

**Arrêt N° 504/05 V.
du 15 novembre 2005**

La Cour d'appel du Grand-Duché de Luxembourg, cinquième chambre, siégeant en matière correctionnelle, a rendu en son audience publique du quinze novembre deux mille cinq l'arrêt qui suit dans la cause

e n t r e :

le Ministère Public, exerçant l'action publique pour la répression des crimes et délits, **appelant**

e t :

P1), né le à, demeurant à L-.....

prévenu et défendeur au civil

e n p r é s e n c e d e :

1. **D1)**, demeurant à L-.....,
- 2.
3. **D2)**, demeurant à L-.....,
4. **D3)**, demeurant à L-.....,

parties civiles constituées contre le prévenu et défendeur au civil P1), préqualifié

demandeurs au civil, **appelants**

FAITS :

Les faits et rétroactes de l'affaire résultent à suffisance de droit d'un jugement rendu contradictoirement par le tribunal d'arrondissement de Luxembourg, 7^e chambre correctionnelle, le 25 mai 2004, sous le numéro 1675/04, dont les considérants et le dispositif sont conçus comme suit:

« Vu l'ordonnance de renvoi rendue par la chambre du conseil du tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg en date du **14 juillet 2003**, renvoyant le prévenu devant la chambre correctionnelle de ce même tribunal du chef d'homicide involontaire.

Vu la citation à prévenu du **1^{er} avril 2004 (not. 08240/1998cd)** régulièrement notifiée.

Vu le rapport d'autopsie établi par le Prof. Dr. med. J.W. du **1^{er} octobre 1997** et le rapport subséquent.

Vu le rapport d'expertise établi par le Prof. Dr. Raphaël SUY, déposé le **3 mai 2002**.

De prime d'abord, il y lieu de remarquer que, sur demande de la défense, le tribunal a décidé d'entendre le Prof. Dr. med. J.W. comme témoin et non en tant qu'expert, alors que celui-ci avait été chargé par la partie civile de procéder à l'autopsie du défunt et de rédiger un rapport sur les causes du décès.

AU PENAL :

1. Les faits et rétroactes :

Sur base des éléments résultant du dossier répressif, ainsi que de l'instruction de l'affaire à l'audience, notamment des explications fournies par le témoin et l'expert, les faits peuvent être résumés comme suit :

En date du 24 septembre 1997, vers 8.00 heures, V1), alors âgé de 53 ans, a ressenti une douleur intense commençant au niveau de la fosse iliaque gauche et migrant au niveau du thorax en rétro-sternal, avec une irradiation dans la mâchoire. Le SAMU a été appelé par l'épouse, alors qu'il y avait une suspicion d'un infarctus du myocarde.

V1) a été examiné en premier lieu par le Dr. C.S., médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, et médecin de garde du SAMU. Il résulte de la déposition de ce dernier, actée au rapport n° 1/1995/98 du 8 février 1999, service de police judiciaire, section criminalité générale, qu'au moment de sa prise en charge, V1) était conscient et se plaignait d'une "*douleur intense apparue brutalement*" environ quinze minutes plus tôt, lorsqu'il était en train de regarder la télévision.

Cette douleur a été décrite par le patient au médecin du secours d'urgence comme étant apparue "*au niveau de la fosse iliaque gauche et du flanc gauche*" pour migrer ensuite "*au niveau du thorax en rétro-sternal, avec irradiation dans la mâchoire*". Lors de l'examen par le Dr. C.S., la douleur était fixée à la hauteur "*des dernières côtes gauches et à gauche de la colonne dorsolombaire, irradiant vers la fosse iliaque gauche et le scrotum*".

Lors du premier examen du patient effectué par le Dr. C.S., celui-ci a constaté une auscultation cardio-pulmonaire normale. Ainsi, « les pouls périphériques, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, étaient tous présents et palpés d'une façon symétrique. La pression artérielle, identique au niveau des deux bras, était de 11/6, la fréquence cardiaque était de 120 batt/min et la saturation en oxygène obtenue par oxymétrie de pouls était à 96% en air ambiant ».

Lors du transport en SAMU de V1), un électrocardiogramme a été effectué. Il s'est révélé être sans particularités.

A son arrivée à la Clinique Sacré-Cœur, le patient se plaignait, suivant la déposition du médecin du SAMU, de "*paresthésies et d'un engourdissement du membre inférieur gauche*", mais l'examen neurologique étant pour le reste normal.

Au cours du transport vers la clinique, la médication suivante a été administrée au patient : une perfusion RINGER-LACTAT 500 ml, deux ampoules de BUSCOPAN, un antispasmodique, puis

une ampoule de DIPIDOLOR 20 mg, qui est un dérivé morphinique, destiné à faire disparaître les douleurs. Une deuxième ampoule de ce médicament a été donnée au patient, alors que les douleurs persistaient.

Il y a lieu de préciser que la Clinique Sacré-Cœur était la clinique de garde. Il résulte de la déposition du Dr. C.S. qu'il avait, en cours de route, proposé à V1) son transport vers le Centre Hospitalier de Luxembourg, en raison des antécédents médicaux de celui-ci. En effet, V1) avait été hospitalisé au CHL, ayant souffert d'une lithiase rénale. V1) a cependant exprimé son souhait d'être amené à la Clinique Sacré-Cœur.

A son arrivée à la clinique, V1) a été pris en charge par le docteur P1), médecin spécialiste en gastro-entérologie et en médecine interne, qui faisait fonction de médecin de garde au moment de son admission.

Suivant les déclarations de P1), le patient était conscient et orienté, capable d'exprimer ses plaintes, à savoir le fait d'avoir ressenti soudainement une *"douleur aiguë au bas ventre à gauche, c'est-à-dire la fosse iliaque gauche, région lombaire gauche et sous costale gauche, en s'atténuant vers l'épigastre, en rétro-sternale et en sous-mandibulaire."* (interrogatoire du prévenu devant le juge d'instruction en date du 28 avril 1999). Le patient a encore expliqué que cette douleur l'aurait par moment empêché de respirer à fond. De même, il se plaignait de ce que la douleur ressentie *"irradiait dans le membre inférieur gauche avec des fourmillements"* et provoquait à la maison une *"faiblesse du membre inférieur gauche"* (cf. déclarations du prévenu devant le juge d'instruction en date du 28 avril 1999).

Lors du premier examen du patient, celui-ci était en mesure de relever la jambe gauche et disait au prévenu que le sentiment de faiblesse dans la jambe avait nettement diminué, mais qu'il ressentait encore les fourmillements, qui étaient *"en régression"*.

P1) a effectué un premier examen clinique aux urgences qui a révélé un résultat *"tout à fait normal, c'est-à-dire sans particularités au plan cardio-pulmonaire, abdominal"* (cf. *ibid.*). L'examen neurologique était resté également sans particularités. Les pouls périphériques étaient palpables bilatéralement d'une façon identique; la tension artérielle était normale.

Il y a encore lieu de relever que le formulaire *"fiche de liaison urgence-unité de soins"* établi lors de l'admission du malade par le docteur P1), renseigne sous la rubrique *"DIAGNOSTIC"* les mots suivants : *"?sciatalgie ? colique néphrétique ?"*.

P1) a fait écrire un deuxième électrocardiogramme qui a été, tout comme le premier, sans particularités. De même, les radiographies prises du thorax et de la région abdominale ont été normales. Les analyses sanguines prescrites n'ont pas non plus révélé un résultat anormal. Finalement, le prévenu a pratiqué une échographie abdominale, alors qu'il avait, comme il l'a déclaré auprès du juge d'instruction, une suspicion *"d'une lithiase vésiculaire"*. L'échographie abdominale n'a pas non plus permis de trouver une anomalie, sinon que *"l'aorte abdominale présentait l'aspect d'une athérosclérose sans anévrisme ni dissection de la paroi"*. (*ibid.*)

Selon le prévenu, V1) était, pendant l'échographie abdominale, *"presque asymptomatique"*.

L'infarctus du myocarde avait été exclu, les autres examens et analyses effectués étaient restés sans particularités, les douleurs décrites par V1) s'étaient presque estompées et il n'y a pas eu apparition de nouvelles douleurs signalées au médecin. P1) a néanmoins pris la décision d'hospitaliser le patient, alors qu'il a jugé prudent de le garder en observation.

Il appert des déclarations du personnel de soin, actées au rapport de la police judiciaire précité, que le jour de son admission dans la clinique, V1) s'est porté plutôt bien, demandant à être autorisé de rentrer chez lui, comme il résulte de la déclaration de l'infirmière P.K. du 16 novembre 1998 : *"Erwähnen möchte ich noch, dass Herr V1) bereits am selben Tag seiner Einlieferung wieder nach Hause entlassen werden wollte, weil er sich gesund fühlte und den Grund eines Krankenhausaufenthaltes nicht einsah."* L'infirmier D.V. a confirmé cette déclaration, dans son audition du 18 novembre 1998 : *"Monsieur V1) ne voulait pas rester en clinique et voulait rentrer tout le temps à la maison, parce qu'il se demandait toujours ce qu'il faisait ici."*

Au courant de l'après-midi du jour de l'admission de V1) en clinique, P1) a pratiqué des analyses sanguines de contrôle. Ces analyses étaient également normales, à l'exception d'une "CPK isolément élevée à 2,5 fois la normale". Une sous-division du CPK, le CKMB, employée dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde, est restée normale.

P1) a demandé, pendant la première journée de l'hospitalisation du patient, l'avis d'un confrère neurologue en la personne du docteur G.K..

En date du 25 septembre 1997, vers 10.00 heures du matin, P1) a été appelé auprès de V1), alors que celui-ci a présenté un "tremblement généralisé" des quatre membres, aux apparences d'une crise épileptique, accompagnée d'une faiblesse de la main droite. Au moment de l'arrivée de P1) auprès du malade, celui-ci était conscient et orienté et les symptômes de la crise avaient disparus. Un tranquillisant a été administré au patient.

Suite à cette crise convulsive, P1) a demandé un traitement parallèle hospitalier du patient au neurologue G.K.. Le formulaire y relatif (pièce n°000004 du dossier médical) renseigne comme motif d'hospitalisation "douleurs abdominales et lombaires gauches très importantes".

Le neurologue a fait pratiquer un électroencéphalogramme (EEG) et un scanner cérébral. Ces examens ont également eu des résultats normaux. Ainsi, ont pu être exclus l'infarctus cérébral ou une tumeur cérébrale. Au vu des résultats restés sans particularités, le neurologue a évoqué l'hypothèse d'une "conversion hystérique".

Malgré la crise convulsive du matin, V1) a de nouveau exprimé son désir de sortir de l'hôpital, comme il résulte de la déclaration de l'infirmière P.K. précitée : "Sogar nachdem er am 25. September diese Krise erlitten hatte, wollte er nicht mehr im Spital bleiben, sodass sowohl der Arzt Dr. P1) als auch das Pflegepersonal und seine Ehefrau ihn hierzu auffordern mussten".

Le docteur P1) a estimé nécessaire de garder le patient en observation.

Le troisième jour de son hospitalisation, soit le 26 septembre 1997, il appert des déclarations de P1), corroborées par la déposition de l'infirmière P.K. précitée, que V1) se portait apparemment bien et il ne se plaignait de rien.

Le patient a été réexaminé par le neurologue G.K. qui a préconisé sa sortie de l'hôpital au courant de la même journée.

Le 27 septembre 1997, au matin, un test par bandelettes des urines de V1) a été pratiqué, alors que l'infirmier D.V. avait remarqué que les urines étaient foncées. Le test a décelé la présence de sang dans l'urine. En vue de l'établissement d'un bilan urologique, le docteur P1) a décidé de prolonger l'hospitalisation de V1).

P1) a réexaminé son patient et voulait réaliser un nouveau contrôle des analyses sanguines et urinaires le lendemain. Après le nouvel examen clinique, le prévenu a trouvé que V1) était "asymptomatique".

Au cours de la nuit du 27 au 28 septembre 1997, l'infirmière de garde M.D. a été appelée vers 4.00 heures dans la chambre de V1). Celui-ci s'est plaint de douleurs thoraciques et a raconté à l'infirmière qu'il serait tombé du lit. Or, celle-ci a trouvé V1) couché dans son lit. Elle a ensuite appelé P1) pour le prévenir de l'état du patient.

P1) a prescrit une perfusion d'une solution d'électrolyte et l'administration à V1) de dérivées nitrées en sublinguale et un tranquillisant et il a ordonné à ce qu'un électrocardiogramme soit écrit. Le prévenu a encore demandé à être rappelé en cas de dégradation de l'état de V1).

Vers 4.25 heures, P1) a été rappelé, alors que l'état de santé de V1) ne s'était pas amélioré. Suite à cet appel, il s'est rendu immédiatement à la clinique. A son arrivée, V1) venait de perdre connaissance et les infirmiers s'apprêtaient à le transférer en réanimation.

L'analyse de l'électrocardiogramme a révélé une fréquence cardiaque rapide et irrégulière (tachyarythmie), sans signes évidents d'un infarctus du myocarde. Selon la déclaration du docteur P1) faite devant le juge d'instruction lors de son premier interrogatoire, l'électrocardiogramme ne lui aurait pas permis de progresser dans le diagnostic.

V1) était sans connaissance et sans pouls périphérique palpable.

Des mesures de réanimation ont été prises, à savoir des massages cardiaques, une intubation et l'administration de la médication habituelle par voie intraveineuse, associée aux chocs électriques. Vers 5.15 heures, les efforts de réanimation ont été arrêtés et le décès de V1) a été constaté.

Lors de son premier interrogatoire devant le juge d'instruction, P1) a déclaré : *"Jusqu'à aujourd'hui, je ne sais pas ce qui a provoqué cet arrêt cardiaque"*.

Après le décès de son époux, D1 a, par l'intermédiaire de son avocat, chargé le Prof. Dr. J.W. de procéder à une autopsie du cadavre.

Les résultats de l'autopsie de V1):

Il résulte du rapport d'autopsie du 1^{er} octobre 1997 que V1) est décédé d'une tamponnade du péricarde (Herzbeutelamponade). Le Prof. Dr. Med. J.W. a constaté que l'origine de cette tamponnade du péricarde est *"eine sogenannte dissezierende Aortenerkrankung"*.

En guise de conclusion, le Prof. Dr. J.W. relève que *"dass bei einem unklaren Schmerzbild im Bereich des Brustkorbes nach klinischem Ausschluss eines Herzinfarktgeschehens unter anderem auch die Frage nach einer dissezierenden Aortenveränderung gestellt werden muss"*.

Suivant l'avis du Prof. Dr. J.W., cette maladie aurait pu être diagnostiquée au moyen d'une échographie transoesophagienne.

Ensuite, une intervention chirurgicale aurait été nécessaire dans les meilleurs délais. Ainsi, *"bei dem vorliegenden Krankheitsbild in Verbindung mit den Obduktionsbefunden wäre eine chirurgische Intervention ohne Zweifel noch möglich gewesen"*.

Concernant les chances de succès d'une intervention chirurgicale, le médecin légiste s'est exprimé comme suit : *"Hinsichtlich des Erfolges kann jedoch nur eine statistische Antwort gegeben werden, die Feststellung, dass Herr V1) sicher hätte gerettet werden können, lässt sich keinesfalls treffen"*.

Dans son rapport subséquent, pour la rédaction duquel le Prof. Dr. J.W. avait à sa disposition le dossier médical du défunt ainsi qu'une note retraçant le déroulement de la maladie établie par la veuve, les conclusions du rapport d'autopsie sont confirmées.

A la page 12 du rapport, le directeur de l'institut de médecine légale de l'université de Sarrebruck conclut *"dass bei frühzeitiger Diagnosefindung operative Massnahmen noch möglich gewesen wären"*.

Le Prof. Dr. J.W., dans son rapport, énumère les principaux symptômes en cas de dissection aortique, à savoir : *"plötzlich auftretende und eventuell extrem werdende Schmerzen, meist hinter dem Brustbein, mit Ausstrahlung zwischen die Schulterblätter. Diese Beschwerden werden nicht selten als akuter Herzinfarkt fehlinterpretiert. Eine wichtige diagnostische Eigenschaft des Schmerzes bei einer Aortendissektion ist die häufige Wanderung vom Ursprungsort"*. D'autre part, il évoque la possibilité de l'existence de *"Durchblutungsstörungen eines Körperlides"*. (cf. rapport précité, pages 13 et 14).

Néanmoins, le médecin légiste relève que le diagnostic de cette maladie est difficile à poser, d'une part, parce qu'il s'agit d'une pathologie assez rare et d'autre part, parce que les symptômes sont multiples et variables, et surtout, communs à de nombreuses autres pathologies : *"Hierdurch wird sehr leicht die Diagnostik in eine falsche Richtung gelenkt und die"*

vitale Gefährdung des Patienten durch die unauffälligen Untersuchungsergebnisse unterschätzt. Nicht zuletzt wegen der Seltenheit der Erkrankung wird an das Vorliegen einer Aortendissektion, wie auch im gegenständlichen Fall, häufig erst gar nicht gedacht". (cit.p.14)

En conclusion, le Prof. Dr. J.W. remarque que si, en temps utile, le diagnostic correct avait été posé et les examens nécessaires avaient été effectués (échographie transoesophagienne, scanner), une intervention chirurgicale aurait encore été possible et que le patient aurait eu une *"réelle chance de survie"*, bien que le taux de mortalité en cas d'opération s'élève à environ 15%. Sans intervention chirurgicale, cette maladie connaît nécessairement une issue fatale.

A l'audience, le Prof. Dr. J.W., entendu comme témoin, a parlé d'un *"buntes Symptomenbild"*, typique pour cette maladie, qu'il a comparée à un caméléon (*"diese Krankheit ist ein Chamäleon"*). Les douleurs du patient sont difficiles à apprécier, alors qu'elles ne sont pas constantes.

Le témoin a relevé que si le médecin traitant ne songe même pas à la possibilité d'une dissection de l'aorte, il ne pourra pas faire les examens qui s'imposent, ce qui fait perdre du temps précieux. Or, dans le cas présent, la rupture ne s'est produite que le quatrième jour de l'hospitalisation, de sorte que le prévenu aurait eu le temps d'agir en temps utile s'il avait posé le diagnostic correct.

Le Prof. Dr. J.W. remarque également que le prévenu, spécialiste en gastro-entérologie, n'a pas nécessairement dû lui-même trouver la solution, alors que pour un médecin de sa spécialité, il est encore plus rare de rencontrer un tel cas. Dès lors, la question se pose si P1) n'aurait pas dû consulter un cardiologue. Le témoin a encore déclaré que si le prévenu avait déjà, au cours de sa carrière, vu un cas pareil, il aurait tout de suite dû songer à la dissection aortique.

Sur la question si le prévenu aurait dû, compte tenu de sa spécialisation en gastro-entérologie, poser le diagnostic correct, le témoin a déclaré que ce serait difficile à apprécier (*"schwierig zu sagen, ob P1) mit seiner Qualifikation daran hätte denken müssen"*).

L'expertise du Prof. Dr. Raphaël SUY :

Une expertise a été ordonnée par le juge d'instruction avec la mission de déterminer la cause du décès de V1) et de se prononcer sur la question de savoir s'il y a eu imprudence ou négligence dans le cadre des diagnostics et traitements du patient. Le cardio-chirurgien Prof. Dr. Raphaël SUY de l'université Leuven a été chargé de cette expertise.

Dans son rapport du 31 avril 2002, l'expert confirme que la cause de décès est la rupture de l'aorte thoracique disséquée. Cette dissection s'étant produite le 25 septembre 1997, s'est manifestée par une symptomatologie complexe et la rupture fatale dans le péricarde s'est produite le 28 septembre 1997.

Sur la question de savoir s'il y a eu imprudence ou négligence dans le cadre des diagnostics et traitements par le prévenu, l'expert a notamment conclu qu'il n'y a pas eu négligence ou imprudence, mais que le diagnostic correct a été raté par *"manque de compétence dans le domaine"*.

L'expert SUY a donc relevé *"l'incompétence en pathologie aortique"* de la part de P1) et estime que celui-ci aurait dû demander l'avis d'un expert en pathologie cardio-vasculaire.

L'expert, à la page 2 de son rapport, énumère les symptômes présentés par V1) qui *"auraient pu alarmer un clinicien averti et expert dans la matière"*, à savoir la douleur pré-sternale et sous-mandibulaire, la douleur du dos, associée à la douleur rétro-sternale (un signe pourtant alarmant à l'avis de l'expert) ainsi que la paralysie très temporaire de la jambe gauche au moment de l'admission à la clinique, suivie le lendemain d'une crise convulsive et d'une hémiparesie droite.

En ce qui concerne les raisons possibles de l'erreur de diagnostic de la dissection aortique dans le présent cas, l'expert relève la rareté de la pathologie et la complexité des symptômes présentés par V1), tels les douleurs abdominales, dorsolombaires.

Normalement, en cas de dissection de l'aorte, le malade présente une hypertension, tandis que le défunt avait une tension basse. En effet, l'expert remarque que *"la dissection aortique survient en général chez le patient artériosclérotique, hypertendu"*.

D'autre part, la pathologie de la dissection aortique peut se faire remarquer sur une radiographie du thorax, ce qui n'a pas été le cas de la radiographie thoracique pratiquée chez V1) qui n'a en effet pas révélé de particularités.

De même, l'expert remarque que la dissection aortique peut être associée à une différence de tension artérielle entre les deux bras ou une absence de pulsations dans les extrémités inférieures, ce qui n'a pas non plus été le cas chez V1).

L'expert relève encore que l'échographie abdominale du défunt n'a pas été révélatrice de la dissection, alors que l'aorte abdominale avait un aspect normal.

Finalement, l'expert soulève *"l'évolution favorable entre le moment du transfert le 24 septembre et la mort subite le 28 septembre"*.

Suivant l'avis de l'expert SUY, la consultation d'un cardiologue aurait été justifiée en présence de la douleur rétro-sternale et sous-mandibulaire, la complexité des symptômes et l'électrocardiogramme normal. A l'aide d'une échographie transoesophagienne et/ou d'un scanner du thorax, le diagnostic correct aurait pu être posé. Une opération, lors de laquelle l'aorte descendante aurait été remplacée par une prothèse synthétique, aurait été indiquée.

En effet, l'expert SUY confirme les constatations déjà faites par le Prof. Dr. J.W. en ce que l'évolution lente de la maladie de V1) aurait laissé le temps pour le transférer dans une clinique spécialisée pour l'opérer.

Concernant les chances de réussite d'une telle opération, le Prof. Dr. SUY estime le taux de mortalité, tout comme le Prof. Dr. J.W., à 10-15 %, tandis que sans intervention chirurgicale, la maladie est toujours fatale.

A l'audience, l'expert a expliqué que la dissection aortique est une des maladies les plus difficiles à diagnostiquer.

Dans le cas présent, trois médecins appelés au chevet du malade n'ont pas trouvé le diagnostic correct, ni le médecin du SAMU, ni le neurologue, ni le médecin traitant et prévenu.

L'expert confirme encore les déclarations du Prof. Dr. J.W. en ce sens que P1), s'il avait déjà vu un cas pareil, il aurait pensé à une dissection aortique. Autrement, *"il n'a pas pu y penser"*.

Le Prof. Dr. SUY explique encore qu'en général, 80% des malades souffrant d'une dissection de l'aorte meurent dans les 24 heures. Le cas de V1) serait typique seulement pour environ 20% des cas.

Interrogé sur l'erreur commise par le prévenu, l'expert retient *"qu'il y aurait eu faute professionnelle pour un cardiologue de ne pas penser à une telle pathologie, mais pas pour un gastro-entérologue"*.

2.En droit :

Le Ministère Public reproche au prévenu le délit de lésions involontaires sinon d'homicide involontaire, prévu aux articles 418 et suivants du code pénal, notamment par le fait :

- de ne pas avoir procuré une aide efficace à Monsieur V1) à partir de son admission à la clinique Sacré Cœur jusqu'à son décès
- de ne pas avoir apprécié correctement et constaté la situation grave dans laquelle était le patient
- de ne pas avoir demandé l'avis d'un expert en pathologie cardio-vasculaire

Le prévenu demande à être acquitté de la prévention qui lui est reprochée au motif qu'il n'aurait pas commis de négligence ou d'imprudence.

Aux termes de l'article 418 du code pénal, il faut que le mal ait été causé sans l'intention d'attenter à la personne d'autrui, par défaut de prévoyance et de précaution. La loi n'exige pas que l'agent ait été la cause directe et immédiate des homicides ou des blessures : il suffit que par sa négligence ou son défaut de précaution, il les ait occasionnées.

L'article 418 du code pénal exige donc :

1. une faute
2. une lésion corporelle ou un homicide comme conséquence de la faute
3. un lien de causalité

Ainsi, le législateur a entendu punir toutes formes de la faute, quelque minime qu'elle soit.

Le tribunal devra donc déterminer si les agissements du prévenu constituent un manquement à ses obligations de médecin et présentent les caractères de défaut de prévoyance ou de précaution, respectivement une imprudence ou une négligence constitutive des infractions prévues aux articles 418 et suivant du code pénal.

En doctrine, la responsabilité pénale du médecin suppose que soit rapportée la preuve certaine qu'une faute a été commise par le praticien dans l'exercice de son art. Le dommage subi par le malade ne suffit pas à établir la faute du médecin (cf. Traité du Droit Médical, T.3, p.31).

Ainsi, hors du champ des interventions spécifiques auxquelles il serait de règle absolue de recourir, l'adéquation de l'intervention dépendra des circonstances de fait et notamment du contexte médical et des connaissances médicales de ne pas avoir choisi la mesure qui, après la survenue du dommage, serait appropriée ou simplement plus appropriée pour empêcher l'événement (cf. L'activité médicale et le droit pénal, Christiane HENNEAU-HUBLET, Bruylant, L.G.D.J, éd.1987, n°84).

L'omission ne devrait être retenue à charge du praticien de l'art de guérir qu'en raison d'attitudes certainement contre-indiquées au regard de la pratique médicale ou de l'état de connaissances médicales, compte tenu du degré de suspicion d'un risque particulier que présenterait le cas d'espèce (ibid.).

En l'espèce, il ressort des éléments de la cause, notamment du rapport d'autopsie et du rapport d'expertise que le prévenu n'a, durant les quatre journées d'hospitalisation de son patient, pas su trouver le mal dont celui-ci souffrait et qui a finalement abouti à une issue fatale. Le diagnostic correct n'a donc pas été posé.

Le diagnostic constitue le premier acte médical effectué par le médecin dans sa lutte contre la maladie. On le définit comme le fait de reconnaître et d'identifier les maladies d'après leurs symptômes (cf. Aix, 6 mai 1954, G.P.1954, 1, p.383).

La doctrine distingue la notion d'erreur de celle de faute. Ainsi, la faute qualifie le comportement que n'aurait pas eu le bonus medicus; en revanche, l'erreur inhérente à la faillibilité humaine, guette le meilleur médecin (Y.Lambert-Faivre, Droit du dommage corporel : Dalloz, 4^{ème} éd.2000, p.683).

Au terme d'une jurisprudence constante, la simple erreur de diagnostic ne suffit pas à engager la responsabilité du médecin (cf. Juris-Classeur, resp. civile et assurances, fasc. 440-40). Dans certaines circonstances cependant, l'erreur de diagnostic est le résultat d'une ignorance manifeste ou d'une négligence grave. Dans ce cas, elle devient fautive et entraîne la responsabilité de l'auteur (cf. M. Akida, La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence, bibl. de sciences criminelles, tome 29, n°125).

Donc, l'erreur de diagnostic devient fautive lorsqu'elle constitue une *"erreur qualifiée"*, c'est-à-dire une erreur grossière, révélant une ignorance ou une négligence inadmissible ou si le médecin a fait preuve d'une méconnaissance grossière de son art ou encore si l'erreur est inexcusable (cf. ibid., n°128 +129).

Le prévenu, lors de son interrogatoire devant le juge d'instruction en date du 27 mai 2002, où il a été confronté avec le rapport d'expertise du Prof. Dr. SUY et le rapport complémentaire du Prof. Dr. J.W., et à l'audience, a déclaré que son patient ne présentait pas, au moment de son admission à l'hôpital ni les jours de son hospitalisation, des symptômes typiques d'une dissection de l'aorte. Les douleurs qui lui furent décrites par le médecin du SAMU et par le malade lui-même se situaient *"au niveau de la fosse iliaque gauche, du flanc gauche et de la région lombaire sous costale et basithoracique gauche avec une irradiation qui s'atténuait en rétro-sternale et sous-mandibulaire"*. Les symptômes typiques ne se seraient présentés qu'au moment de la rupture, peu avant le décès.

Le prévenu a affirmé que si V1) avait présenté des douleurs thoraciques et dorsales intenses, il aurait demandé l'avis d'un cardiologue.

Dans le présent cas, il était difficile pour le prévenu d'associer les symptômes du malade à un diagnostic correct, alors qu'ils étaient très variés, équivoques et se dissipant, de sorte que P1) a parlé d'un malade *"asymptomatique"*. Néanmoins, il a jugé prudent de ne pas le laisser partir à la maison, malgré la demande répétée du patient, se portant apparemment bien et ne se plaignant plus de douleurs.

Dans ces circonstances, le prévenu n'a évidemment pas pu se rendre compte de l'état critique du malade, alors que ni les apparences ni les examens effectués restés sans particularités ne laissaient présumer une situation d'urgence vitale.

Il est constant en cause que ni le docteur C.S., médecin du SAMU ayant examiné le patient en premier lieu, ni le docteur G.K., neurologue, traitant le malade ensemble avec le docteur P1) après la crise convulsive apparue le deuxième jour, n'ont su apprécier les symptômes correctement, ce qui fait que les trois médecins qui sont intervenus lors de l'hospitalisation de V1) n'ont su reconnaître la maladie dont celui-ci souffrait, bien que la responsabilité pénale du seul docteur P1) soit mise en cause.

Ainsi, le fait que plusieurs médecins se soient trompés sur le diagnostic prouve encore la difficulté de réaliser le diagnostic correct dans le présent cas.

La jurisprudence admet généralement le caractère non fautif d'une erreur de diagnostic lorsque le patient ne présente pas les symptômes de la maladie non diagnostiquée, lorsque les symptômes peuvent être confondus avec ceux d'une autre affection, lorsque le diagnostic est difficile à réaliser ou encore lorsque la pathologie est très évolutive, de sorte qu'elle ne pouvait être diagnostiquée le jour de l'examen radiographique (cf. Juris-Classeur, fasc.440-40, précité).

L'ensemble des circonstances relevées ci-avant se retrouvent dans le présent cas, comme il ressort d'ailleurs des rapports J.W. et SUY. En effet, le médecin légiste et l'expert médical sont unanimes à considérer que le cas de dissection aortique est un diagnostic difficile à poser, ceci d'autant plus si un médecin s'y trouve confronté pour la première fois dans sa carrière. Cette difficulté réside dans la *"rareté de la pathologie"* ainsi que dans la *"complexité des symptômes"* (cf. rapport du Prof. Dr. SUY, page 2). S'y ajoutaient les circonstances suivantes, relevées par l'expert, à savoir l'aspect normal de la radiographie du thorax, la présence de pouls dans les extrémités, l'aspect normal de l'aorte abdominale ainsi que l'évolution apparemment favorable de l'état de santé du patient jusqu'à la nuit fatale (ibid., page 3).

Concernant la radiographie thoracique effectuée le jour de l'admission du malade à la clinique, le Prof. Dr. J.W. a relevé que *"zum Aufnahmezeitpunkt noch nicht das Vollbild der Erkrankung ausgebildet sein dürfte, weshalb die aufgeführten und im Rahmen der Obduktion festgestellten Befunde zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend manifestiert gewesen sein dürfte"*. (rapport complémentaire, page 17).

D'autre part, tant le Prof. Dr. J.W. que le Prof. Dr. SUY sont d'accord pour dire que si le médecin ne songe même pas à la possibilité d'une dissection de l'aorte, il ne songera pas non plus à consulter un cardiologue. Le prévenu a d'ailleurs insisté sur l'absence de douleurs thoraciques intenses pour expliquer son omission de ne pas avoir pris l'avis d'un cardiologue.

Il y a à ce sujet lieu de rappeler que compte tenu de la spécialisation du docteur P1) en tant que gastro-entérologue, l'expert SUY a conclu à l'audience "qu'il y aurait eu faute professionnelle pour un cardiologue de ne pas penser à une telle pathologie, mais pas pour un gastro-entérologue".

Il y a encore lieu de rappeler que la responsabilité pénale du médecin suppose que soit rapportée la preuve certaine qu'une faute a été commise par le praticien dans l'exercice de son art, le dommage subi par le patient ne suffisant pas à établir pareille faute. Si donc la moindre faute engage la responsabilité de l'agent, les juridictions doivent apprécier dans chaque cas particulier, si d'après sa condition et les circonstances, l'agent s'est conformé à son devoir de prudence que la loi lui impose.

En l'espèce, il n'a pas été établi que l'erreur de diagnostic commise par le prévenu est le résultat d'une ignorance manifeste ou d'une négligence grave, alors qu'il ressort des éléments de la cause que le prévenu a, compte tenu des symptômes qui lui furent décrits et de ceux qu'il a lui-même constatés, procédé à un examen consciencieux du patient, l'a gardé à l'hôpital, malgré une apparente amélioration de son état de santé, et il a demandé l'avis d'un confrère neurologue lors de la manifestation de la crise convulsive.

S'il y a eu erreur de diagnostic, elle est due à l'imperfection de la science. C'est la raison pour laquelle l'exercice de la pratique médicale relève d'une obligation de moyens, alors que le médecin est considéré comme étant exposé à commettre des erreurs et la loi ne lui impose pas une obligation de résultat, encore moins d'infailibilité ou d'exactitude (cf. Régime pénal de l'erreur de diagnostic en matière médicale, A. Garay, Gazette du Palais, recueil novembre-décembre 2003).

Dans un courrier du 10 juin 2002, adressé au juge d'instruction, l'expert Prof. Dr. Raphaël SUY s'est prononcé comme suit : " *Au long de ma carrière professionnelle à l'université, j'ai vu plusieurs erreurs de diagnostic dans des cas compliqués. La médecine est avant tout un art et pas toujours une science exacte*".

Il suit des développements qui précèdent qu'une faute commise par le prévenu n'a pas pu être établie, de sorte que **P1)** est à **acquitter** de la prévention libellée à son encontre, à savoir :

comme auteur, ayant exécuté l'infraction lui-même,

entre le 24 septembre 1997 dans la matinée jusqu'au 28 septembre 1997 à 5.10 heures, dans la Clinique du Sacré Cœur, 48a, avenue Gaston Diderich, L-1420 Luxembourg, dans l'arrondissement judiciaire de Luxembourg, sans préjudice des indications de temps et de lieux plus exactes,

en infraction aux articles 418 et 419 du Code pénal,

de s'être rendu coupable d'homicide ou de lésions involontaires, d'avoir causé le mal par défaut de prévoyance ou de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui,

d'avoir involontairement causé la mort de la personne V1), né leà Luxembourg,

en l'espèce, de ne pas avoir procuré une aide efficace à Monsieur V1) à partir de son admission à la Clinique Sacré Cœur jusqu'à son décès, notamment de ne pas avoir apprécié correctement et constaté la situation grave dans laquelle était le patient et surtout de ne pas avoir demandé l'avis d'un expert en pathologie cardio-vasculaire. Ce dernier aurait suite à une échographie transoesophagienne et/ou un scanner du thorax posé un diagnostic correct qui aurait le cas échéant pu sauver la vie du patient V1).

AU CIVIL :

A l'audience publique du **20 avril 2004**, Maître Fernand ENTRINGER, assisté de Maître Benoît ENTRINGER, avocats, les deux demeurant à Luxembourg, se constitua partie civile pour

compte et au nom de **1) D1**), préqualifiée, demanderesse au civil, **2) D2**), préqualifié, demandeur au civil, et **3) D3**), préqualifié, demandeur au civil, contre le prévenu **P1**), préqualifié, défendeur au civil.

Ces parties civiles déposées sur le bureau du tribunal correctionnel de Luxembourg sont conçues comme suit: (cf en annexe)

Il y a lieu de donner acte aux demandeurs au civil de leur constitution de partie civile.

Le tribunal est incompétent pour connaître des demandes civiles, eu égard à la décision d'acquiescement à intervenir au pénal à l'égard du prévenu P1).

PAR CES MOTIFS :

le tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, **septième chambre**, siégeant en **matière correctionnelle**, statuant **contradictoirement**, le prévenu et défendeur au civil et son mandataire entendus en leurs explications et moyens de défense, le mandataire des demandeurs au civil entendu en ses conclusions, et le représentant du Ministère Public entendu en ses réquisitions,

AU PENAL :

a c q u i t t e le prévenu **P1**) de l'infraction non établie à sa charge et le renvoie des fins de sa poursuite pénale sans peine ni dépens;

l a i s s e les frais de sa poursuite pénale à charge de l'Etat.

AU CIVIL :

d o n n e a c t e aux demandeurs au civil de leurs constitutions de parties civiles;

se d é c l a r e i n c o m p é t e n t pour en connaître;

l a i s s e les frais de ces demandes civiles à charge des demandeurs au civil.

Le tout en application des articles 2, 3, 179, 182, 184, 189, 190, 190-1 et 191 du code d'instruction criminelle dont mention a été faite.

Ainsi fait et jugé par Monique FELTZ, vice-président, Simone PELLEES, premier juge, et Anne-Françoise GREMLING, juge, et prononcé, en présence de Françoise ROSEN, premier substitut du Procureur d'Etat, en l'audience publique dudit tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, date qu'en tête, par Madame le vice-président, assistée du greffier assumé Carole NONNWEILER, qui, à l'exception du représentant du Ministère Public, ont signé le présent jugement.»

De ce jugement, appel fut relevé au greffe du tribunal d'arrondissement de Luxembourg le 30 juin 2004 au civil par le mandataire des demandeurs au civil et le 1^{er} juillet 2004 par le représentant du ministère public.

En vertu de ces appels et par citation du 12 mai 2005, les parties furent requises de comparaître aux audiences publiques des 4 et 7 octobre 2005 devant la Cour d'appel de Luxembourg, siégeant en matière correctionnelle, pour y entendre statuer sur le mérite des appels interjetés.

A l'audience publique du 4 octobre 2005 le prévenu et défendeur au civil fut entendu en ses explications et moyens de défense.

La demanderesse au civil D1) fut entendue en ses déclarations personnelles.

Le demandeur au civil D2) fut présent.

Le demandeur au civil D3) ne fut pas présent.

Maître Benoît ENTRINGER, avocat à la Cour, développa plus amplement les moyens d'appel des demandeurs au civil.

Maître Gaston STEIN, avocat à la Cour, développa plus amplement les moyens de défense du prévenu et défendeur au civil.

Monsieur le premier avocat général Georges WIVENES, assumant les fonctions de ministère public, fut entendu en son réquisitoire.

L A C O U R

prit l'affaire en délibéré et rendit à l'audience publique du 15 novembre 2005, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'**arrêt** qui suit:

Par déclaration du 30 juin 2004 au greffe du tribunal d'arrondissement de Luxembourg les parties demanderesse au civil D1), D2) et D3) ont fait relever appel au civil d'un jugement correctionnel rendu le 25 mai 2004 dont la motivation et le dispositif sont reproduits aux qualités du présent arrêt.

Par déclaration au greffe du tribunal d'arrondissement de Luxembourg du 1^{er} juillet 2004 le procureur d'Etat a également fait entreprendre au pénal ledit jugement.

Ces recours introduits dans les forme et délai légaux sont recevables.

Les appelants D1),D2) et D3) demandent, en premier lieu, l'audition des experts J.W. et SUY, entendus en première instance en qualité respectivement de témoin et d'expert, dès lors qu'au vu de la technicité de l'affaire et de la qualité des précisions qu'ils ont apportées en première instance, il paraîtrait indispensable que la Cour d'appel les entende pour se prononcer dans l'affaire. L'audition des médecins permettrait de fournir à la Cour des nuances et précisions que ne renseignerait pas le plume de l'audience de la première instance et serait de nature à éclairer la Cour quant à la nature de la maladie du défunt et aux possibilités d'action du médecin.

L'intimé fait plaider que l'audition des témoins ne serait pas susceptible d'apporter plus de lumière dans le dossier, mais se rapporte à la sagesse de la Cour.

Le représentant du ministère public, tout en donnant à considérer que l'audition entraînera des retards supplémentaires, ne s'oppose cependant pas formellement à cette demande.

A l'audience du 4 octobre 2005, la Cour a joint l'incident au fond.

De la combinaison des articles 175, 190, 210, 211 du Code d'instruction criminelle il résulte que l'audition de témoins et d'experts en instance d'appel

est laissée à l'appréciation des juges et elle n'a lieu qu'au cas et dans la mesure où la Cour d'appel la juge utile et pertinente.

Au regard des rapports écrits, détaillés et explicites du Prof. Dr. J.W., établi à la demande des parties civiles, et du Prof. Dr. Raphaël SUY, établi à la demande du juge d'instruction chargé de l'affaire, sur les causes du décès de V1), sur les caractéristiques de la maladie dont il souffrait et sur les possibilités d'intervention médicale ainsi qu'au regard des débats menés à l'audience, la Cour s'estime suffisamment éclairée de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder à l'audition des experts J.W. et SUY.

Quant au fond, les appelants au civil D1), D2) et D3) relèvent d'abord qu'il est établi que le patient V1) s'est de suite plaint de douleurs intenses thoraciques ce qui aurait dû inciter le prévenu à diriger ses investigations au niveau de la cardiologie et à consulter un cardiologue susceptible de diagnostiquer un infarctus du myocarde ou une dissection aortique. Ils contestent à cet égard que la dissection aortique soit ou ait été en 1997 une maladie très rare, dès lors que même un manuel médical destiné à des non professionnels, (Les Urgences éditions Maloin, Paris 1984), indiquerait que la dissection aortique doit faire partie des discussions diagnostiques de toutes les douleurs aiguës, thoraciques, abdominales ou lombaires. Les appelants contestent encore que la victime ait eu un comportement inadéquat ou fait preuve d'anosognosie.

En ne procédant pas aux investigations qui s'imposaient au vu des symptômes du patient et en ne s'entourant pas du concours éclairé de spécialistes susceptibles de faire le bon diagnostic, le prévenu aurait commis une faute de nature à engager sa responsabilité pénale et cette faute serait en relation causale avec le décès du patient, dès lors qu'une intervention chirurgicale réalisée à temps aurait présenté 85% de chances de succès.

Les appelants au civil demandent, par conséquent, par réformation de la décision attaquée, à voir retenir le prévenu P1) dans les liens de la prévention libellée par le parquet, ainsi que sa condamnation au civil. Ils réitèrent, à cet égard, leur constitution de partie civile formulée en première instance.

L'intimé P1) fait plaider que la symptomatologie de l'espèce ne permettait pas de penser à une dissection aortique, mais l'évolution des symptômes renvoyait plutôt à des problèmes neurologiques ou alors à une colique néphrétique ou à une pathologie urologique dont le patient avait fait état lors de son admission. Comme la dissection aortique constituerait une maladie rare dont les caractéristiques seraient très variées, il n'aurait commis aucune imprudence ou négligence dans le cadre du diagnostic et du traitement, l'obligation du médecin étant une obligation de moyen et non de résultat, et il demande la confirmation de l'acquittement prononcé en première instance.

En ordre subsidiaire, au cas où sa responsabilité pénale serait retenue, l'intimé demande la suspension du prononcé et il conteste les montants réclamés par les parties civiles.

Le représentant du ministère public rappelle qu'à la suite de la plainte avec constitution de partie civile dirigée par les consorts D1), D2) et D3) contre le docteur P1), le parquet a décidé de poursuivre, la chambre du conseil a renvoyé le prévenu devant la chambre correctionnelle du tribunal d'arrondissement avec l'inculpation d'homicide involontaire et le représentant du parquet a, au cours de l'audience de première instance, demandé la

condamnation du prévenu. Critiquant le jugement de première instance en ce qu'il se serait limité à analyser en droit la seule erreur de diagnostic, il demande à la Cour de retenir l'infraction d'homicide involontaire à l'encontre du prévenu, dès lors que sa responsabilité pénale serait engagée pour ne pas avoir mis en œuvre tous les moyens nécessaires pour établir le diagnostic correspondant à la maladie du patient.

Quant à la sanction à prononcer le représentant du ministère public estime qu'une amende est suffisante au vu du fait qu'il y a dépassement du délai raisonnable prévu à l'article 6 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et en considération des circonstances de l'espèce.

Les juges de première instance ont fourni une relation correcte et exhaustive des faits à laquelle la Cour peut se référer, notamment en ce qui concerne l'évolution des symptômes que présentait le patient, les examens, interventions et conclusions des trois médecins qui ont vu la victime et les causes du décès.

Il ressort des différents rapports des experts J.W. et SUY que l'état du malade était de nature à faire envisager une dissection aortique ce qui aurait dû amener le prévenu à se faire assister par un cardiologue, le Prof. Dr. J.W. indiquant dans son premier rapport du 1^{er} octobre 1997 ce qui suit: « bei einem unklaren Schmerzbild im Bereich des Brustkorbes nach klinischem Ausschluss eines Herzinfarktgeschehens unter anderem auch die Frage nach einer dissezierenden Aortenveränderung gestellt werden muss ». Dans son rapport complémentaire du 12 septembre 1999, il note: « Auf einem Anforderungsschein *bitte um Mitbehandlung vom 25.9.* findet sich jedoch der Hinweis dass der Patient über sehr starke Bauchschmerzen und Schmerzen in der linken LWS-Region klagte die bei rückblickender Betrachtung problemlos auf Aortendissektion zurückzuführen sind ». Il poursuit plus loin « Man hatte darauf verzichtet die Ursachen des unklar gebliebenen Beschwerdebildes weiter abzuklären, um auf diese Weise eine zielgerechte Behandlung einleiten zu können ». Le Prof. Dr SUY indique quant à lui que « le docteur P1) s'est, à mon avis, abstenu de procurer une aide substantielle à Mr. V1) parce qu'il aurait dû constater par lui-même la situation grave de Mr. V1) et il aurait pu demander avis à un expert en pathologie cardio-vasculaire qui aurait pu poser un diagnostic correct par une échographie transoesophagienne ».

Cependant, l'interprétation correcte de l'état du malade était rendu très difficile par la rareté de la pathologie, la complexité des symptômes que présentait le malade, l'absence d'anormalités de la radiographie du thorax, l'absence de différence de tension artérielle et d'hypertension, l'aspect normal de l'aorte abdominale et l'évolution favorable du patient qui a demandé son retour à la maison (rapport SUY). Le Prof. Dr J.W. nuance également son affirmation et ses griefs en relevant que « Herr V1) hatte also offensichtlich ein sehr komplexes Symptombild geboten, das die Diagnostik wegen der sehr vielfältigen ursächlichen Möglichkeiten sehr erschwerte » et que « Das Hauptproblem im vorliegenden Fall lag in der Seltenheit dieses Krankheitsbildes und in der Vielfältigkeit des Symptomatik, die in erster Linie an zahlreiche andere und weit häufigere Ursachen primär denken lässt»....« Durch die Symptomvielfalt und die unterschiedliche Interpretierbarkeit konzentrierte sich die Diagnostik der behandelnden Ärzte auf den Ausschluss eines Herzinfarktes und eines Schalganfalls, daneben wurde eine akute Ischialgie und eine Nierenkolik gedacht ».

S'il peut donc être reproché au prévenu de n'avoir, à aucun moment, envisagé la dissection aortique comme cause des symptômes du malade et, bien qu'il ait envisagé au début des problèmes au niveau du cœur, de ne pas avoir pris l'avis d'un spécialiste en matière de cardiologie vasculaire, il faut cependant relever, d'une part, que les autres médecins qui ont vu le patient n'ont pas non plus pensé à la dissection aortique, le docteur G.K. ayant même conclu que le patient pouvait rentrer et, d'autre part, que le prévenu a gardé le malade à l'hôpital et qu'il a fait continuellement des examens au regard des différents symptômes que présentait le malade au cours de son hospitalisation, symptômes qui étaient de nature à avoir des causes très variées.

Or, l'erreur, l'absence ou le retard de diagnostic ne constituent pas en eux-mêmes une faute pénale, mais elles doivent procéder d'une négligence caractérisée ou être le résultat d'une ignorance manifeste pour engager la responsabilité pénale du médecin.

Dès lors qu'elle a été partagée par plusieurs médecins et qu'elle ne s'associe pas à un manquement du médecin à l'obligation de délivrer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science et à une insuffisance d'investigations, l'erreur de diagnostic ou plutôt, comme en l'espèce, son absence ne constituent pas une faute pénale.

Au regard des circonstances particulières de l'espèce tenant à la rareté de la pathologie dont souffrait le patient, à la complexité des symptômes et la difficulté de leur interprétation et au fait que le docteur P1) a entrepris un certain nombre de démarches médicales adéquates, selon les experts, en présence des symptômes du malade, des douleurs décrites et de l'évolution temporairement favorable de l'état du patient, il n'est pas établi à l'exclusion de tout doute que d'une manière générale le prévenu n'ait pas prodigué à son malade des soins conformes aux données de la science en 1997 de sorte que l'absence de diagnostic du prévenu devait constituer nécessairement une faute pénalement punissable.

Il s'ensuit qu'aucune faute, omission ou négligence ne peut être relevée, à l'exclusion de tout doute, dans le chef du prévenu P1), de sorte que le jugement entrepris, en ce qu'il a acquitté P1) de l'infraction aux articles 418 et 419 du code pénal mise à sa charge, est à confirmer.

L'acquiescement du défendeur au civil rend la juridiction pénale incompétente pour statuer sur la demande civile dirigée contre le prévenu.

PAR CES MOTIFS,

la Cour d'appel, cinquième chambre, siégeant en matière correctionnelle, statuant contradictoirement, le prévenu entendu en ses explications et moyens de défense, les demandeurs et défendeur au civil en leurs conclusions et le représentant du ministère public en son réquisitoire;

reçoit les appels en la forme;

dit qu'il n'y a pas lieu d'entendre le Pr. Dr. Raphaël SUY et le Pr. Dr. J.W.;

déclare les appels non fondés;

confirme le jugement déferé du 25 mai 2004;

laisse les frais de la poursuite pénale en instance d'appel à charge de l'Etat;

laisse les frais exposés par les parties demanderesses au civil en instance d'appel à leur charge.

Par application des textes de loi cités en première instance en ajoutant les articles 175,190, 202, 203, 210, 211 du code d'instruction criminelle.

Ainsi fait et jugé par la Cour d'appel du Grand-Duché de Luxembourg, cinquième chambre, siégeant en matière correctionnelle, composée de Monsieur Roland SCHMIT, président de chambre, Mesdames Joséane SCHROEDER et Lotty PRUSSEN, conseillers, qui ont signé le présent arrêt avec le greffier Cornelia SCHMIT.

La lecture de l'arrêt a été faite en audience publique au Palais de Justice à Luxembourg, 12, Côte d'Eich, par Monsieur Roland SCHMIT, président de chambre, en présence de Monsieur Jérôme WALLENDORF, avocat général, et de Madame Cornelia SCHMIT, greffier.