

**JUGEMENT DE LA COUR D'APPEL PENALE**

---

---

Audience du 11 juin 2012

---

Présidence de Mme BENDANI, présidente  
Juges : MM. Battistolo et Meylan  
Greffière : Mme Brabis Lehmann

\*\*\*\*\*

Parties à la présente cause :

**B.**\_\_\_\_\_, prévenu, représenté par Me Antoine Eigenmann, défenseur de choix à Lausanne, appelant,

**L.**\_\_\_\_\_, prévenu, représenté par Me Jérôme Bénédic, défenseur de choix à Lausanne, appelant,

et

**A.P.**\_\_\_\_\_, **C.P.**\_\_\_\_\_, **B.P.**\_\_\_\_\_ et **D.P.**\_\_\_\_\_, parties plaignantes, représentés par Me Joël Crettaz, conseil de choix à Lausanne, intimés,

**Ministère public**, représenté par le Procureur de l'arrondissement de Lausanne intimé

La Cour d'appel pénale considère :

**En fait :**

**A.** Par jugement du 12 décembre 2011, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de Lausanne a constaté que B.\_\_\_\_\_ s'est rendu coupable d'homicide par négligence (I), l'a condamné à une peine pécuniaire de 120 jours-amende à 300 fr. (II), avec sursis pendant deux ans (III), constaté que L.\_\_\_\_\_ s'est rendu coupable d'homicide par négligence (IV) l'a condamné à une peine pécuniaire de 60 jours-amende à 300 fr. (V) avec sursis pendant deux ans (VI), donné acte de leurs réserves civiles à A.P.\_\_\_\_\_, B.P.\_\_\_\_\_, C.P.\_\_\_\_\_ et D.P.\_\_\_\_\_ (VII), dit que B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ sont solidairement débiteurs de A.P.\_\_\_\_\_, B.P.\_\_\_\_\_, C.P.\_\_\_\_\_ et D.P.\_\_\_\_\_ de la somme de 23'560 fr., à titre de juste indemnité, étant précisé que la répartition interne sera de deux tiers pour B.\_\_\_\_\_ et d'un tiers pour L.\_\_\_\_\_ (VIII), ordonné la confiscation des dossiers et CD-ROM séquestrés sous fiches 42191, 42192, 42193 et 47149 et dit qu'ils seront maintenus au dossier à titre de pièces à conviction (IX) et mis les frais par 27'255 fr. 80 à la charge de B.\_\_\_\_\_ et par 14'582 fr. 25 à la charge de L.\_\_\_\_\_ (X).

**B.** Le 21 décembre 2012, B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont formé appel contre le jugement précité.

Par déclaration d'appel motivée du 31 janvier 2012, l'appelant B.\_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais, principalement à la réforme du jugement entrepris en ce sens qu'il est libéré de l'infraction d'homicide par négligence, que les prétentions civiles des parties plaignantes sont rejetées et subsidiairement que celles-ci sont renvoyées à faire valoir leurs prétentions par la voie civile et qu'il est libéré d'une juste indemnité en faveur des parties plaignantes ainsi que des frais de la procédure de première instance. Subsidiairement, il a requis l'annulation du jugement attaqué et le renvoi de la cause au Tribunal correctionnel de

l'arrondissement de Lausanne pour nouveau jugement dans le sens des considérants.

Par déclaration d'appel motivée du 31 janvier 2012, l'appelant L.\_\_\_\_\_ a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme des chiffres IV à VI, VIII et X du jugement entrepris, en ce sens qu'il est libéré de l'accusation d'homicide par négligence et qu'il n'est pas tenu de verser une juste indemnité aux parties plaignantes ni de prendre à sa charge tout ou partie des frais de l'enquête. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation du jugement attaqué. Il a également requis l'audition des Dr T.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ et du Professeur H.\_\_\_\_\_, moyens de preuve rejetés par la Présidente de la Cour d'appel pénale par courrier du 22 mars 2012.

Par courrier du 27 avril 2012, B.\_\_\_\_\_ a requis l'audition du Professeur M.\_\_\_\_\_, rédacteur d'un rapport médical du 13 avril 2012 produit par l'appelant. La Présidente de la Cour d'appel pénale a rejeté cette réquisition de preuve.

Par courrier du 9 mai 2012, L.\_\_\_\_\_ a renouvelé sa requête en audition des experts T.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Cette requête a été rejetée le 15 mai 2012 par la Présidente de la Cour d'appel pénale.

Par courrier du 4 juin 2012, B.\_\_\_\_\_ a produit deux articles scientifiques.

Lors de l'audience d'appel du 11 juin 2012, les appelants B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont confirmé leurs conclusions respectives. Le Ministère public et les plaignants ont conclu au rejet des appels.

**C.** Les faits retenus sont les suivants :

**1.**

**1.1.** Né le 5 avril 1948 à Bâle, B.\_\_\_\_\_ a étudié la médecine à Lausanne et obtenu son diplôme en 1974. Spécialisé en chirurgie depuis

1982, il exerce son art à D.\_\_\_\_\_ depuis 1984. S'il travaille également en collaboration avec d'autres cliniques, B.\_\_\_\_\_ travaille principalement à D.\_\_\_\_\_. Veuf, le prévenu partage sa vie avec J.\_\_\_\_\_, infirmière, entendue comme témoin au cours des débats. Lors des débats de première instance, le prévenu a expliqué qu'il effectuait de quinze à vingt opérations par semaine, lui rapportant en moyenne 800 fr. à 1'000 fr. tout compris, au tarif Tarmed. Selon les indications que lui a fournies sa fiduciaire, son revenu mensuel net moyen est de 14'700 francs. Sa compagne, en sa qualité d'infirmière cadre, gagne environ 6'000 fr. par mois. Sa fortune se compose d'un immeuble évalué à 950'000 francs. Il paie 1'300 fr. de charge hypothécaire, sur une hypothèque totale en capital de 390'000 fr. et 410 fr. par mois d'assurance-maladie. Il n'a pas de dettes.

Le casier judiciaire suisse de B.\_\_\_\_\_ est vierge.

**1.2.** Né le 9 mai 1954 à Pully, L.\_\_\_\_\_ a également étudié la médecine à Lausanne où il a obtenu son diplôme en 1980. Spécialisé en anesthésiologie depuis 1990, il travaille en qualité d'anesthésiste à D.\_\_\_\_\_ depuis 1997. Marié, son épouse exerce en qualité de gynécologue en pratique privée. L.\_\_\_\_\_ gagne environ 650'000 fr. par an et son épouse environ 190'000 francs. Sa fortune se compose d'un appartement et d'un chalet. Il paie environ 4'000 fr. de charges hypothécaires, 340 fr. d'assurance-maladie, 1'290 fr. d'assurance-maladie pour le reste de sa famille et 6'500 fr. par mois de frais d'acquisition du revenu. Il n'a pas de dettes.

Le casier judiciaire suisse de L.\_\_\_\_\_ est également vierge.

**2.** Le 8 février 2006, sur conseil de son médecin de famille, E.P.\_\_\_\_\_, né le 13 novembre 1936, a consulté B.\_\_\_\_\_, à la suite d'un diagnostic posé de tumeur du côlon ascendant, défini comme un adénocarcinome moyennement différencié. Un scanner du 9 février 2006 a confirmé le diagnostic et permis d'exclure des atteintes métastatiques d'autres organes. Une intervention chirurgicale curative a par conséquent

été prévue, aucun motif médical ne s'y opposant aux premiers examens. Une chirurgie micro-invasive, par laparoscopie, a été élue.

E.P. \_\_\_\_\_ a effectué deux visites préopératoires les 15 et 16 février 2006.

Le mercredi 15 février 2006, à 15h00, E.P. \_\_\_\_\_ a été admis à D. \_\_\_\_\_ en vue de l'opération prévue pour le lendemain.

Le jeudi 16 février 2006, B. \_\_\_\_\_ a pratiqué sur E.P. \_\_\_\_\_ une hémicolectomie droite coelio-assistée, avec l'assistance du Dr W. \_\_\_\_\_. V. \_\_\_\_\_ a officié comme médecin-anesthésiste. Pour procéder à l'intervention, un pneumopéritoine a été créé. L'opération par laparoscopie a pu être filmée grâce à la caméra du laparoscope. Toutefois, l'anastomose, autrement dit, en termes profanes, la suture des deux moignons d'intestin, qui s'est faite en dehors du corps de la victime a été réalisée sans l'aide du laparoscope et n'a donc pas été filmée. L'exploration chirurgicale n'a pas révélé d'extensions de la tumeur dans les organes et tissus adjacents. L'opérateur a procédé à une résection de la partie atteinte du côlon, puis à une anastomose iléo-colique latéro-latérale fermée par des agrafes.

Le jeudi 16 février 2006, vers 16h30, E.P. \_\_\_\_\_ est arrivé en salle de réveil, avec une antalgie péridurale. A 17h50, il s'est plaint de douleurs au niveau de la nuque, sur le côté droit. Il a ensuite rejoint sa chambre à 19h00, où il a fait état de douleurs au niveau des épaules. Plus tard dans la soirée, B. \_\_\_\_\_ est venu le voir pour lui faire un compte-rendu du déroulement de l'intervention.

Le vendredi 17 février 2006, à 6h00, E.P. \_\_\_\_\_ présentait une température corporelle de 38,2 °C et exprimait des douleurs au niveau des épaules, toujours présentes aux alentours de 9h00. A ce moment, il a déclaré se sentir très fatigué. Sa pression artérielle affichait alors des valeurs de 80/45, avec une fréquence cardiaque de 88 pulsations par minute. Jusqu'à 14h00, sa tension a été mesurée deux fois à 90/50, avec

des pulsations variant entre 76 et 80 occurrences par minute. Sa température corporelle était toujours de 38° C.

Le dossier médical indique qu'aux alentours de 12h00, il s'est plaint de douleurs, sans toutefois en préciser la localisation, que son ventre était "tout gonflé", que son faciès était "blanc" et qu'il avait envie de vomir. Ces symptômes ont eu pour conséquence qu'à 12h35, le Dr V.\_\_\_\_\_ lui a prescrit 30 mg de Toradol, substance antalgique, par voie intraveineuse. Le patient s'est senti mieux après une vingtaine de minutes. Entre 14h00 et 15h50, la victime a verbalisé à nouveau un ressenti de douleurs au niveau des épaules. C'est à peu près à la même heure, d'après le dossier médical, qu'il a eu des selles pour la première fois depuis son opération.

B.\_\_\_\_\_ est venu voir son patient au cours de la journée du vendredi.

A 21h00, E.P.\_\_\_\_\_ s'est plaint de douleurs abdominales. Il présentait une hypotension, sa pression artérielle affichant des valeurs de 70/50, avec 80 battements du cœur par minute. Le personnel infirmier en a informé la Doctoresse Q.\_\_\_\_\_, anesthésiste de garde, qui a ordonné que l'on administre au patient plus de volume de liquide afin de faire remonter sa pression. Elle a ensuite contacté par téléphone B.\_\_\_\_\_, aux alentours de 21h20. Ce dernier lui a dit qu'il ne fallait pas s'inquiéter pour l'instant. Ces symptômes se sont estompés vers 22h00, l'abdomen de E.P.\_\_\_\_\_ demeurant toutefois encore très ballonné et sa douleur jugée à 4 sur une échelle de 10.

Le samedi 18 février 2006, à 6h00, le patient déclarait toujours avoir des douleurs aux épaules, son abdomen étant quant à lui décrit comme un peu plus souple, sans gaz et sans nausées. A 8h00, il a cependant exprimé avoir des douleurs abdominales. Du Toradol lui a alors été administré et le débit de la chirocaïne, un antalgique diffusé par la péridurale, a été augmenté. A 10h15, le Dr V.\_\_\_\_\_ est passé voir son patient, lequel était de nouveau algique. Cet anesthésiste a alors effectué

"un test à la chirocaïne". Selon les explications données par ce médecin au cours des débats de première instance, ce test consiste à administrer au patient une dose de chirocaïne à 0.25%, autrement dit une dose plus concentrée que la chirocaïne déjà diffusée dans la péridurale, afin de voir si la douleur redescend à 0, celle-ci étant mesurée sur une échelle de 10, le VAS. Si tel est le cas, ce médecin a expliqué qu'il jugeait que la situation n'était pas encore cliniquement inquiétante, notamment sachant que le patient avait eu un transit la veille. Lors de cette visite le Dr V. \_\_\_\_\_ a, en outre, ausculté le cœur et palpé le pouls de E.P. \_\_\_\_\_. Le médecin prénommé a, en outre, eu connaissance de l'intervention de la Doctoresse Q. \_\_\_\_\_ la veille au soir.

A 8h00, ce samedi 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 la victime s'était plainte de douleurs la veille et qu'il était hypotendu.

A 11h45, B. \_\_\_\_\_ a rendu visite à son patient. Il l'a examiné, évaluant son état général, notamment en palpant son ventre. A ce stade, il convient de préciser qu'à 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%, dont il a été expliqué au Tribunal de première instance qu'il s'agissait de l'état d'activation des globules blancs, présente en cas de signes inflammatoires. Après discussion avec le Dr V. \_\_\_\_\_ dans la loge des infirmières, B. \_\_\_\_\_ a décidé de ralentir le rythme de l'alimentation orale et de maintenir une antalgie efficace. Selon lui, le patient présentait un ballonnement abdominal modéré sans signe d'irritation du péritoine ainsi que l'apparition de bruits abdominaux absents la veille. La fréquence cardiaque, la pression artérielle, la température, le taux d'hémoglobine et le nombre de leucocytes étaient dans la norme. Au cours des débats de première instance, V. \_\_\_\_\_ a expliqué que de son point de vue d'anesthésiste, E.P. \_\_\_\_\_ n'était pas inquiétant cliniquement au moment de sa visite et ce malgré les analyses sanguines, dont il avait eu

connaissance peu après celle-ci. Il a considéré que c'était un patient à suivre. Toujours selon ce praticien, il fallait refaire un « test à la chirocaïne » vers 14h00, si les douleurs revenaient et, cas échéant, retourner en salle. Il a ajouté que pour lui, soit le transit reprenait dans l'après-midi, soit il fallait investiguer. B.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ont ainsi établi une feuille d'ordre destinée aux infirmières sur laquelle ils ont inscrit une liste d'antalgiques à administrer au patient dans un ordre déterminé. On peut y lire, outre le fameux « test à la chirocaïne », du Dafalgan trois fois par jour, de la Novalgin, quatre fois par jour, du Toradol deux fois par jour et de la morphine à raison de 10 mg. Ces médicaments sont tous prévus en réserve.

Comme dit précédemment, L.\_\_\_\_\_ a pris son service de garde à 8h00. Les différents témoins entendus au cours des débats de première instance (S.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_) ont expliqué que 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 du patient en cas de nécessité, tous les témoins ont indiqué que, pour des raisons de commodité, il n'était pas rare que le personnel infirmier fasse d'abord appel à l'anesthésiste de garde, en particulier en dehors des heures. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs déploré ce fait, expliquant que la tendance au moment des faits, était de considérer l'anesthésiste de garde comme le médecin de garde tout court. Toujours est-il qu'après avoir vu E.P.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ a parlé à son confrère L.\_\_\_\_\_, lui disant de ne pas aller voir le patient et que la famille était compliquée, ce qui dans la bouche du Dr V.\_\_\_\_\_ voulait dire qu'il souhaitait continuer à assurer le suivi de ce patient, dont certains membres de la famille étaient médecins. L'instruction aux débats de première instance a montré que L.\_\_\_\_\_ n'avait pas compris de cette manière les propos du Dr V.\_\_\_\_\_, les interprétant comme n'étant pas nécessaire de faire une visite de courtoisie à un patient qui allait bien.

Aux débats de première instance, le Dr V.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il s'attendait à être appelé pour administrer éventuellement la

deuxième dose test de chirocaïne, ou à tout le moins, qu'elle le serait par le personnel infirmier. Le dossier médical du patient fait d'ailleurs état d'un VAS à 14h00 de 8/10. Cette deuxième dose test de chirocaïne n'a en définitive pas été administrée au patient, sans que personne ne s'en soucie.

A 16h30, E.P.\_\_\_\_\_ se plaignait toujours de douleurs abdominales, contre lesquelles il a reçu 1 g de Novalgin en intraveineuse.

A 17h00, le personnel infirmier a constaté quelques difficultés respiratoires. La saturation en oxygène a été mesurée à 89%, ce qui a occasionné alors l'administration de deux litres d'oxygène, sans que l'instruction n'ait pu montrer si un médecin a été informé sur le moment de cette désaturation. Il semblerait que tel n'ait pas été le cas.

L'infirmière [...] a téléphoné à B.\_\_\_\_\_ vers 18h15-18h30 et l'a informé du fait que E.P.\_\_\_\_\_ avait des douleurs abdominales et présentait un abdomen hypertendu. Elle lui a également dit que la victime souffrait d'une paralysie intestinale. Le dossier infirmier, intitulé "observations - évolutions" montre que E.P.\_\_\_\_\_ a été levé et amené aux toilettes vers 18h00, sans succès, qu'il n'avait pas de gaz et ne voulait rien manger. Il est également indiqué que l'appel fait à B.\_\_\_\_\_ avait pour but de lui "expliquer la situation". Aux débats de première instance, B.\_\_\_\_\_ a dit que l'infirmière ne lui avait parlé que des douleurs, évaluées à 3/10, et de la paralysie intestinale. Il a alors confirmé oralement, toujours par téléphone, à l'infirmière, qu'elle pouvait continuer à administrer des antalgiques, notamment le Toradol par voie veineuse qui figurait sur la feuille d'ordre et qui n'avait été administré qu'une seule fois durant la journée.

A 19h40, les douleurs persistaient toujours avec un VAS à 7/10. L'infirmière a alors contacté l'anesthésiste de garde, L.\_\_\_\_\_, 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 Novalgin. 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, la victime 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.\_\_\_\_\_ a expliqué, au cours des débats de première instance, qu'il était alors allé consulter le dossier de E.P.\_\_\_\_\_ et que rien ne l'avait alerté dans cette lecture. Il a précisé qu'il avait constaté que le patient avait des valeurs un peu inhabituelles mais avoir pensé que c'étaient les caractéristiques de ce dernier, vu la confiance des médecins traitants. Il a pensé que les docteurs V.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ avaient adopté une stratégie de confort du traitement de la douleur.

E.P.\_\_\_\_\_ n'était malgré tout pas soulagé et est resté agité jusqu'aux alentours de 22h30. Après s'être endormi brièvement, ce dernier s'est montré de plus en plus agité, tentant, vers minuit d'arracher ses perfusions.

Ainsi vers minuit, l'infirmier de garde, [...], 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. L.\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait vu que V.\_\_\_\_\_ avait prévu l'administration toutes les trois heures de chirocaïne à 0.25%. Il n'a manifestement pas compris que cette administration de chirocaïne était destinée à faire un test. Ainsi, jugeant que l'administration de ce médicament était lourde, il a estimé adéquat de substituer à la chirocaïne, une nouvelle dose de morphine, pensant par là donner un médicament moins fort que ce qui était prévu dans la liste d'ordre. L.\_\_\_\_\_ a en outre expliqué qu'il était toujours dans l'idée de la stratégie de confort choisie par les médecins de la victime. Il a admis s'être quand même dit qu'il serait opportun d'ordonner un scanner le lendemain matin.

Le dimanche 19 février 2006 vers 2h30, E.P.\_\_\_\_\_ n'avait toujours pas trouvé le sommeil et se montrait très perturbé et confus, voulant constamment se lever. L.\_\_\_\_\_ a été une fois encore avisé téléphoniquement par l'infirmier de garde 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. Dès 3h00, une aide soignante a été affectée à la surveillance de E.P.\_\_\_\_\_, qui semblait s'être calmé peu à peu puis endormi. Les constantes ont été contrôlées à 4h00, la victime n'étant pas sous monitoring permanent.

A 5h50, un arrêt cardiaque s'est produit. Une réanimation cardiorespiratoire avec injection d'adrénaline a immédiatement été débutée mais sans succès. Le décès a été constaté à 6h00 par L.\_\_\_\_\_, alerté par l'alarme lancée par le personnel infirmier de garde.

D.P.\_\_\_\_\_, B.P.\_\_\_\_\_ et C.P.\_\_\_\_\_, enfants du défunt, et A.P.\_\_\_\_\_, son épouse ont déposé plainte.

### **3.**

**3.1.** Une autopsie a été réalisée par l'Institut universitaire de pathologie du CHUV le 20 février 2006 (P. 4/3). En effet, c'est à la suite d'une discussion entre la famille et les Docteurs B.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ que cette autopsie a été confiée à l'institut de pathologie plutôt qu'à l'institut de médecine légale. La demande d'autopsie émanant de B.\_\_\_\_\_ mentionne notamment : "(...) Au réveil, douleurs latéro-cervicales droites et de l'épaule droite, mais évolution favorable. Le 18.02.2006, persistance des douleurs de la nuque à droite, douleurs abdominales accompagnées de ballonnements, sans défense et sans détente, pas de température, pas de tachycardie. Diurèse satisfaisante. (...) Le décès est intervenu brusquement le 19.02.2006 à 06 heures malgré la réanimation cardio-respiratoire". L'autopsie n'a pas été étendue à l'examen du système nerveux central, cela ayant été refusé par les proches du défunt. Il ressort du rapport du 3 mars 2006 ce qui suit :

"Déchirure de 0,8 cm au niveau du moignon de l'iléon (à côté de l'anastomose iléo-colique latéro-latérale) avec 2100 ml d'ascite fécaloïde et une péritonite.

Stase aiguë des poumons (poids des poumons 1450 g, poids attendu 900 g) avec épanchement à droite de 360 ml et à gauche de 240 ml, d'aspect rosé.

Athérosclérose modérée des artères de grand et moyen calibres sans sténose significative.

Athérosclérose coronarienne avec sténose à 90% de l'artère interventriculaire gauche, 1/3 distal. Pas de signe d'infarctus récent ni de cardiopathie ischémique chronique à l'examen macroscopique et microscopique.

Emphysème sous-cutané important post-réanimation.

Bronchoaspiration périmortem, sans réaction inflammatoire associée.

Autolyse très avancée de tous les organes avec bulles gazeuses intra-viscérales (foie, rate, reins et coeur) compatibles avec des lésions d'emphysème."

Le commentaire du rapport d'autopsie est notamment le suivant : "(...) 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), le décès pourrait être dû à un trouble du rythme (en relation soit avec ischémie aiguë sur athérosclérose coronarienne et/ou un déséquilibre électrolytique)".

Un rapport correctif, daté du 3 mars 2006, a précisé ce qui suit :

"Les bulles observées dans les viscères, qui avaient été interprétées comme étant compatibles avec des bulles d'emphysème, correspondent plutôt, très vraisemblablement, à des bulles post-mortem, artéfactuelles, probablement en relation avec la population bactérienne présente. Les autres diagnostics anatomo-pathologiques restent inchangés."

Le rappel anamnestique du rapport d'autopsie reprend l'anamnèse citée plus haut par B. \_\_\_\_\_ dans la demande d'autopsie.

**3.2.** En cours d'enquête, divers médecins ont été entendus et deux expertises ont été ordonnées.

**3.2.1.**

**3.2.1.1.** La première a été confiée à l'Institut Universitaire de Médecine Légale. Le rapport du 18 décembre 2007 est signé par les professeurs G. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_ et le Dr C. \_\_\_\_\_ (P. 12/1). La question posée aux experts était : "La prise en charge de E.P. \_\_\_\_\_ par D. \_\_\_\_\_, entre le 16 et le 19 février 2006, a-t-elle été conforme aux règles de l'art?". Le dossier médical complet a été remis aux experts, y compris les résultats d'analyses toxicologiques post-mortem et quatre photos prises au niveau du moignon de l'iléon. D'autre part, trois CD-Rom comprenant un enregistrement de bonne qualité de la partie laparoscopique de l'intervention chirurgicale figurait au dossier. L'examen des photos a permis aux experts de conclure que E.P. \_\_\_\_\_ a été en vie pendant une certaine durée, après l'apparition de la déchirure de 0.8 cm au niveau du moignon de l'iléon. Cette constatation excluait d'ores et déjà l'hypothèse d'une déchirure post-mortem. De l'enregistrement vidéo de l'opération, les experts sont arrivés à la conclusion que l'opération, à tout le moins la partie laparoscopique, s'était déroulée dans les règles de l'art. Les experts ont relevé que, dans le dossier, l'état général post-opératoire de E.P. \_\_\_\_\_ faisait l'objet de divergences d'appréciations. En effet, selon le dossier infirmier les douleurs abdominales sont apparues au premier jour post-opératoire à 12h00, soit environ vingt-quatre heures après

l'intervention. Les experts ont relevé que le même jour, à 21h00, la victime présentait une tension artérielle de 70/50 en sus de ses douleurs. Selon eux, l'apparition de douleurs et de ballonnements est anormale et demande toujours une évaluation chirurgicale. Ils ont constaté que cette évaluation avait été effectuée à 11h45 le lendemain, soit le 18 février 2006. Le rapport d'expertise fait encore la constatation qu'à partir de 11h45, le 18 février 2006, le patient n'a plus été vu par un chirurgien et qu'aucun examen complémentaire n'a été demandé pour investiguer l'origine des douleurs. Selon les experts, un patient, présentant de fortes douleurs abdominales au deuxième jour post-laparoscopie doit être évalué par un chirurgien, une reprise chirurgicale devant même, le cas échéant, être envisagée en cas de doute.

Les experts ont également relevé que les examens de routine du 18 février 2006 à 7h30 montraient une CRP à 270 mg/l et ont expliqué que si la CRP présente un pic post-opératoire maximum à 24/48 heures, celle-ci doit par la suite diminuer d'au moins 50% de sa valeur le jour suivant. Cette valeur de 270 mg/l est à considérer comme la limite supérieure de la norme post-opératoire, et est, selon l'un des experts, un peu trop élevée pour un résultat 48h après une chirurgie colique par laparoscopie élective. En d'autres termes, les experts 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. Les experts ont finalement 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 tient 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 est bien décrit dans la littérature, sa fréquence serait comprise entre 0.5% et 3%. Les conclusions des experts sont en définitive que si l'opération était justifiée et effectuée dans les règles de l'art, le suivi post-opératoire en revanche ne l'a pas été.

Au cours des débats de première instance, le Prof. G. \_\_\_\_\_ a confirmé que s'il avait dû signer le rapport d'autopsie, il aurait conclu à une défaillance multi organique consécutive à un choc septique.

**3.2.1.2.** Les experts ont complété leur rapport une première fois en date du 4 novembre 2008 (P. 23).

A la question de savoir quel médecin avait violé les règles de l'art parmi les médecins responsables du suivi post-opératoire de E.P. \_\_\_\_\_, les experts ont répondu que, s'agissant de B. \_\_\_\_\_, au deuxième jour post-opératoire alors que le patient présentait des douleurs persistantes et des difficultés respiratoires, il a prescrit par téléphone un antalgique sans avoir revu le patient. Les experts ont relevé que des douleurs importantes au deuxième jour d'une colectomie par laparoscopie sont un signe d'alarme important, nécessitant au mieux des investigations radiologiques complémentaires, au pire une révision chirurgicale. Il est décrit comme dangereux que le médecin opérateur, soit B. \_\_\_\_\_, prescrive des antalgiques par téléphone.

S'agissant de L. \_\_\_\_\_, s'il est jugé acceptable dans le cas de ce médecin qu'il prescrive 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 doit être considéré comme dangereux et contre indiqué.

Les experts ont conclu que B. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ avaient chacun contrevenu aux règles de l'art.

A la question de savoir quelles mesures précises auraient dû être prises lors du suivi post-opératoire de E.P. \_\_\_\_\_, les experts ont répondu que B. \_\_\_\_\_ aurait dû être informé et voir le patient personnellement et se livrer à un examen de son abdomen. Cas échéant un scanner abdominal aurait dû être prescrit et, en cas de situation peu claire ou de doute, une reprise en salle d'opération avec une laparoscopie

exploratrice devait être envisagée. En effet, des lésions iatrogènes, comme une perforation intestinale punctiforme, peuvent être traitées de manière simple par laparoscopie.

A la question de savoir si les médecins responsables pouvaient prévoir que la complication post-opératoire conduirait au décès de E.P.\_\_\_\_\_, les experts ont répondu que du liquide intestinal à l'intérieur de l'abdomen entraîne classiquement des complications de types péritonites et que les conséquences deviennent d'autant plus graves que la présence de liquide se prolonge. Selon eux, dans les premières vingt-quatre heures, la probabilité du décès est inférieure à 10%, alors qu'elle augmente rapidement après.

Enfin, les experts 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.

**3.2.1.3.** Un deuxième complément d'expertise a été rendu par les mêmes experts en date du 15 juin 2009 (P. 38). Les seuls éléments réellement nouveaux apportés par ce complément sont qu'il est typique de constater des douleurs liées à la reprise du transit au deuxième ou troisième jour post-opératoire. Par ailleurs, les experts ont expliqué la différence entre un lâchage d'anastomose, autrement dit une rupture de la suture, qui se manifeste classiquement entre 3 à 6 jours après l'opération et une lésion intestinale iatrogène, c'est-à-dire suite à un problème technique intra opératoire où les premiers symptômes peuvent déjà être observés dans les premières heures qui suivent l'opération. La persistance des douleurs abdominales associées à une péjoration progressive de l'état du patient en dépit du traitement antalgique utilisé devrait être en soi suffisante pour alerter les soignants et leur faire évoquer une potentielle complication post-opératoire devant conduire à une réévaluation du diagnostic et du traitement qui en découle. A la question de savoir si un abdomen gonflé peut s'expliquer par une réaction inflammatoire en conséquence de l'opération, les experts ont expliqué

qu'un abdomen gonflé consécutif à l'opération s'observe dans les suites immédiates et qu'un abdomen gonflé au-delà de vingt-quatre heures doit être considéré comme suspect. Si les nausées peuvent être en relation avec l'analgésie morphinique, les faciès blancs ne s'expliquent pas par ce traitement.

S'agissant des analgésiques prescrits par L.\_\_\_\_\_, les experts ont répondu que ce dernier 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. Selon les experts toujours, E.P.\_\_\_\_\_ a reçu d'importantes doses d'antalgiques. Ils précisent que l'administration de morphine à minuit par L.\_\_\_\_\_, sans avoir vu le patient, ne peut être considéré comme indiquée même s'il s'agit d'un médicament d'antalgie en réserve.

**3.2.2.** Une seconde expertise a été confiée au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, générale et d'urgence et au Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie (P. 45).

**3.2.2.1.** Les experts ont disposé des mêmes documents que les précédents. Ils ont rendu leur rapport le 26 novembre 2009. Ils ont admis que l'opération avait été réalisée dans les règles de l'art, même si elle a été greffée d'une complication grave qui fait malheureusement partie intégrante des risques liés à cette intervention. Ils 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 peut être difficile, notamment chez les patients qui ont une antalgie péridurale en place. Il était donc d'autant plus important que l'évolution clinique soit contrôlée à courte échéance. Selon eux, le fait que B.\_\_\_\_\_ ne se soit pas rendu au chevet de son patient, présentant une évolution défavorable, ne leur a paru que difficilement justifiable. Les douleurs abdominales, considérées comme typiques de la reprise du transit, sont en contradiction avec une paralysie intestinale et avec un abdomen gonflé. Les experts ont également relevé que 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 le Dr B.\_\_\_\_\_, 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 est 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, montrent 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. Si chacun de ces éléments n'est pas alarmant en soi, dans un contexte post-opératoire immédiat, l'ensemble l'est certainement.

Les experts ont conclu que B.\_\_\_\_\_ aurait dû se déplacer pour rejuger l'état de son patient. Quant à L.\_\_\_\_\_, il aurait également dû aller voir le patient à minuit trente le 19 février 2006 et pas seulement donner un ordre médical par téléphone. S'il l'avait fait, il aurait constaté que non seulement le patient nécessitait une réévaluation clinique mais également des soins et une surveillance continue. Considérant que le décès de E.P.\_\_\_\_\_ est survenu environ dix heures après l'appel à B.\_\_\_\_\_ et tenant compte du temps nécessaire pour effectuer les investigations, il a semblé aux experts qu'il y avait encore une certaine réserve de temps pour réopérer E.P.\_\_\_\_\_, pourvu que le diagnostic d'une péritonite sur lâchage de suture intestinale ait été posé. Pour ces experts, B.\_\_\_\_\_ porte la responsabilité principale, dans la mesure où il aurait dû se rendre auprès de lui le soir du 18 février 2006 et L.\_\_\_\_\_ aurait dû aller voir le patient lui-même ou au moins avertir personnellement B.\_\_\_\_\_ de la dégradation générale de E.P.\_\_\_\_\_.

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'est 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. Enfin, ces seconds experts, comme les premiers, se sont 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 mentionne également un décès intervenu brusquement pour en arriver à une telle conclusion. Pour conclure, les experts 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. Comme les premiers experts, leur conclusion est que E.P. \_\_\_\_\_ est décédé d'une septicémie avec défaillance des organes vitaux.

**3.2.2.2.** Ces experts ont également établi un complément à leur rapport en date du 15 mars 2010 (P. 52). Ils ont, en réponse à la question de savoir s'il existait vers 11h00 du matin le 18 février 2006 des indices suffisants de mauvaise évolution devant amener B. \_\_\_\_\_ à revoir spontanément E.P. \_\_\_\_\_, 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 19h00. Les experts ont encore précisé que l'absence de fièvre chez E.P. \_\_\_\_\_ ne suffisait pas à exclure un état septique. Les experts ont enfin précisé qu'en cas de fuite intestinale, un

choc septique pouvait se développer très rapidement et la cascade physiologique classique du MOF (multiple organ failure) peut ne pas être respectée à la lettre. Une brèche de 0.8 cm sur l'iléon ne laisse pas fuir deux litres de liquide fécaloïde en quelques minutes, mais plutôt en plusieurs heures. La question de savoir à quelle heure précise la fuite est intervenue, ne semble pas aux experts déterminante, car la péjoration de l'état général de E.P.\_\_\_\_\_ a eu lieu environ douze heures avant son décès, ce qui laissait encore du temps pour réagir.

**3.2.3.** L.\_\_\_\_\_ a produit au dossier deux avis, demandés l'un au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésie, également employé en partie par D.\_\_\_\_\_ et l'autre au Prof. H.\_\_\_\_\_, du service des soins intensifs du Département d'anesthésiologie de l'Hôpital Universitaire de Genève.

Selon le rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 8 février 2011 (P. 84/1), les analyses de E.P.\_\_\_\_\_ du samedi 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 Novalgine.

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 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 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 utilisé 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 (délit 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 apparaît 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<sup>e</sup> 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 todtine 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% (déviations gauches 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 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 infirmier 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 veille 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 infirmier 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 Novalgin. 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 benzodizépines. 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 considéré 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% (déviation gauche 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 la 147 c. 3b; ATF 119 la 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 la 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.

Par ces motifs,  
la Cour d'appel pénale,  
appliquant les articles 10, 11, 34, 42, 47, 50, 69, 117 CP; 398 ss CPP,  
prononce :

- I. L'appel de B. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. L'appel de L. \_\_\_\_\_ est admis.
- III. Le jugement rendu le 12 décembre 2011 par le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de Lausanne est modifié comme il suit, le dispositif du jugement étant désormais le suivant :

*I. Constate que B. \_\_\_\_\_ s'est rendu coupable d'homicide par négligence.*

*II. Condamne B. \_\_\_\_\_ à une peine pécuniaire de 120 (cent vingt) jours-amende et dit que le montant du jour-amende est fixé à CHF 300.- (trois cent francs).*

*III. Suspend l'exécution de la peine pécuniaire et fixe à B. \_\_\_\_\_ un délai d'épreuve de deux ans.*

*IV. Libère L. \_\_\_\_\_ du chef d'accusation d'homicide par négligence.*

*V. Donne acte de leurs réserves civiles à D.P. \_\_\_\_\_, B.P. \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, A.P. \_\_\_\_\_.*

*VI. Dit que L. \_\_\_\_\_ est débiteur de D.P. \_\_\_\_\_, B.P. \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_ et A.P. \_\_\_\_\_ de la somme de CHF 23'560.- (vingt-trois mille cinq cent soixante francs) à titre de juste indemnité.*

*VII. Ordonne la confiscation des dossiers et CD-ROM séquestrés sous fiches 42191, 42192, 42193 et 47149 et Dit qu'ils seront maintenus au dossier à titre de pièces à conviction.*

*VIII. Met les frais par CHF 27'255.80 à la charge de B.\_\_\_\_\_ et par CHF 14'582.25 à la charge de L.\_\_\_\_\_."*

- IV.** Les frais d'appel, par 5'430 fr., sont mis pour moitié à la charge de B.\_\_\_\_\_, soit par 2'715 fr., le solde étant laissé à la charge de l'Etat.
- V.** Une indemnité de dépens, par 3'240 fr., TVA comprise, est allouée à L.\_\_\_\_\_.
- VI.** Le présent jugement est exécutoire.

La présidente :

La greffière :

**Du 12 juin 2012**

Le dispositif du jugement qui précède est communiqué aux appelants 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 Antoine Eigenmann, avocat (pour B. \_\_\_\_\_),
- Me Jérôme Bénédic, avocat (pour L. \_\_\_\_\_),
- Me Joël Crettaz, avocat (pour A.P. \_\_\_\_\_, C.P. \_\_\_\_\_, B.P. \_\_\_\_\_ et D.P. \_\_\_\_\_),
- Ministère public central,

et communiqué à :

- Mme la Présidente du Tribunal correctionnel de l'arrondissement de Lausanne,
- Ministère public de l'arrondissement de Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique,
- Médecin cantonal,
- Service de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral dans les trente jours qui suivent la notification de l'expédition complète (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :