appelant, le Tribunal correctionnel n'a pas écarté les dires de l'expert sans motivation, mais les a au contraire analysés de manière pertinente, mettant en lumière que l'expert n'était pas affirmatif sur ce qu'il aurait

fallu faire. Les premiers juges ont encore confronté les observations de l'expert aux déclarations de deux autres spécialistes, pour constater que leur position n'était pas unanime. On ne saurait ainsi dire que les premiers juges se sont écartés sans raison de l'expertise, puisqu'ils ont procédé à une appréciation exhaustive des éléments du dossier. 4. 4.1 Le Ministère public soutient que compte tenu des informations dont le prévenu disposait et de son expérience en qualité de médecin- chef, le fait pour ce dernier de ne pas avoir opéré son patient le 18 juin 2011 ou à tout le moins de ne pas avoir investigué pour trouver la cause de la fuite et si nécessaire la traiter serait une violation du devoir prudence qui lui incombait. Cette violation constituerait la faute en relation de causalité avec le décès, dès lors qu'un traitement adéquat et pratiqué suffisamment tôt aurait entraîné un taux de réussite estimé par l'expert à 90%. 4.2 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 la réunion de trois conditions: le décès d'une personne, une négligence et un lien de causalité entre la négligence et la mort (ATF 122 IV 145 consid. 3; TF 6B_512/2010 du 26 octobre 2010 consid. 2.1).

- 21 - 4.2.1 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, deux conditions doivent être remplies pour qu'il y ait négligence. En premier lieu, il faut 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). 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. Dans les domaines d'activités régis par des dispositions légales, administratives ou associatives reconnues, destinées à assurer la sécurité et à éviter des accidents, le devoir de prudence comprend en particulier le respect de ces dispositions (ATF 122 IV 133 consid. 2a p. 135, TF 6B_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B_748/2010 et 6B_753/2010 du 23 décembre 2010 consid. 4.1). En second lieu, 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 et les références citées). L'infraction de lésions corporelles par négligence suppose en règle générale un comportement actif. Elle peut toutefois aussi être commise par un comportement passif contraire à une obligation d'agir (cf. art. 11 al. 1 CP). N'importe quelle obligation juridique ne suffit pas. Lorsque l'homicide par négligence résulte d'une omission (délict d'omission improprement dit), la réalisation de l'infraction suppose, en outre, que la

- 22 - personne à laquelle l'infraction est imputée se trouvait, au moment de son omission, dans une situation de garant, c'est-à-dire que l'auteur se soit trouvé dans une situation qui l'obligeait à ce point à protéger un bien déterminé contre des dangers indéterminés (devoir

de protection), ou à empêcher la réalisation de risques connus auxquels des biens indéterminés étaient exposés (devoir de surveillance), que son omission peut être assimilée au fait de provoquer le résultat par un comportement actif (art. 11 al. 2 et 3 CP; ATF 136 IV 188 consid. 6.2; ATF 134 IV 255 consid. 4.2.1 ; TF 6B_369/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.1 ; TF 6B_1/2011 du 31 août 2011 consid. 2.1). La loi énumère plusieurs situations pouvant fonder une position de garant, savoir la loi, un contrat, une communauté de risques librement consentie ou la création d'un risque (art. 11 al. 2 CP). Il est ainsi généralement admis que le médecin et du personnel soignant vis-à-vis de leurs patients (Dupuis et alii, Petit commentaire, Code pénal, Bâle 2012, n. 11 ad art. 11 CP). Pour délimiter les responsabilités en cas de travail médical en équipe, la doctrine pénale recourt au principe de la confiance (Trechsel/Jean-Richard dit-Bressel, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar, 2e éd., 2013, n° 11 ad art. 11 CP; José Hurtado Pozo, Droit pénal, Partie générale, 2008, n° 1376 ss), développé en matière de circulation routière, selon lequel tout conducteur peut compter, en l'absence d'indice contraire, avec une certaine prudence des autres personnes (ATF 118 IV 277 consid. 4). De la même manière, en cas de division horizontale du travail, chaque travailleur doit pouvoir légitimement s'attendre que son collègue respectera ses devoirs, tant qu'aucune circonstance ne laisse présumer le contraire. En cas de répartition verticale, la doctrine subordonne le principe de la confiance à l'obligation, pour le supérieur, de choisir un auxiliaire qualifié, de lui donner les instructions nécessaires et de le surveiller correctement (cura in eligendo, custodiendo et instruendo; Kurt Seelmann, in Basler Kommentar, Strafrecht I, vol. I, 2013, n° 41 ad art. 11 CP p. 22; Robert Roth, Le droit pénal face au risque et à l'accident individuels, Lausanne 1987, p. 88 ss; ATF 120 IV 300 consid. 3d/bb). Selon la jurisprudence, la particularité de l'art médical réside dans le fait que le médecin doit, avec ses connaissances et ses capacités,

- 23 - 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 et d'appréciation laissé au médecin, des moyens à disposition et de l'urgence de l'acte médical. La responsabilité civile 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. Cette notion ne doit toutefois 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 ses devoirs 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 pas aux exigences objectives de l'art médical (ATF 130 IV 7, JT 2004 I 497, consid. 3.3 et les réf. cit.). 4.2.1.1 En l'espèce, les premiers juges ont retenu que D. _____ avait rendu visite à Z. _____ le soir même pour lui indiquer que l'opération s'était bien déroulée. Il s'était à nouveau rendu au chevet de son patient le lendemain et, vu son état, avait décidé de reporter son retour à domicile d'un jour au moins. Le samedi 18 juin 2011, il avait à nouveau vu Z. _____ lors de la «

grande visite » et avait procédé à un examen clinique. Vu l'état du patient, il avait demandé des analyses de laboratoire dont les résultats étaient arrivés à 16 heures. Il avait prescrit un petit lavement. Le médecin de garde avait également prescrit une médication au patient. Le prévenu n'avait ensuite plus entendu parler de Z. _____

- 24 - jusqu'au 19 juin 2011. Il avait alors eu connaissance des résultats des analyses de laboratoire du jour même lors de la visite qui avait eu lieu entre 9 et 10 heures. L'évolution n'étant pas favorable, si ce n'était s'agissant du taux de bilirubine, le prévenu avait ordonné en urgence un scanner. Après avoir pris connaissance des résultats de ce scanner, il avait décidé d'un traitement conservateur, à savoir la mise en place d'une sonde naso-gastrique et de la physiothérapie respiratoire. Il avait également demandé que le patient soit surveillé ou à tout le moins évalué par les soins intensifs. Le prévenu pouvait donc partir du principe que ses collaborateurs feraient le nécessaire. C'était du reste ce qu'avait expliqué l'expert L. _____. En outre, l'instruction avait permis d'établir que le nécessaire avait été fait et que les collègues des soins continus avaient estimé qu'une prise en charge par leurs services ne se justifiait pas vu l'état du patient. Dans la mesure où Z. _____ n'avait pas de fièvre, le prévenu avait estimé qu'il n'y avait pas lieu de prendre d'autres mesures et qu'il suffisait de suivre l'évolution. Après avoir été informé, le 19 juin 2011 vers 17 ou 18 heures, par le chef de clinique, que les soins intensifs avaient jugé que le traitement était adéquat et qu'il n'y avait pas matière à une autre prise en charge, le Dr D. _____ n'avait plus entendu parler du patient jusqu'à ce qu'il apprenne son décès le 20 juin 2011 au matin lorsqu'il était allé reprendre son service. Le Tribunal correctionnel a ensuite relevé les différentes analyses des divers médecins qui se sont exprimés : l'expert L. _____ n'avait pas été catégorique sur les mesures qui auraient pu être prises vu l'état de Z. _____; il avait dans un premier temps évoqué une réopération immédiate, puis avait indiqué qu'il aurait fallu procéder à une ERCP, afin de voir s'il y avait une indication pour une réopération, et avait finalement insisté sur le fait qu'il fallait agir ; le Prof. X. _____, qui ne disposait pas, lors de son rapport et de son audition, d'un dossier aussi complet que celui remis au Dr L. _____, s'était pour sa part borné à indiquer qu'il fallait immédiatement réopérer ; quant au Dr J. _____, il avait notamment indiqué que si les paramètres vitaux du patient n'étaient pas menacés, il n'y avait pas d'urgence à intervenir.

- 25 - Sur la base de ces différents avis, les premiers juges ont considéré qu'il n'était pas possible de retenir que D. _____ avait violé les devoirs de la prudence qui s'imposaient à lui, que compte tenu des informations dont il disposait, il avait pris les mesures qu'il estimait utiles et qu'il était facile d'analyser a posteriori une situation et de retenir dans ce cadre qu'il aurait fallu prendre d'autres dispositions que celles choisies au moment des faits, relevant que les différents spécialistes entendus en cours d'instruction n'étaient pas unanimes sur ce qui aurait dû être fait. 4.2.1.2 En l'occurrence, on doit admettre avec les premiers juges qu'il n'est pas possible de déterminer avec précision et certitude quelle autre mesure D. _____ aurait dû prendre. Il est vrai que l'expert L. _____ a d'abord affirmé, à l'instar du Prof. X. _____, qui a procédé à son analyse de la situation uniquement sur la base du dossier médical du défunt durant son séjour à l'HIB et dont l'avis doit être considéré avec circonspection, qu'au plus tard le 19 juin 2011, au vu de l'ensemble des éléments pathologiques réunis et des résultats du scanner, le prévenu aurait dû réopérer son patient. Aux débats, l'expert a cependant nuancé ses explications. Il a en effet indiqué que le traitement d'une lésion de la voie biliaire principale dépendait de la nature de la lésion. Pour connaître cette dernière, il fallait procéder à une ERCP, examen impossible à

effectuer à l'Hôpital de Payerne, si bien que le patient aurait dû être transféré à Lausanne. Opérer était selon l'expert l'une des possibilités, une laparoscopie ayant permis de savoir ce qu'était le liquide présent dans l'abdomen de Z._____ et d'où il venait. Il a ajouté qu'il recommandait de faire une ERCP. Il a confirmé qu'une recherche plus active s'imposait, quand bien même d'autres stratégies étaient possibles. Quant au Dr J._____, il a indiqué qu'il n'y avait pas d'urgence à intervenir. Compte tenu des éléments qui précèdent, on ne saurait retenir que D._____ a violé les devoirs de prudence qui s'imposaient à lui. Les explications de l'expert ont en effet varié en cours de procédure et ne sont pas suffisamment claires pour établir avec précision et certitude les

- 26 - mesures que le prévenu auraient dû prendre. Les différents spécialistes entendus ne sont d'ailleurs pas unanimes sur ce point. A cela s'ajoute que le prévenu n'est pas resté inactif, mais qu'il s'est au contraire soucieux de son patient. A cet égard, on ne saurait suivre le Ministère public qui semble reprocher au Tribunal d'avoir retenu que D._____ avait demandé une prise en charge de Z._____ par les soins intensifs. Le Parquet se dit en effet étonné que les premiers juges aient pu se convaincre de la version des collaborateurs du prévenu, qui affirment se souvenir qu'une demande de prise en charge par les soins intensifs a dû être faite, plutôt que de celle des médecins des soins intensifs, qui déclarent n'avoir jamais reçu une telle demande, alors que le doute aurait dû prévaloir. Sur ce point, l'appelant perd de vue que le doute doit profiter à l'accusé et que c'est donc à juste titre que les premiers juges ont retenu que le prévenu avait demandé à tout le moins une évaluation, voire une prise en charge de Z._____ par le Service des soins intensifs. 4.2.2 Enfin, même à supposer qu'il y ait eu violation des devoirs de prudence par le prévenu, ce qui n'est pas établi, il doit exister un rapport de causalité naturelle et adéquate entre le comportement que l'on reproche à l'auteur et le décès de la victime. Or, comme on le verra ci-après, tel n'est pas le cas en l'espèce. 4.2.2.1 Un comportement est la cause naturelle d'un résultat s'il en constitue l'une des conditions sine qua non. Selon la jurisprudence, il y a causalité adéquate lorsque l'acte incriminé est propre, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, à entraîner un résultat du genre de celui qui s'est produit (ATF 131 IV 145 consid. 5.1; ATF 127 IV 62 consid. 2d; ATF 126 IV 13 consid. 7a/bb et les arrêts cités). Face à une infraction de commission par omission où l'on reproche à l'auteur son inaction fautive, la problématique du lien de causalité entre l'omission et le résultat dommageable se pose sous un angle quelque peu différent. Dans ce contexte, il faut être à même de mettre en exergue un lien de causalité hypothétique entre le comportement que l'auteur aurait dû adopter et le résultat typique. Il s'agit d'établir avec un degré de

- 27 - vraisemblance confinant à la certitude, que l'accomplissement de ce que l'auteur a omis d'exécuter contrairement aux devoirs qui lui incombent aurait permis d'éviter la survenance du résultat, conformément à la théorie de la vraisemblance (Dupuis et al. [éd.], op.cit., n. 12 ad art. 117 CP ainsi que les références citées). 4.2.2.2 En l'occurrence, les premiers juges, en se fondant sur les déclarations de l'expert aux débats, qui a estimé les chances que Z._____ ait survécu à l'ensemble du processus en cas de réopération à 60 ou 70 %, ont considéré qu'il n'était pas possible de retenir avec une vraisemblance confinant à la certitude que Z._____ ne serait pas décédé s'il avait été réopéré tout de suite. En outre, comme il n'était pas non plus possible d'indiquer avec précision et certitude ce que le prévenu aurait dû faire d'autre, il n'était pas certain que Z._____ ne soit pas tout de même décédé si le prévenu avait agi différemment. Par ailleurs, un doute sérieux subsistait quant aux causes du décès du prévenu, dès lors qu'aucune autopsie n'avait été

pratiquée. Par conséquent, le lien de causalité entre la prétendue omission de D. _____ et le décès de Z. _____ faisait défaut. Cette appréciation des premiers juges doit être suivie. En particulier, l'appelant, qui fait valoir qu'un traitement adéquat et pratiqué suffisamment tôt aurait entraîné un taux de réussite de 90%, s'écarte des constatations de l'expert. En effet, celui-ci a indiqué qu'il n'avait pas de chiffres de littérature en tête sur le taux de mortalité en cas de traitement adéquat d'une péritonite biliaire, mais a estimé qu'en cas de traitement adéquat et pratiqué suffisamment tôt, le taux de réussite était de 90%. L'expert a ainsi uniquement répondu par un pourcentage statistique en rapport à d'autres situations. Or, dans le cas de Z. _____, l'expert a indiqué qu'il y avait 20 à 30% d'incertitude que le décès de ce dernier soit lié à toute autre cause que le tableau qui était connu. Il a ajouté que les chances que le prénommé ait survécu à l'ensemble du processus en cas de réopération étaient de 60 à 70%. L'appelant ne remet d'ailleurs pas en cause ces déclarations, qu'il omet même de mentionner.

- 28 - 4.3 Au vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que les premiers juges ont libéré D. _____ du chef de prévention d'homicide par négligence. 5. Dans la mesure où une négligence coupable ne saurait être retenue à l'encontre de D. _____ (cf. consid. 4.2.1.2 supra), respectivement où un comportement fautif et contraire à une règle juridique, qui soit en relation de causalité avec les frais imputés, n'entre pas en ligne de compte (cf. ATF 119 Ia 332 consid. 1b; 116 Ia 162 consid. 2c), il convient de rejeter la conclusion subsidiaire du Ministère public tendant à la mise des frais judiciaires de première instance à la charge du prévenu, en application de l'art. 426 al. 2 CPP. Les principes qui régissent la condamnation aux frais d'un prévenu libéré (art. 426 al. 2 CPP) valent également, mutatis mutandis, pour le refus d'une indemnité au sens de l'art. 430 al. 1 let. a CPP (TF 1B.179/2011 du 17 juin 2011 consid. 4.2; J. Pitteloud, Code de procédure pénale suisse, Commentaire à l'usage des praticiens, 2012, n. 1314). Ainsi, le sort réservé aux frais est en règle générale le même que pour les indemnités (ATF 137 IV 352 consid. 2.4.2; J. Pitteloud, op.cit., n. 1335). Par conséquent, l'allocation à D. _____ d'une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 57'931 fr. 70, valeur échue, montant à la charge de l'Etat, doit être confirmée. 6. En définitive, l'appel du Ministère public doit être rejeté et le jugement attaqué confirmé. Vu l'issue de la cause, les frais de la procédure d'appel, constitués de l'émolument d'arrêt, par 2'900 fr. (art. 21 al. 1 et 2 TFIP [Tarif des frais de procédure et indemnités en matière pénale du 28 septembre 2010 ; RSV 312.03.1]), et de l'indemnité allouée au conseil

- 29 - d'office d'I. _____, arrêtée à 777 fr. 60, TVA et débours inclus, seront laissés à la charge de l'Etat (art. 423 al. 1 CPP). Voyant son acquittement confirmé, D. _____ a droit à une indemnité pour l'exercice raisonnable de ses droits de procédure dans le cadre de l'appel (art. 429 al. 1 let. a CPP). Le recours au service d'un avocat se justifiait en effet en deuxième instance, dès lors que le Ministère public avait formé un appel. Au vu de la liste des opérations produites par son défenseur et de l'ensemble des circonstances, le montant de l'indemnité doit être arrêté sur la base d'une durée d'activité utile de son mandataire de 10 heures, à 350 fr. l'heure, auquel il convient d'ajouter 280 fr. pour couvrir les frais liés à la TVA. Cela représente un montant total de 3'780 fr., à la charge de l'Etat. La Cour d'appel pénale, appliquant les art. 398 ss CPP, prononce : I. L'appel est rejeté. II. Le jugement rendu le 29 octobre 2015 par le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois est confirmé selon le dispositif suivant : "I. libère D. _____ du chef de prévention d'homicide par négligence; II. renvoie I. _____ à agir par la voie

civile contre D. _____; III. alloue à D. _____ une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 57'931 fr. 70, valeur échue, montant à la charge de l'Etat;

- 30 - IV. ordonne la restitution à l'Hôpital intercantonal de La Broye à Payerne une fois jugement définitif et exécutoire du dossier médical de feu Z. _____ séquestré sous fiche n° 225; V. ordonne le maintien au dossier à titre de pièce à conviction du CD qui y figure déjà sous fiche n°317; VI. laisse l'entier des frais de la cause à la charge de l'Etat, y compris l'indemnité allouée à Me Amédée Kasser, conseil d'office d'I. _____, indemnité arrêtée à 11'515 fr. 50." III. Une indemnité au sens de l'art. 429 al. 1 let. a CPP d'un montant de 3'780 fr. est allouée à D. _____ pour la procédure d'appel, à la charge de l'Etat. IV. Les frais d'appel, par 3'677 fr. 60, y compris l'indemnité allouée à Me Amédée Kasser, conseil d'office d'I. _____, arrêtée à 777 fr. 60, sont laissés à la charge de l'Etat.

- 31 - V. Le jugement motivé est exécutoire. Le président : La greffière : Du 26 avril 2016
Le dispositif du jugement qui précède est communiqué à l'appelant et aux autres intéressés.
La greffière : Du Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi d'une copie complète, à : - Me Cédric Aguet, avocat (pour D. _____),
- Me Amédée Kasser, avocat (pour I. _____), - Ministère public central, une copie du dispositif est adressée à : - M. le Président du Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois, - Mme la Procureure du Ministère public central, division affaires spéciales, contrôle et mineurs, par l'envoi de photocopies.

- 32 - Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière pénale devant le Tribunal fédéral au sens des art. 78 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral – RS 173.110). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF). En vertu de l'art. 135 al. 3 let. b CPP, le présent jugement peut, en tant qu'il concerne l'indemnité d'office, faire l'objet d'un recours au sens des art. 393 ss CPP devant le Tribunal pénal fédéral (art. 37 al. 1 et 39 al. 1 LOAP [Loi fédérale du 19 mars 2010 sur l'organisation des autorités fédérales; RS 173.71]). Ce recours doit être déposé devant le Tribunal pénal fédéral dans un délai de dix jours dès la notification de l'arrêt attaqué (art. 396 al. 1 CPP). La greffière :

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