

acquit.

1 étr.

AUDIENCE PUBLIQUE DU 22 JUIN 2016

Le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, **neuvième chambre**, siégeant en matière **correctionnelle**, a rendu le jugement qui suit

dans la cause du Ministère Public contre

X.)

né le (...) à (...)

demeurant à L-(...), (...)

- prévenu -

en présence de

1. A.)

née le (...),

demeurant à L-(...), (...),

2. B.)

né le (...) à (...) (Portugal)

demeurant à L-(...), (...),

3. C.),

née le (...),

demeurant à L-(...), (...)

4. D.),

né le (...),

demeurant à L-(...), (...),

comparant par Maître Pascal PEUVREL, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg,

partie civiles constituées contre le prévenu **X.)**.

FAITS:

Par citation du 17 mars 2016, Monsieur le Procureur d'Etat près le Tribunal d'arrondissement de Luxembourg a requis le prévenu préqualifié à comparaître aux audiences publiques du 25, 26, 27 et 28 avril 2016 devant le Tribunal correctionnel de ce siège pour y entendre statuer sur les préventions suivantes :

homicide involontaire ; non-assistance à personne en danger (410-1 du Code pénal).

A l'audience publique du 25 avril 2016, Madame le premier vice-président constata l'identité du prévenu **X.)** et lui donna connaissance de l'acte qui a saisi la Chambre correctionnelle.

Le témoin **T1.)** fut entendu en ses déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Maître Pascal PEUVREL, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg, se constitua partie civile au nom et pour le compte de **B.), A.), C.)** et **D.)** contre le prévenu **X.)**, défendeur au civil, pré-qualifié et donna lecture des conclusions, qu'il déposa sur le bureau du Tribunal et qui furent signées par le premier vice-président et le greffier.

Les témoins **T2.)** et **T3.)** furent entendus en leurs déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Ensuite, le Tribunal ordonna la suspension des débats et la continuation de l'affaire à l'audience publique du 26 avril 2016.

A l'audience publique du 26 avril 2016, le témoin **T4.)** fut entendu en ses déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

L'expert Edouard LOUIS fut entendu en ses déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Le Tribunal ordonna la suspension des débats et la continuation de l'affaire à l'audience publique du 27 avril 2016.

A l'audience publique du 27 avril 2016, l'expert Marc-André BIGARD fut entendu en ses déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Les témoins **T5.), T6.)** et **T7.)** furent entendus en leurs déclarations orales, après avoir prêté le serment prévu par la loi.

Le Tribunal ordonna la suspension des débats et la continuation de l'affaire à l'audience publique du 28 avril 2016.

A l'audience publique du 28 avril 2016, le prévenu **X.)** fut entendu en ses explications et moyens de défense.

Ensuite, le Tribunal ordonna la suspension des débats et la continuation de l'affaire à l'audience publique du 12 mai 2016.

Réunis à l'audience publique du 12 mai 2016, l'expert Marc-André BIGARD et le contre-expert Edouard LOUIS furent à nouveau entendus en leurs déclarations orales.

Ensuite, le Tribunal ordonna la suspension des débats et la continuation de l'affaire à l'audience publique du 13 mai 2016.

A l'audience publique du 13 mai 2016, Maître Anne FERRY et Maître Franz SCHILTZ, avocats à la Cour, les deux demeurant à Luxembourg, exposèrent plus amplement les moyens de défense du prévenu.

Maître Pascal PEUVREL, avocat à la Cour, assisté de Maître Natacha STELLA, avocat à la Cour, les deux demeurant à Luxembourg, exposèrent les moyens des parties civiles.

La représentante du Ministère Public, Madame Dominique PETERS, substitut principal du Procureur d'Etat, résuma l'affaire et fut entendue en son réquisitoire.

Le Tribunal prit l'affaire en délibéré et rendit à l'audience publique de ce jour, date à laquelle le prononcé avait été fixé, le

le jugement qui suit:

Vu la plainte avec constitution de partie civile déposée en date du 2 octobre 2006 au greffe du cabinet d'instruction près le tribunal d'arrondissement de Luxembourg par Maître Pascal PEUVREL, avocat à la Cour, demeurant à Luxembourg, au nom et pour le compte des époux **B.)** et **A.)** et de leurs enfants **C.)** et **D.)**, respectivement parents, frère et soeur de feu **V.)** à l'encontre du docteur **X.)**, médecin gastroentérologue, et de l'**HÔP1.)** (ci-après **HÔP1.)**).

Suite à un réquisitoire du 14 décembre 2006, une information est ouverte à l'encontre du docteur **X.)** et des dirigeants de l'**HÔP1.)** du chef d'homicide involontaire (articles 418 et 419 du Code pénal) et de non-assistance à personne en danger (articles 410-1 et 410-2 du Code pénal).

Vu l'ensemble du dossier pénal et notamment les rapports FAC 2007/ 1751.5 du 3 avril 2007, SPJ/11/JDA/1751.9 du 27 juillet 2007, SPJ/11/JDA/1751.10 du 27 juillet 2007, SPJ/11/JDA/1751.16 du 8 juillet 2007 et SPJ/11/JDA/1751.18 du 6 avril 2009, du Service de police judiciaire, section Criminalité générale – Groupe homicides.

Vu l'ordonnance numéro 3083/13 du 18 décembre 2013 de la chambre du conseil du tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, renvoyant le prévenu à comparaître devant la chambre correctionnelle dudit tribunal pour homicide involontaire et non-assistance à personne en danger.

Vu le rapport d'expertise établi par le professeur Marc-André BIGARD (service d'hépatogastro-entérologie du CHU Nancy) en date du 22 août 2007 et entré au cabinet du juge d'instruction en date du 8 octobre 2007.

Vu le rapport de contre-expertise établi par le Professeur Edouard LOUIS (service d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive du CHU Liège) en date du 9 septembre 2009 et entré au cabinet du juge d'instruction en date du 17 septembre 2009.

Vu le rapport complémentaire établi par le Professeur Edouard LOUIS en date du 26 juillet 2010 et déposé au cabinet d'instruction le 4 août 2010.

Vu la citation à prévenu (Not. 861/09/CD) du 17 mars 2016.

AU PENAL :

Le Parquet reproche au prévenu d'avoir entre le 24 janvier 2004 à 21:30 et le 25 janvier 2004 à 06:00 heures à L-(...), (...) (**HÔP1.**)), en tant que médecin spécialiste en gastro-entérologie auprès de l'**HÔP1.**), sis à L-(...), (...), causé, par défaut de prévoyance et de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui, la mort de **V.**), née le (...) à (...), notamment en raison d'une prise en charge incorrecte et non-adaptée à l'état de santé de la patiente, caractérisée notamment par :

- les symptômes graves présentés par la patiente, symptômes qui constituent des signes d'affection organique sévère et orientaient vers une strangulation de l'intestin grêle et qui imposaient une intervention chirurgicale immédiate et surtout le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs et la réalisation immédiate d'un scanner :

- les symptômes décrits par la patiente dès son arrivée aux urgences de l'**HÔP1.**), préqualifié, dont notamment l'apparition d'une douleur subite, très intense, ombilicale et sus-ombilicale à type initialement de crampe, puis rapidement d'une douleur continue, accompagnée de vomissements et d'un épisode diarrhéique sans présence de sang vers 15 heures de l'après-midi du 24 janvier 2004, alors que la patiente n'avait pas d'antécédent particulier,
- l'intensité des douleurs confirmée par la patiente pendant sa prise en charge à l'hôpital [patiente douloureuse trois croix (+++) – la patiente indiquant une douleur entre 8 et 9 sur une échelle de 10],
- un bilan biologique anormal de la patiente, caractérisé essentiellement par une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une hémococoncentration dont témoigne l'hémoglobiniémie élevée, ainsi qu'une LDH élevée (notamment une hyperleucocytose à 30400 globules blancs, dont 92,4 % de polynucléaires neutrophiles, avec une hémoglobiniémie élevée à 16,8g et un hématicrite élevé à 49,6 %),
- un abdomen sans préparation extrêmement pathologique, dont les pathologies sont plus particulièrement décrites dans le rapport d'expertise du Docteur M.A. BIGARD du 22 août 2007¹,
- une démarche diagnostique inadaptée, en n'ordonnant pas la réalisation immédiate d'un scanner, en présence des symptômes inquiétants présentés par la patiente,
- un diagnostic totalement erroné au regard du tableau clinique si brutal, si violent et des données biologiques et radiologiques si inquiétantes de la patiente, diagnostic qui a été rendu possible, sinon a été accentué par l'absence de réalisation immédiate d'un scanner,
- un traitement totalement inadapté de la patiente, consistant à la faire passer la nuit dans une chambre non surveillée, alors que ses symptômes imposaient notamment :
- la réalisation immédiate d'un scanner,

¹ d'après l'expert BIGARD : « II [l'abdomen] montre d'une part une importante distension colique. Le côlon est en position tout à fait anormale, situé sous la coupole diaphragmatique droite. Le côlon mesure 7cm de diamètre et 2 anses coliques superposées apparaissent nettement sur le cliché. En dehors de cette dilatation colique localisée sous la coupole diaphragmatique droite, on ne voit aucune trace d'air dans le côlon, c'est à dire pas d'air dans le rectum, notamment en station verticale, pas d'air dans le côlon gauche, pas d'air dans l'angle gauche et il n'existe non plus pas d'air dans la région caecale. En conclusion, on a uniquement de l'air dans un côlon très distendu en position très anormale, ce qui évoque en premier lieu un volvulus colique localisé. L'abdomen sans préparation montre également un estomac rempli de liquide avec un niveau hydro-aérique situé sous la coupole diaphragmatique gauche dans la poche à air alors que la patiente est a priori à jeun depuis 13 heures, soit depuis 8 heures. Cette distension de l'estomac par du liquide est également anormale. La troisième anomalie concerne l'intestin grêle. Il existe des niveaux liquides sur l'intestin grêle dans toute la région hypogastrique, ombilicale et épigastrique, Il existe donc un aspect d'occlusion du grêle. L'association d'une grosse distension colique localisée avec disparition de l'air dans les autres régions du côlon, de signes d'occlusion du grêle et d'une distension de l'estomac par du liquide de stase, évoque essentiellement un obstacle mécanique et en premier lieu une strangulation ».

- le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
- une intervention chirurgicale immédiate,

prise en charge incorrecte et non-adaptée qui a laissé le temps aux pathologies de s'aggraver dramatiquement, entraînant notamment une acidose métabolique probablement très marquée, aboutissant à un arrêt cardio-respiratoire vers 06:00 heures du matin du 25 janvier 2004 et provoquant un œdème cérébral chez la patiente, séquelles dont la patiente est décédée le 29 février 2004.

Le Parquet reproche encore au prévenu de s'être, en tant que médecin spécialiste en gastro-entérologie auprès de l'**HÔP1.**), préqualifié, abstenu volontairement de venir en aide et de procurer une aide à **V.**), préqualifiée, après avoir eu connaissance des symptômes graves présentés par la patiente, tels que repris au point 1) ci-dessus, en les constatant lui-même et après avoir consulté le résultat des analyses et constatations faites par ses confrères, dont notamment les docteurs **T2.)** et **T3.)**, symptômes présentant un péril grave pour la patiente, qui ont finalement causé la mort de celle-ci, en laissant la patiente passer la nuit dans une chambre non surveillée, sans procéder à d'autres analyses et vérifications, alors que les symptômes présentés par la patiente imposaient notamment :

- la réalisation immédiate d'un scanner,
- le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
- une intervention chirurgicale immédiate.

EN FAIT :

Les faits suivants résultent du dossier répressif, de l'audition des témoins et du prévenu, ainsi que des débats à l'audience :

Madame **V.)** se présente le 24 janvier 2004, à 19h02, accompagnée de son compagnon aux urgences de l'**HÔP1.)**, ci-après **HÔP1.)**, où elle est vue par le médecin de garde vers 19h20, à savoir le docteur **T2.)**. Le docteur **T2.)** procède à l'anamnèse et à l'examen clinique de Madame **V.)**. Madame **V.)** se plaint de douleurs abdominales. Elle explique qu'elle faisait des courses à Metz, qu'elle avait mangé un sandwich vers 13h00 et que vers 15h00 elle a ressenti de violentes douleurs abdominales à type de crampes avec épisodes de vomissements et de diarrhée. Elle précise que du fait de la violence des douleurs, elle a dû faire appel à son compagnon pour qu'il vienne la chercher à Metz

Le docteur **T2.)** évoque le diagnostic d'une gastro-entérite et prescrit une perfusion avec injection d'une ampoule de Buscopan compositum, un antispasmodique, et du Primpéran, un antiémétique.

Le docteur **T3.)**, médecin généraliste, prend la relève à 19h45 et il voit la patiente une première fois à 20h30. Lorsqu'il voit la patiente, elle n'a plus de plaintes. Le docteur **T3.)** reprend l'anamnèse et l'examen clinique de la patiente. L'abdomen est alors souple, non ballonné.

Le docteur **T3.)** décide de garder la patiente en observation et demande un bilan sanguin et une radiographie de l'abdomen à blanc (abdomen sans préparation, ci-après ASP).

Les résultats de l'analyse sanguine montrent une augmentation des globules blancs (hyperleucocytose), d'une valeur de 30.400 globules blancs au lieu d'une valeur normale se situant entre 4.000 et 10.000, des polynucléophiles à 92,4 alors que la valeur normale se situe entre 55 et 70, la CRP est normale, une hémoglobine à 16,8 g alors que les valeurs normales se situent entre 12 et 15 ; l'ASP montre quelques niveaux hydro-aériques.

Le docteur **T3.**) pense qu'il pourrait s'agir d'une gastro-entérite sérieuse et contacte vers 21h30 le médecin spécialiste en gastroentérologie de garde, le docteur **X.**), pour l'aviser de la situation. Il est décidé d'hospitaliser Madame **V.**) au service de gastroentérologie (unité 43).

Pour le docteur **T3.**), la patiente est pratiquement asymptomatique avec un tableau clinique pauvre et ne montre aucun signe de détresse vital, raison pour laquelle il déclare sur demande du docteur **X.**) qu'il suffit pour ce dernier de voir la patiente dans l'heure et non immédiatement.

Madame **V.**) est admise dans le service de gastroentérologie (unité 43) à 22h00 ; elle est sous perfusion de NACL sans aucune médication

Vers 23h15, l'infirmière de garde informe le docteur **T3.**) que la patiente se plaint de douleurs abdominales.

Le docteur **T3.**) prescrit par téléphone 4 ampoules de Spasfon et rappelle le docteur **X.**) entre 23h00 et 23h15.

Le docteur **X.**) arrive entre 23h30 et minuit. Les déclarations sur l'heure d'arrivée du docteur **X.**) varient.

Le docteur **X.**) se rend directement à l'unité 43 et prend connaissance des résultats de la biologie et de l'ASP. Il se rend au chevet de la patiente et procède à un examen clinique. Il prescrit un complément de bilan sanguin.

Le nouveau bilan sanguin révèle une augmentation des globules blancs à 32.800, une hémoglobine à 17,9 et un hématoците à 52,7.

Le docteur **X.**) prescrit une réhydratation parentérale (3000ml de Ringer lactate/24 heures) avec des antalgiques. Il prescrit un bilan de contrôle supplémentaire pour le 25.01 à 6h00 ainsi qu'un CTScan d'urgence à réaliser le matin tôt. Il prescrit encore l'administration de Spasfon, du Tranxène et du Clexane.

Le docteur **X.**) quitte l'hôpital vers 1h00 du matin et demande qu'on l'appelle si la patiente présente des douleurs ou des vomissements.

A 5h30, l'infirmière de nuit de l'unité 43 constate que la patiente est paraveineuse.

Alors qu'elle essaie de repiquer Madame **V.**) avec l'aide de sa collègue de l'unité 44, la patiente fait à 6h00 un malaise avec perte de connaissance et troubles respiratoires suivi d'un arrêt respiratoire puis cardiaque d'origine toxique et hypovolémique.

Les manoeuvres de réanimation sont entreprises avec le chariot d'urgence de l'unité par les deux infirmières anesthésistes ; le service de réanimation est appelé ainsi que le docteur **T3.**), médecin urgentiste de garde. Une réanimation cardio-respiratoire est initiée. Le médecin anesthésiste, le docteur **T5.**), est appelé à son domicile à 6h23 et arrive à 6h35.

Le docteur **X.**) est prévenu à 6h30 et se rend immédiatement à l'hôpital où il rejoint le docteur **T5.**) et le docteur **T3.**).

La patiente est transférée dans le service de réanimation vers 7h30.

Après une stabilisation hémodynamique, un scanner abdomino-pelvien est pratiqué par le docteur **T4.**), médecin radiologue, vers 8h00 du matin.

La radiologue retient dans son rapport l'existence d'un grand épanchement intra-péritonéal et d'une dilation des anses grêles.

Le docteur **T6.**), médecin spécialiste en chirurgie générale, est appelé en urgence à 8h30 à son domicile par le docteur **T5.**)

Le docteur **T6.**) se rend en salle de scanner à 8h45 où se trouve la patiente inconsciente, intubée et ventilée en fin d'examen radiologique et constate un abdomen très distendu, non dépressible,

L'ensemble des données cliniques, biologiques et radiologiques font poser l'indication d'une laparotomie en urgence et la patiente est transférée en salle d'opération.

Une laparotomie est pratiquée par le docteur **T6.**) vers 10h00 après une gastroscopie pratiquée par le docteur **X.**) qui montre une gastrite hémorragique de choc.

L'intervention montre un épanchement hémorragique important de la cavité abdominale.

Suivant le compte-rendu opératoire, cet épanchement est en rapport avec un infarctus massif du mésentère, s'accompagnant d'une ischémie étendue de l'ensemble du grêle qui nécessite la résection de 217 cm de grêle, seuls les 130 premiers cm du grêle étant encore vascularisés correctement. Le docteur **T6.**) retient que cet infarctus est en rapport avec un volvulus d'un méga-dolicho-sigmoïde dont le sommet de la boucle a basculé dans le pelvis et est responsable d'une strangulation avec volvulus de l'ensemble du mésentère qui est enserré dans la boucle sigmoïdienne volvulée. Le chirurgien ajoute que ces lésions sont favorisées par des méso très longs.

Madame **V.**) reste dans un coma post-anoxique et un scanner cérébral effectué en date du 2 février 2004 révèle un œdème cérébral.

Madame **V.**) décède le 29 février 2004 suite à un coma dépassé dans un tableau d'œdème cérébral malin.

EN DROIT

A l'audience du 13 mai 2016, Maître François SCHILTZ, mandataire de **X.**), soulève qu'il y a en l'espèce eu violation du principe du délai raisonnable prévu à l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

La défense demande à voir déclarer les poursuites dirigées contre **X.**) irrecevables, sinon de l'acquitter en raison du dépérissement des preuves sinon de lui accorder une réduction de la peine.

Maître Pascal PEUVREL, mandataire des demandeurs au civil, soulève également la violation du principe du délai raisonnable sans pour autant tirer une quelconque conséquence juridique de cette violation.

Quant au fond, le docteur **X.**) conteste avoir commis une faute médicale et conteste l'existence d'un lien de causalité entre le décès de la patiente et une éventuelle faute qui lui serait imputable. Il demande également à être acquitté de la prévention de non-assistance à personne en danger, les conditions d'application de l'article 410-1 du Code pénal n'étant pas réunies dans son chef.

La représentante du Ministère Public ne conteste pas qu'il y a eu en l'espèce dépassement du délai raisonnable. Celui-ci ne saurait cependant avoir pour conséquence l'irrecevabilité des poursuites. Il y aurait lieu d'en tenir compte dans le cadre de la fixation de la peine à encourir par le prévenu.

La représentante du Ministère Public conclut à la suspension du prononcé de la condamnation.

Quant au moyen du dépassement du délai raisonnable :

Aux termes de l'article 6.1. de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, « *toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable par un Tribunal indépendant et impartial.* »

Dès qu'une enquête pénale ou, du moins, une enquête susceptible de déboucher sur une procédure pénale est diligentée, la personne qui en fait l'objet a droit au respect des principes fondamentaux régissant le déroulement équitable du procès pénal (CEDH, arrêt I. c. Suisse du 24 novembre 1993, § 36).

L'exigence de délai raisonnable s'impose dès l'instant où une personne se trouve sous le coup d'une accusation pénale. Il peut s'agir d'une date antérieure à la saisine de la juridiction de jugement, date qui peut être celle de l'arrestation, de l'audition par un magistrat du ministère public, de l'inculpation ou même de l'ouverture d'une enquête préliminaire (F. KUTY, Justice pénale et procès équitable, éd. Larcier, p. 62).

S'agissant du point de départ du délai raisonnable dans lequel le prévenu doit être jugé, il est admis qu'en matière pénale, c'est la date à laquelle l'accusation a été formulée par l'autorité compétente (M. FRANCHIMONT, Manuel de procédure pénale, 3^{ème} édition, Larcier, p.1160).

X.) a été inculpé le 8 octobre 2008 par le Juge d'instruction et avant cette date, il n'a pas fait l'objet d'une accusation de la part des autorités policières ou judiciaires. Il avait bien été auditionné en date du 3 avril 2008 par la Police Judiciaire mais sans qu'il se trouve sous le coup d'une accusation pénale.

Le point de départ pour apprécier s'il y a eu violation du délai raisonnable est partant la date de l'inculpation de **X.)**, le 8 octobre 2008.

Le caractère raisonnable d'une procédure doit s'apprécier suivant les circonstances de la cause à la lumière, notamment de la complexité de la cause, à savoir le nombre de prévenus ainsi que la gravité et la nature des préventions (F.KUTY, Chronique de Jurisprudence, Le droit à un procès équitable au sens de la jurisprudence strasbourgeoise en 2001, in JLMB, 2002, pages 591 et suiv.).

Quatre grands critères ont été dégagés par la CEDH quant à l'appréciation du délai raisonnable :

1. la complexité de l'affaire, tant au point de vue juridique qu'au point de vue du fait et de la procédure entre en ligne de compte. Ainsi lorsque l'affaire requiert des expertises complexes, des actes d'instruction à l'étranger ou l'audition d'un grand nombre de témoins ;
2. le comportement du requérant : celui-ci est absolument libre d'organiser sa défense comme il l'entend, mais il doit en assumer les conséquences. Ainsi, si le prévenu oriente lui-même les enquêteurs sur de multiples fausses pistes ou lorsqu'il exerce systématiquement

tous les recours à sa disposition contre chaque décision, même mineure, il ne pourra se plaindre de la durée de la procédure ;

3. le comportement des autorités judiciaires : la Cour examine la manière dont les autorités judiciaires ont diligenté la procédure dans son ensemble : n'y a-t-il pas eu de longs temps morts, pendant lesquels rien ne s'est passé? Ce critère est, en pratique souvent déterminant ;

4. les enjeux du litige pour le requérant : la Cour estime que lorsque les enjeux pour ce dernier sont particulièrement importants et que l'écoulement du temps peut avoir des conséquences irrémédiables, le dossier doit être traité avec une célérité toute particulière.

Il est à noter qu'en tout état de cause, même selon la jurisprudence de Strasbourg, l'exigence du respect du délai raisonnable, c'est-à-dire la célérité du procès, ne peut en arriver à contrecarrer l'exigence d'une bonne administration de la justice. Il faut donc faire l'équilibre entre ces différentes exigences (M. FRANCHIMONT, Manuel de procédure pénale, 3^{ème} édition, Larcier, p.1162-1164).

Le Tribunal constate qu'après l'inculpation de **X.)** en date du 8 octobre 2008, une contre-expertise médicale est ordonnée par le Juge d'instruction le 6 mai 2009.

Le 14 mai 2009, Maître Pascal PEUVREL interjette au nom et pour le compte des parties civiles appel contre cette ordonnance du 6 mai 2009.

Par un arrêt n°506/09 du 19 juin 2009, la chambre du conseil de la Cour d'appel déclare cet appel irrecevable.

L'expert le Professeur Edouard LOUIS dépose en date du 17 septembre 2009 son rapport de contre-expertise.

Le 10 décembre 2009, **X.)** interjette appel contre une décision du Juge d'instruction du 8 décembre 2009 refusant de mandater le Professeur Edouard LOUIS afin d'examiner les conclusions du Professeur Marc-André BIGARD ensemble avec les observations de **X.)** relatives à ce rapport.

La chambre du conseil de la Cour d'appel déclare cet appel fondé par un arrêt n°54/10 du 1^{er} février 2010.

Le 4 février 2010, le Juge d'instruction ordonne alors un complément d'expertise et le Professeur Edouard LOUIS dépose en date du 4 août 2010 son rapport complémentaire de contre-expertise.

X.) est encore réinterrogé par le Juge d'instruction en date du 26 janvier 2011 et l'instruction est clôturée le 28 janvier 2011.

Le réquisitoire de renvoi du Parquet date du 15 novembre 2013.

L'ordonnance de renvoi de la chambre du conseil du Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg n°3083/13 a été rendue le 18 décembre 2013.

L'affaire a été pour la première fois refixée à l'audience du 30 juin 2015 et puis décommandée, le prévenu a alors été recité à l'audience du 8 décembre 2015. A cette audience, l'affaire a également été décommandée et le prévenu fut recité à l'audience du 25 avril 2016.

A l'audience du 25 avril 2016, l'affaire sera finalement retenue.

Le Tribunal constate qu'entre la clôture de l'instruction et le réquisitoire du renvoi un délai de 2 ans s'est écoulé sans qu'il y ait une quelconque raison objective justifiant ce délai. De même entre l'ordonnance de renvoi et la première fixation à une audience, un délai de deux ans s'est écoulé sans raison apparente.

Le Tribunal retient que l'écoulement de ces délais constitue une violation du principe du délai raisonnable étant donné qu'aucun devoir n'a été réalisé pendant ces périodes de temps et que le dossier a simplement été laissé à l'abandon.

Le Tribunal retient dès lors qu'il y a manifestement dépassement du délai raisonnable prévu à l'article 6§1 précité.

Cependant, ni l'article 6.1. de ladite Convention ni une loi nationale ne précisent les effets que le juge du fond doit déduire d'un dépassement du délai raisonnable qu'il constaterait.

Il incombe à la juridiction de jugement d'apprécier, à la lumière des données de chaque affaire, si la cause est entendue dans un délai raisonnable, et, dans la négative, de déterminer les conséquences qui pourraient en résulter (TAL, rôle n°1918/2004 du 15 juin 2004).

Les conséquences doivent être examinées sous l'angle de la preuve d'une part et sous l'angle de la sanction d'autre part. En effet, la durée anormale de la procédure peut avoir pour résultat la déperdition des preuves en sorte que le juge ne pourrait plus décider que les faits sont établis. Le dépassement du délai raisonnable peut aussi entraîner des conséquences dommageables pour le prévenu (Cass. Bel, 27 mai 1992, R.D.P. 1992, 998).

La Cour européenne des Droits de l'Homme a admis, comme sanctions possibles du dépassement du délai raisonnable, l'acquiescement, la réduction de la peine, l'irrecevabilité des poursuites et l'abandon des poursuites par le Parquet (Cour d'appel, n°486/07 V du 23 octobre 2007).

La défense soulève que l'exercice valable des droits de la défense était en l'espèce impossible.

Maître François SCHLITZ relève que notamment l'audition des témoins à l'audience après douze ans a eu pour conséquence que ces témoignages étaient surtout subjectifs et que partant leur fiabilité n'était plus assurée.

D'autre part des pièces seraient réapparues après douze ans, et plus précisément le rapport manuscrit de l'infirmière de nuit **E.)** du 11 février 2004.

Ce témoin clé ne s'est par ailleurs pas présenté aux audiences, de sorte que selon la défense, un des points cruciaux du dossier, à savoir quelles douleurs la patiente **V.)** a effectivement endurées est resté sans réponse.

La défense de dire que l'impossibilité d'exercer valablement les droits de la défense doit emporter l'irrecevabilité des poursuites.

A défaut, la défense demande à voir prononcer l'acquiescement de **X.)** au motif que l'écoulement d'un délai déraisonnable a entraîné un dépérissement des preuves, de sorte que le Parquet ne rapporte pas à l'exclusion de tout doute la culpabilité de **X.)**.

Finalement, la défense demande à se voir accorder une réduction de peine en raison de la violation du délai raisonnable.

L'irrecevabilité des poursuites ne saurait être retenue comme sanction d'un dépassement du délai raisonnable que s'il est constant que l'exercice de l'action publique devant les juridictions de jugement s'avère totalement inconciliable avec un exercice valable des droits de la défense. En matière pénale, les dispositions de droit international relatives au délai raisonnable partent aussi de la présomption qu'après un certain temps, une personne n'est plus en mesure d'exercer valablement ses droits de la défense. Si cette présomption devient quasi irréfragable, les poursuites pénales ne sauraient être continuées (arrêt précité, Cour d'appel, n°486/07 V du 23 octobre 2007).

L'irrecevabilité des poursuites pénales ne se justifie par conséquent que si le dépassement du délai raisonnable a eu une influence décisive sur l'exercice effectif par les prévenus de leurs droits de la défense.

Il y a violation irréparable des droits de la défense lorsque les prévenus ne jouissent plus devant le juge du fond de l'exercice entier de leurs droits de défense, c'est-à-dire lorsqu'ils n'ont plus la possibilité de contester la recevabilité des poursuites et le bien fondé des préventions, de faire valoir tout moyen de défense et de présenter au juge du fond toutes demandes utiles au jugement de la cause.

Ainsi, lorsque le dépassement du délai raisonnable fait obstacle, même partiellement, à l'exercice des droits de la défense, il y a violation de ce principe général du droit, violation irréparable dès lors qu'il est impossible de conjurer les effets du temps écoulé, devant entraîner l'irrecevabilité de l'action publique (F. KUTY, Tendances récentes en matière de délai raisonnable, in Actualités du droit pénal et de procédure pénale, éditions du Jeune Barreau de Bruxelles, 2001, no 88, p. 169).

Or, si le Tribunal concède que le délai écoulé après la clôture de l'instruction, respectivement après l'ordonnance de renvoi est conséquent, il n'en reste pas moins que ce délai en soi n'a pas engendré de violation des droits de la défense.

X.) a tout au long de la procédure pu valablement faire valoir ses droits. Même si à l'audience, certains témoins ne se souvenaient plus de tous les détails, le Tribunal a pu recourir à leurs déclarations faites auprès de la Police Judiciaire que les témoins ont confirmé à l'audience sous la foi du serment.

Le Tribunal retient également que le rapport manuscrit de l'infirmière **E.)** dont fait état la défense n'a pas « réapparu » après douze ans mais faisait partie intégrante du dossier. L'infirmière **E.)** avait lors de son audition auprès de la Police Judiciaire été confrontée à cet écrit.

Par ailleurs, les témoins avaient été interrogés par la Police Judiciaire sur la question de savoir si la patiente présentait des douleurs.

La défense avait connaissance de ces auditions et aurait à tout moment pu réclamer la communication de la note manuscrite de **E.)** pour le cas où elle ne lui aurait pas été communiquée.

Le fait que **E.)** ne s'est pas présentée à l'audience n'est par ailleurs pas imputable au dépassement du délai raisonnable.

Le Tribunal constate que l'instruction à l'audience a pu se faire valablement sans que les droits de la défense n'aient été violés ou même pâti d'une quelconque manière.

Au vu de ces développements, le Tribunal retient qu'il existe en l'espèce dépassement du délai raisonnable mais que ce dépassement n'a pas irrémédiablement préjudicié les droits de la défense et ne justifie partant pas l'irrecevabilité des poursuites pénales.

Le Tribunal constate encore qu'il n'y a en l'espèce pas eu de dépérissement des preuves alors que tous les devoirs nécessaires et utiles à l'instruction du dossier, dont notamment les auditions des témoins et les expertises, ont valablement été fait tout au long de la procédure.

Le Tribunal retient qu'en l'espèce le dépassement du délai raisonnable n'a pas fait obstacle à l'administration de la preuve et n'emporte en tout cas pas acquittement de **X.**)

En conclusion, le Tribunal retient qu'il y a eu dépassement du délai raisonnable qui pourra le cas échéant emporter une réduction de peine.

Ainsi, la Cour de Cassation belge a, par un arrêt du 24 janvier 1990, jugé que « *ne viole pas l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme l'arrêt qui, après avoir déclaré l'infraction établie et admis que l'ancienneté des faits et, partant, la durée de la procédure n'a pas fait obstacle à l'administration de la preuve, décide que compte tenu de cette ancienneté, il convient d'alléger la peine infligée au prévenu par le premier juge en la ramenant à un taux inférieur* ».

Quant au fond :

Le Parquet reproche au prévenu une prise en charge incorrecte et inadaptée à l'état de santé de la patiente qui a laissé le temps aux pathologies de s'aggraver et qui a conduit au décès de la patiente.

Il lui est notamment reproché d'avoir posé un diagnostic erroné en présence des symptômes graves présentés par la patiente ainsi que des données biologiques et radiologiques inquiétantes, diagnostic erroné qui a été rendu possible sinon a été accentué par l'absence de réalisation immédiate d'un scanner et qui a engendré un traitement de la patiente totalement inadapté.

Les déclarations du prévenu

- devant la police en date du 3 avril 2008

Le docteur **X.)** déclare que le 24 janvier 2004 il était de permanence en sa fonction de gastroentérologue et qu'il garantissait également la permanence en médecine interne où il remplaçait un collègue médecin interniste. Il assurait la permanence en date du 24 janvier 2004 de 7h00 du matin à 7h00 le lendemain.

Il dit avoir été contacté la première fois par le docteur **T3.)** entre 21h30 et 21h45 sur son portable alors qu'il se trouvait à proximité de son domicile situé à (...).

Le docteur **T3.)** lui a alors parlé d'une jeune femme qui s'était présentée aux urgences et qui se plaignait de douleurs abdominales, assorties d'une diarrhée et de vomissements. Le docteur **T3.)** l'a encore informé que le nombre des globules blancs s'élevait à 32.000. Il s'est renseigné auprès du docteur **T3.)** afin de s'assurer de la présence ou non d'une pathologie aiguë nécessitant une intervention quelconque immédiate. Le docteur **T3.)** lui aurait répondu que tel n'était pas le cas.

Il a convenu avec le docteur **T3.)**, vu qu'il n'y avait pas urgence vitale, qu'il se présenterait chez la patiente endéans l'heure.

Il déclare être arrivé à l'hôpital entre 23h00 et 23h45. Le docteur **T3.)** l'a contacté une deuxième fois quelques minutes avant son arrivée au **HÔP1.)**. Il répète qu'il ne s'agissait pas, d'après les informations qu'il avait reçues, d'une pathologie nécessitant sa présence immédiate au **HÔP1.)**.

En arrivant à l'hôpital il s'est dirigé immédiatement vers le service de gastroentérologie (unité 43). Il déclare qu'il n'a plus vu le docteur **T3.)** et qu'il ne s'est plus présenté aux urgences estimant avoir reçu assez d'informations de la part du docteur **T3.)** au sujet de la patiente.

Arrivé à l'unité 43, il rejoint l'infirmière et procède à un contrôle de l'analyse sanguine de la patiente. Il voit ensuite la patiente et l'examine. Un examen clinique complet de la patiente n'a pas fourni la présence d'anomalies ou une pathologie préoccupante. En plus la patiente ne s'est pas plainte de douleurs abdominales lors de sa visite.

Entre minuit et 00h30, il fait procéder à une deuxième analyse sanguine chez la patiente. Il est resté tout le temps à l'unité 43 et il a examiné la 2ème analyse sanguine respectivement le rapport correspondant dressé par le laborantin. Il a constaté que les valeurs de biochimie ne présentaient pas d'anomalies flagrantes. Il déclare qu'il y avait quelques valeurs hors norme comme les globules blancs, élévation qui n'était pas corroborée avec une élévation de la CRP. Le laborantin avait ajouté une remarque au rapport de l'analyse sanguine : « Sérum hémolysé ++ : Biochimie sous réserve, surtout LDH et Potassium ».

Il est d'avis qu'un scanner n'était tout simplement pas nécessaire à ce moment.

Il revoit la patiente une deuxième fois vers 1h15. Il refait les mêmes examens sur la patiente sans pourtant détecter des indices quant à une aggravation de la pathologie de la patiente qui l'auraient incité à demander un CTScan ou un avis chirurgical.

Il quitte le **HÔP1.)** après sa deuxième visite et après avoir avisé clairement l'infirmière de garde de le rappeler tout de suite en cas d'urgence.

Le 25 janvier 2004, vers 6h00, il est mis au courant de la mesure de réanimation ; il se rend immédiatement à l' **HÔP1.)**. Le docteur **T3.)** ainsi que toute l'équipe de la réanimation sont sur place. Le docteur **T5.)** est également présent. Le chirurgien a été appelé après la réalisation du scanner.

- devant le juge d'instruction en date du 8 octobre 2008 et du 16 janvier 2011 :

Le docteur **X.)** déclare que vers 21h30, le docteur **T3.)**, médecin urgentiste de service, le contacte sur son téléphone portable parce qu'il veut hospitaliser une patiente. Le docteur **T3.)** l'informe que la patiente a environ 30.400 de globules blancs et que la CRP (protéine C réactive) est normale – donc pas d'activité inflammatoire aiguë. Le ventre de la patiente est plat, n'évoquant aucun signe de pathologie aiguë potentiellement chirurgicale.

Il demande au docteur **T3.)** s'il doit venir immédiatement. Celui-ci lui répond qu'il n'y a pas d'urgence et il lui demande s'il peut venir voir la patiente un peu plus tard, c'est-à-dire dans une petite heure. Le docteur **T3.)** lui répond qu'il n'y a pas de problème compte tenu de ses informations sur l'état de la patiente.

Le docteur **X.)** précise qu'il était en route pour se rendre à l'hôpital lorsque le docteur **T3.)** le rappelle pour lui dire de venir voir la patiente alors que l'infirmière l'avait appelé vers 23h00/23h15 pour lui dire que la patiente se plaignait de douleurs abdominales.

Arrivé à l'hôpital, l'infirmière l'informe que la patiente a mal au ventre. Il se rend auprès de celle-ci. Il interroge la patiente sur ce qu'elle a mangé et comment elle se sent. Il lui demande si elle a eu des charges diarrhéiques sur quoi elle lui répond qu'elle en a eu à deux reprises et qu'elle n'a pas vomi.

Il fait ensuite un examen clinique complet de la patiente et déclare avoir retrouvé les mêmes informations que le docteur **T3.)** lui avait données par téléphone.

Il demande un complément de bilan sanguin et après en avoir pris connaissance, il retourne chez la patiente pour la ré-ausculter.

La patiente a moins mal et le ventre est plat. Il essaie de faire des hypothèses médicales à l'aide des signes qu'elle présente. Il pense toujours à une gastroentérite.

Interrogé par le juge d'instruction sur les signes radiologiques sur l'ASP ordonné à 21h00 du soir par le docteur **T3.)**, le docteur **X.)** déclare que la patiente ne présentait pas de signes pour une strangulation de l'intestin et qu'il est d'avis que la radiographie aurait pu être compatible avec une gastro-entérite sous traitement de Buscopan.

Le docteur **X.)** déclare que les signes cliniques qu'il a pu constater l'ont fait penser à une gastro-entérite et ne l'ont jamais fait penser à la strangulation de l'intestin parce que la patiente n'avait pas de distension de la paroi abdominale, pas de péritonisme (pas de douleurs évoquées soit par rebond soit par palpation profonde) et pas de sang dans les selles.

Avant de rentrer chez lui vers 1h00 du matin, il précise qu'il a ordonné pour le matin un bilan de sang complet et un scanner et qu'il a donné comme consigne à l'infirmière de garde de le rappeler tout de suite si l'état de la patiente devait se dégrader.

Le docteur **X.)** explique que vers 6h00 du matin il a été appelé d'urgence, la patiente ayant fait un arrêt respiratoire, suivi une dizaine de minutes plus tard d'un arrêt cardiaque.

Après deux heures de traitement de réanimation, un scanner a été fait et le docteur **T6.)**, chirurgien, a opéré la patiente encore le jour même. La patiente est décédée d'un œdème cérébral un mois après l'opération.

Le docteur **X.)** déclare au juge d'instruction qu'il est d'avis n'avoir commis aucune faute ayant entraîné la mort de la patiente et fait valoir à ce égard :

- que le jour en question, il y avait trois médecins, le docteur **T2.)**, le docteur **T3.)** et lui-même qui ont vu la patiente et les trois médecins n'ont constaté aucune urgence,
- que vers minuit et demi, 1h00 du matin, il a vu avant de quitter l'hôpital que le fax du laborantin indiquait que le sang était hémolysé et que partant l'indicateur LDH était non fiable et devenait inutile comme valeur de référence, mais il a estimé qu'il n'était pas nécessaire de refaire une prise de sang immédiatement parce qu'il n'y avait aucun indicateur, ensemble les signes cliniques en sa possession,
- qu'il a fait l'examen clinique de la patiente alors qu'elle était encore sous l'effet du Buscopan, mais que même sous l'effet du Buscopan, il aurait en pratiquant l'examen clinique pu constater une pathologie de type chirurgical,
- qu'il a également ausculté la patiente à l'aide d'un stéthoscope et qu'il n'avait aucun signe spécifique d'occlusion,
- que normalement une personne susceptible d'avoir une gastro-entérite n'est pas gardée en clinique mais que la patiente présentait 30.000 globules blancs et que de ce fait elle a été gardée en observation à l'hôpital,
- que la patiente a été vue par deux médecins généralistes qui s'occupaient du service de garde des urgences dont un urgentiste formé, le docteur **T3.)**,
- qu'au moment de son intervention, il lui était impossible de faire un diagnostic de certitude et que l'hypothèse qu'il a émise lui semblait toujours la plus probable au vu de l'état de la patiente qui n'avait pas de symptômes spécifiques,
- que la pathologie de la patiente ne lui a pas permis d'établir la conclusion qu'il y aurait un examen complémentaire ou une opération à effectuer en urgence au vu de la symptomatologie présentée,

- que l'évolution de la patiente au moment de son intervention était asymptomatique : elle n'avait pas de douleurs abdominales continues, pas de péritonisme, pas de vomissements, pas d'agitations psychomotrices, pas d'hyperventilation,
- que tôt le matin une analyse de sang devait être faite pour le suivi clinique complémentaire et que c'est au moment du prélèvement sanguin que la patiente a fait un malaise suivi d'un arrêt cardio-respiratoire.

Le docteur **X.)** ajoute que la première approche médicale envers une personne hospitalisée consiste à élaborer des hypothèses de travail en fonction de l'examen clinique, de l'âge et du sexe du patient :

- que l'ASP montrait quelques niveaux hydro-aériques sans distension majeure identiques à ceux d'une gastroentérite qui présente à l'ASP des NHA traitée par des antispasmodiques qui peuvent présenter des dilatations des anses intestinales,
- l'examen clinique ne mettait pas en évidence – patiente examinée par trois médecins - la présence de signes de péritonisme ni une distension pathologique de la paroi abdominale,
- l'auscultation était pour ainsi dire typique d'un pattern nocturne et d'un intestin sous effet d'un antispasmodique,
- la patiente ne présentait pas un abdomen aigu de type chirurgical, c'est-à-dire présence de péritonisme diffus ou focal,
- la patiente est hospitalisée pour les valeurs retrouvées au bilan sanguin c'est-à-dire une hyperleucocytose,
- aucune hypothermie n'a été révélée,
- absence de signes vitaux altérés (fonctions cardiorespiratoires et TA, conscience et orientation et examen neurologique sans focalisation),
- il examine la patiente et conclut que le tableau clinique de la patiente est sans point d'appel (abdomen souple et non douloureux à la palpation),
- 3 médecins ne trouvent pas d'abdomen chirurgical et pas de signes radiologiques spécifiques d'occlusion franche,
- selon la clinique et l'imagerie ainsi que l'évolution des symptômes, le gastroentérologue transfère ou demande un avis au chirurgien,
- la patiente n'a pas seulement été gardée à l'hôpital mais elle a aussi été examinée à 2 reprises et a reçu un complément d'analyses, un traitement et un scanner a été programmé pour le matin,
- la patiente était théoriquement surveillée par l'infirmière du service,
- la patiente reçoit dans le service 3000 ml de Ringer lactate/24 heures (ayant déjà reçu 500 ml en policlinique),
- un léger calmant est administré vu que la patiente se plaignait d'une légère anxiété et désirait recevoir « quelque chose » pour dormir,
- le scanner a été demandé avec l'urgence qu'il méritait, c'est-à-dire en se basant sur le degré de souffrance de la patiente (subjective et objective), la radiologie et surtout la clinique.

- à l'audience

Le docteur **X.)** déclare qu'il est arrivé à l'**HÔP1.)** le soir du 24 janvier 2004 entre 23h20 et 23h30. Il prend connaissance du résultat du bilan sanguin qui avait été ordonné par le docteur **T3.)** et analyse les clichés de l'ASP réalisé à la demande de ce même urgentiste. Il se rend au chevet de la patiente et procède à un interrogatoire de celle-ci. Elle lui dit avoir ressenti une douleur très intense sus-ombilicale à crampes vers 15h00 suivie de deux épisodes de vomissement et de deux épisodes de diarrhée, sans présence de sang. Puis la douleur aurait été continue.

Il procède ensuite à un examen clinique de la patiente (voir observations médicales).

Le docteur **X.)** déclare que selon lui le bilan lu dans son ensemble ne portait pas de point d'appel d'une urgence vitale.

Il déclare être retourné voir la patiente et avoir procédé à un nouvel examen clinique de celle-ci. Le ventre de la patiente est toujours plat et souple, elle n'a pas présenté de vomissements. Réinterrogée sur sa douleur, la patiente parle plutôt d'une gêne que d'une douleur. Le docteur **X.)** souligne qu'à cette heure elle n'était plus sous l'effet de l'antalgique qui lui avait été administré aux urgences (Buscopan Compositum). Elle parle normalement.

Le docteur **X.)** déclare avoir quitté la patiente dans un bon état général et surtout rassurant vers 1h00 du matin. Il a prescrit du Spasfon (non susceptible de masquer la douleur) et sur demande de la patiente, un léger calmant, du Tranxène 20mg.

Il a encore établi une prescription pour du Pimpéran à administrer en cas de vomissements et d'1/2 ampoule de Dipidolor si la patiente devait faire état de douleurs pendant la nuit.

Il a demandé de faire réaliser un bilan de contrôle supplémentaire à 6h du matin et a établi une demande de scanner à réaliser au besoin le matin.

Il a donné des instructions au personnel de nuit chargé de la surveillance de la patiente, à savoir qu'il fallait le contacter immédiatement pour le cas où la patiente devait se plaindre de douleurs ou en cas de vomissements pendant la nuit respectivement de dégradation de l'état clinique de la patiente.

Le docteur **X.)** de conclure que le nouvel examen clinique ne donnait pas plus que le premier un quelconque point d'appel pour une intervention en urgence ou pour la réalisation d'examens en urgence.

Le docteur **X.)** est d'avis qu'à ce moment la patiente ne présentait aucun signe clinique requérant une intervention chirurgicale en urgence ou des examens complémentaires en urgence et il aurait dès lors adopté une attitude conservatrice, se laissant le temps de surveiller l'évolution de l'état de la patiente avant de poser un diagnostic définitif. La patiente restait en outre hospitalisée et il avait donné des consignes précises de surveillance.

A supposer que l'on puisse reprocher au docteur **X.)** de ne pas avoir réalisé un scanner dès 1.00 h du matin, le mandataire du prévenu fait valoir que l'on ne peut soutenir avec certitude que le scanner fait à cette heure aurait induit une prise en charge différente, de sorte qu'à supposer que l'abstention reprochée au docteur **X.)** de faire réaliser cet examen soit fautive, tout lien de causalité entre cette prétendue abstention fautive et le préjudice subi par la patiente, soit son décès, laisserait d'être établi.

Le mandataire du prévenu entend encore souligner que la patiente est décédée d'un œdème cérébral qui s'est constitué suite à son arrêt respiratoire, lui-même suivi d'un arrêt cardiaque, œdème cérébral dont les origines laissent également d'être établies à l'abri de tout doute.

Les déclarations des témoins et experts

D'emblée, le Tribunal précise qu'il ne tiendra compte ni des deux avis du docteur **F.)** versés par le mandataire des parties civiles ni de l'avis des docteurs **G.)** et **H.)** versés par le mandataire du prévenu dans la mesure où le Tribunal n'est pas en mesure de connaître exactement les informations et les données qui avaient été transmises à ces médecins et sur base desquelles ils ont rédigé leur rapport.

A l'audience le **docteur T2.)** déclare qu'il maintient sa prise de position écrite du 4 novembre 2004 qu'il a adressée au Collège médical, à savoir qu'il a vu la patiente le 24 janvier 2004 vers 19h15 à la polyclinique de l'**HÔP1.)**, que la patiente lui a dit qu'elle avait mangé vers

13h00 un sandwich et que vers 15h00 elle a commencé à avoir mal au ventre accompagné de vomissements et de diarrhée.

Sur sa demande, elle précise qu'elle n'avait pas de sang dans les selles. Il l'examine et les paramètres étaient normaux. L'examen de l'abdomen était normal (abdomen souple).

Sa première impression était qu'il s'agissait d'une intoxication alimentaire ou gastro-entérite aiguë.

Il fait administrer à la patiente une perfusion avec du Primperan et du Buscopan compositum.

Il revoit la patiente vers 19h40 et sur sa demande, elle déclare se sentir un peu mieux.

Vers 20h, à la fin de sa garde, il revoit la patiente et elle lui dit qu'elle ne va pas bien.

Il déclare avoir jugé alors nécessaire de faire des examens supplémentaires et il consulte le docteur **T3.)** qui devait prendre sa relève au service des urgences. Il lui explique la situation de la patiente et lui demande s'il est d'accord de prendre en charge la patiente.

Avec l'accord du docteur **T3.)**, il transfère la patiente au docteur **T3.)** et il quitte la policlinique à 20h00, fin de sa garde.

Le **docteur T3.)** déclare également qu'il maintient sa prise de position du 2 novembre 2004 qu'il a adressée au Collège médical, à savoir que le 24 janvier 2004, il était de garde en policlinique de 20h à 6h le lendemain. Il a pris sa garde en polyclinique à 19h45 relevant le docteur **T2.)**. A son arrivée, le docteur **T2.)** lui a dit qu'il avait examiné Madame **V.)** et qu'elle se trouvait dans la salle 2. Il l'a encore informé que cette patiente avait été à Metz dans le courant de l'après-midi et qu'une heure après avoir mangé un en-cas elle avait présenté des diarrhées, vomissements et douleurs abdominales. Le docteur **T2.)** lui a déclaré que selon lui il s'agissait d'une gastro-entérite et qu'une perfusion avec du Buscopan compositum et du Pimpéran était en train de couler et qu'une fois la perfusion terminée, la patiente pourrait rentrer chez elle.

Vers 20h15, l'infirmière le prévient que la perfusion est terminée et lui demande si la patiente peut rentrer chez elle ou s'il va la voir.

Il se rend auprès de la patiente et l'examine. L'abdomen est souple, non ballonné, plat, dépressible, sans voussure. La palpation de l'abdomen est non douloureuse, sans aucun point de focalisation, la palpation profonde ne réveille aucune douleur. Il n'y a aucun signe d'irritation péritonéale, pas de défense et pas de contracture. La patiente lui dit qu'elle va mieux et qu'elle ne ressent qu'une légère douleur diffuse au niveau abdominal. Les vomissements et la diarrhée avaient cessé. Les constantes étaient normales.

Pour lui, en aucun cas, il s'agissait d'un abdomen aigu dont l'expression décrit une situation d'urgence définie par l'apparition soudaine de symptômes abdominaux de gravité telle qu'ils suggèrent une affection susceptible de menacer le pronostic vital.

Il ne s'agissait pas d'un abdomen chirurgical car il n'y avait aucun signe d'irritation péritonéale et les médicaments injectés ne pouvaient masquer un ventre chirurgical.

Il ajoute que les médicaments prescrits par le docteur **T2.)** étaient licites devant un tableau de gastroentérite.

La patiente n'était pas en état de choc, parlait avec les infirmières

Comme aucun examen complémentaire n'avait été demandé, par précaution et par sécurité, il a dit à la patiente qu'il allait faire une prise de sang et une radiographie de l'abdomen et qu'en fonction des résultats, il verrait ce qu'il ferait.

Vers 21h30, il a le résultat du bilan et de la radio : la biologie montrait une hyperleucocytose à 30 000 GB, sans CRP et une hémoglobine élevée à 16,8g. L'ASP aspécifique montrait des niveaux hydro-aériques comme on peut en observer dans les gastro-entérites.

Devant ces éléments, il pense à une gastro-entérite sérieuse et décide de confier la patiente à un spécialiste de gastro-entérologie, le docteur **X.)**, qui est de garde en médecine interne. De par sa spécialité, ce dernier était compétent pour appréhender ce cas clinique. N'étant pas en présence d'un ventre chirurgical aigu, il n'avait aucune raison d'adresser la patiente à un chirurgien.

Il appelle le docteur **X.)** vers 21h30 et lui fait part des éléments cliniques et des examens cliniques réalisés, à savoir une hyperleucocytose à 30 000 globules blancs, sans CRP et avec hémoglobine à 16,8 g, et un ASP aspécifique avec des niveaux hydroaériques.

D'un commun accord, il est décidé d'hospitaliser la patiente dans le service du docteur **X.)**.

Le docteur **X.)** lui demande encore si la patiente est perfusée ; il lui répond par l'affirmative.

Le docteur **X.)** lui demande de poursuivre la perfusion de NA CL et de faire réaliser une coproculture.

Le docteur **X.)** lui demande finalement s'il doit venir immédiatement ou si cela peut attendre une heure.

Il lui répond qu'il peut venir dans une heure, la patiente étant pratiquement asymptomatique avec un tableau clinique pauvre et ne montrant aucun signe de détresse vitale.

Il va revoir la patiente et lui dit qu'au vu des examens complémentaires réalisés et qu'après entretien avec le docteur **X.)**, on va l'hospitaliser et que c'est le docteur **X.)** qui va s'occuper d'elle. Son compagnon présente la quitte pour aller chercher ses affaires personnelles.

Vers 22h00, la patiente monte dans le service de gastroentérologie en chaise roulante. Elle est toujours asymptomatique et son état n'est pas inquiétant. Elle a une voie veineuse avec du NA CL, sans aucune médication.

Vers 23h15, l'infirmière de l'étage lui téléphone en lui disant que la patiente a des douleurs abdominales. Il lui demande d'administrer à la patiente du Spasfon.

Il reconferme à l'infirmière que le docteur **X.)** a été prévenu à 21h30 et qu'il devrait être là d'une minute à l'autre.

À 6h00, alors qu'il est dans la chambre de garde, il est joint par un coup de téléphone de la Centrale lui demandant de se rendre d'urgence à l'unité 43. Moins de 3 minutes après, il arrive à l'unité 43, suivi par l'infirmier anesthésiste du service de réanimation muni de la trousse de réanimation. Les docteurs **T5.)** et **X.)** avaient également été prévenus.

Il trouve Madame **V.)** en détresse respiratoire aiguë en train de « gasper », les yeux en mydriase bilatérale. La patiente est immédiatement intubée et ventilée. Il demande à l'infirmière ce qui s'est passé et elle lui répond qu'en relevant la patiente, celle-ci s'est mise en arrêt respiratoire.

L'infirmière essaie de trouver une voie veineuse – la patiente n'avait plus de voie veineuse à son arrivée.

Puis rapidement, la patiente se met en arrêt cardiaque. Elle est massée et ventilée. Il pose à ce moment-là une voie fémorale et on commence à remplir la patiente. Le temps qu'il pose la voie, de l'adrénaline est injectée par voie endo-trachéale.

Le docteur **T5.)**, anesthésiste de garde, arrive 15 à 20 minutes après son intervention et prend en charge la suite de la réanimation.

Il quitte à ce moment-là la chambre.

A l'audience, le docteur **T3.)** a ajouté qu'il trouvait la patiente pâle lorsqu'il l'a vue. Il dit avoir demandé un bilan sanguin et un ASP car il pensait que c'était utile. Mais il ne pensait à rien de spécial. Il déclare : « J'étais intuitif ». Il se disait qu'il y avait quelque chose d'autre.

Il confirme qu'au moment où il a vu la patiente, soit à 20h30 et à 21h30, la patiente ne présentait pas de douleurs intenses.

E.) était l'infirmière de nuit à l'unité 43 durant la nuit du 24 au 25 janvier 2004.

Elle a dans un écrit du 11 février 2004 adressé au directeur des soins de l'époque, M. **I.)**, pris position sur les événements de la nuit du 24 au 25 janvier 2004.

Elle précise qu'à 22.00 heures, elle a remonté la patiente en chaise roulante de la polyclinique. Elle l'a installée dans une chambre et a fait l'anamnèse et contrôlé les paramètres. Elle note que la patiente est très algique et que son abdomen est douloureux. Elle attend la venue du docteur **X.)** qui a été prévenu par le docteur **T3.)**.

Vers ± 23h30, elle note que la patiente ressent toujours des douleurs, la patiente n'ayant alors reçu qu'une ampoule de Buscopan en polyclinique.

Comme le docteur **X.)** n'est pas encore arrivé, elle appelle le docteur **T3.)**, médecin de garde en polyclinique. Ce dernier prescrit par téléphone une perfusion avec 1 gr de Perfusalgan et 4 ampoules de Spasfon. Le docteur **T3.)** lui dit qu'il se charge de rappeler le docteur **X.)**.

L'infirmière note que vers ± minuit, le docteur **X.)** arrive au service. Il prend connaissance de la biologie et elle lui montre les clichés de l'ASP. L'infirmière relève que la biologie était insuffisante car un seul tube avait été prélevé en polyclinique alors que la patiente se trouvait en vasoconstriction. Une deuxième prise de sang est alors réalisée en présence du docteur **X.)** qui prend connaissance des résultats vers 0h45. Sur ce, il est décidé de laisser la patiente à jeun pour réaliser un scanner abdominal en urgence au matin. Sur prescription du docteur **X.)**, une ampoule de Tranxène 20 est administrée à la patiente.

Après le départ du docteur **X.)**, l'infirmière note dans son compte-rendu que de 1h00 à 3h00 la patiente est tranquille. Elle note que la patiente présente toujours des douleurs abdominales qui sont signalées à l'interrogatoire mais qu'il n'y a pas de plaintes spontanées de la part de la patiente. Elle note que la patiente dort un peu. Les paramètres sont contrôlés.

A 3h00, l'infirmière constate que la perfusion est paraveineuse. La patiente est repiquée.

Entre 3h00 et 5h30, l'infirmière note que l'état de la patiente est stationnaire ; la patiente somnole.

Vers ± 5h30, la perfusion est à nouveau paraveineuse. L'infirmière essaie à 2 reprises de repiquer la patiente mais n'y parvient pas. Elle appelle alors une collègue de l'unité 44 pour qu'elle l'aide.

L'infirmière note que vers ± 6h00, elle met ensemble avec sa collègue la patiente en position demi-assise dans son lit et qu'à ce moment la patiente perd connaissance. La patiente est immédiatement branchée au masque à oxygène. La réanimation est débutée avec le chariot d'urgence de l'unité 42 et l'équipe de réanimation est appelée.

La patiente est réanimée dans sa chambre jusqu'à 7h00 avant d'être descendue dans le service de réanimation après une reprise circulatoire.

Lors de son audition par la police en date du 16 février 2008, **E.)** confirme qu'elle était à l'époque infirmière au service de gastroentérologie et que le soir du 24 janvier 2004, elle était de garde de 21h00 à 7h00 le lendemain matin. Elle précise qu'elle se trouvait seule à l'unité 43, alors qu'il n'était pas prévu qu'une deuxième infirmière travaille dans ce service durant la nuit.

Vers 22h00, elle est allée chercher la patiente à la polyclinique. Elle a pris connaissance du problème par l'intermédiaire de l'infirmière qui lui a remis la feuille d'urgence de la polyclinique. Elle n'a pas vu le docteur **T3.)**. Elle a monté la patiente qui était accompagnée de son compagnon à l'unité 43. L'infirmière précise que la patiente avait des douleurs abdominales mais un « état de clinique conservé ». Elle précise que le personnel de la polyclinique ne l'avait pas mise au courant d'analyses perturbées.

Elle précise qu'elle savait que le docteur **T3.)** avait contacté le docteur **X.)** une première fois avant 22h00. Vers 23h30, elle appelle le docteur **T3.)** pour l'informer que les douleurs persistent toujours chez la patiente et qu'elle n'a pas de prescription pour lui donner des médicaments. Elle l'informe que le docteur **X.)** n'est toujours pas arrivé et le docteur **T3.)** prescrit par téléphone un gramme de Perfusalgan et 4 ampoules de Spasfon pour administrer par perfusion.

Elle confirme que le docteur **X.)** est arrivé vers minuit et précise que le compagnon de la patiente est parti vers 23h45, juste avant l'arrivée du docteur **X.)**.

Elle déclare qu'elle était présente lorsque le docteur **X.)** a fait sa consultation. Elle précise que le docteur **X.)** a demandé à la patiente où elle avait mal et si elle avait déjà eu une fois des douleurs similaires.

Par la suite, le docteur **X.)** a consulté la bio sans faire de remarques sur l'analyse. Il a cependant ordonné une deuxième analyse étant donné que lors de la première analyse il y avait juste assez de sang pour remplir un tube. Elle précise qu'en général et selon la suspicion de la maladie, on a besoin de trois ou quatre tubes de sang. Elle ajoute que la patiente avait lors de sa première prise de sang une vasoconstriction due à ses douleurs de sorte qu'on ne peut avoir assez de sang qui à ce moment sort juste en petites gouttes.

E.) précise que lors de la deuxième prise de sang qu'elle a elle-même effectuée, de tels problèmes ne se sont pas présentés de sorte qu'elle a pu remplir trois tubes.

L'analyse a été faite tout de suite et le laborantin a remis les résultats au docteur **X.)** aux environs de 00.30 heures. Elle précise que le laborantin a fait état d'un sérum hémolysé. Elle est cependant d'avis que cela ne pouvait pas être le cas étant donné qu'elle n'avait pas eu de problème lors du prélèvement de sang chez la patiente.

Elle situe le départ du docteur **X.**) entre 00h45 et 01h00. Elle précise qu'avant de partir, le docteur **X.**) a prescrit une prise de sang pour contrôler une nouvelle fois la biologie le matin ainsi que l'administration du médicament Tranxène pour calmer la patiente vu qu'elle était un peu agitée. En cas de douleurs, le docteur **X.**) avait dit qu'il fallait lui administrer le médicament Dipidolor. Elle ajoute que le docteur **X.**) voulait faire réaliser un scanner le matin vers 6h00 et qu'à ces fins, il avait rempli un formulaire pour le service de radiologie.

Elle ajoute que le docteur **X.**) avait dit qu'il fallait le contacter en cas d'un problème avec la patiente.

Questionnée sur les douleurs de la patiente, elle déclare que la patiente se plaignait de douleurs en permanence et qu'elle avait même classé ses douleurs entre 8 et 9 sur une échelle numérique qu'elle lui avait donnée.

Elle précise qu'à partir de 1h00, il n'y avait plus de plainte spontanée de la part de la patiente durant la nuit. La patiente avait reçu une perfusion. Elle n'a donc pas fait appel ni au docteur **X.**), ni au docteur **T3.**) qui se trouvait de toute façon dans la polyclinique ou dans sa chambre de garde.

A 5h30, elle est allée dans la chambre de la patiente et a constaté que sa perfusion était paraveineuse. Elle déclare avoir essayé de la repiquer à deux reprises sans y parvenir. Elle a appelé sa collègue de l'unité 44 qui l'a aidée à relever la patiente. C'est à ce moment que la patiente a perdu connaissance. Elle précise que la réanimation a été tout de suite commencée, et que le docteur **T3.**) a été mis au courant toute de suite. Le docteur **X.**) a été averti et le docteur **T5.**) les a rejoints.

Sur le recueil de données à l'admission, l'infirmière **E.**) note ce qui suit : « Motif d'hospitalisation : douleurs abdo
Macrocible d'entrée : patiente âgée de 28 ans admise pour des troubles digestifs (gastroentérite) → Diarrhée 3x cette après-midi + vomissements et nausées. Douleurs abdo intenses et diffuses. Autonome. »

Sur la feuille « transmissions ciblées », **E.**) note dans la nuit du 24 au 25 janvier 2004 ce qui suit : « Douleurs abdo- patiente douloureuse +++ » - médecin de garde recontacté : 4A Spasfon faite → Dr **X.**) représenté.

Visite Dr **X.**) → Patiente repiquée, à jeun strict, bio reprélevée.

Perf paraveineuse – repiquée pli du coude droit car en vasoconstriction +++
5h30 Perf à nouveau para → essai repiqué IMPOSSIBLE !

6h Malaise type ? – Patiente aréactive dès que mise en position semi assise. En mydriase – Réa prévenue – médecin de garde prévenu - essai intubation → OK - Contrôle paramètres au moment du malaise – TA imprenable. Scopée → se met en (?) → massage commencé ».

E.) avait été citée par le Parquet comme témoin à l'audience mais cette dernière a versé un certificat médical aux termes duquel son état de santé serait incompatible avec sa venue au Tribunal. Elle n'a donc pas pu être entendue à l'audience quant au déroulement exact de la nuit du 24 au 25 janvier 2004, soit après le départ du docteur **X.**) vers 1h00 et avant le malaise de la patiente vers 6h00 du matin.

Le docteur T4.), médecin radiologue à l'époque au **HÔP1.**), a déclaré qu'elle s'est présentée à l'hôpital après avoir été appelée au matin du 25 janvier 2004.

Elle a alors pris connaissance des clichés de l'ASP qui avaient été faits la veille et retenu dans son rapport les conclusions suivantes :

« Présence de multiples niveaux hydro-aériques au niveau du grêle avec distension des anses grêles et présence d'un syndrome Chilaïditi.

Pas de gaz dans le colon gauche, ni dans le rectum.

Pas d'argument en faveur d'un pneumopéritoine. »

Le docteur **T4.)** déclare qu'on pouvait suspecter sur les clichés une occlusion intestinale. En présence d'un abdomen aigu, on investigate dit-elle. Si on cherche quelque chose de plus précis, il est plus prudent de faire un scanner. Elle déclare que par précaution elle aurait fait un scanner. Elle précise que l'abdomen aigu est quelque chose qui n'est pas spécifique : cliniquement on a des signes de gravité (douleurs très intenses, défense), ou d'autres paramètres, telle la biologie, qui montrent des signes inflammatoires.

Elle précise qu'un ASP n'est pas assez parlant ; en tant que radiologue, si elle avait vu les clichés, elle aurait demandé un scanner. Elle ajoute que lorsqu'on n'a pas suffisamment d'arguments pour dire de quoi il s'agit, on fait un examen supérieur à ce qui a été fait. Le scanner est supérieur en valeur de diagnostic que l'ASP.

Sur question, elle précise que durant la nuit du 24 au 25 janvier 2014, elle était de garde et qu'il était d'usage qu'elle soit appelée la nuit. Les confrères ont l'habitude de regarder des radios mais ils aiment bien, dit-elle, appeler le radiologue pour se rassurer.

Le docteur **T4.)** précise que le temps d'ischémie du grêle n'est pas très long, de quelques heures. Elle ajoute que si elle avait été appelée le soir du 24 janvier 2004, la situation aurait été certainement différente pour la patiente. Mais elle ajoute qu'elle ne sait pas qu'elle était l'avancement de l'ischémie lors de l'admission de la patiente.

Elle indique que sur base du scanner pré-opératoire qu'elle a effectué le 25 janvier 2004, elle avait retenu un volvulus colique localisé, diagnostic qu'elle n'aurait cependant pas pu faire sur base de la seule radio.

Sur question si une occlusion du grêle pouvait être retenue sur base des seuls clichés de l'ASP elle répond : « Cela aurait pu l'être »

Elle ajoute que le radiologue discute les images ensemble avec celui qui a prescrit la radio, et en fonction du bilan, décide d'un scanner.

Sur question elle précise qu'en présence de douleurs abdominales avec un syndrome inflammatoire, on fait souvent un ASP pour voir s'il y a un point d'appel. L'ASP est un premier pas et après on va le cas échéant plus loin dans l'investigation.

Elle ajoute que si le docteur **X.)** avait eu des doutes, il l'aurait appelée. Comme il ne l'a pas appelée, elle déclare que son analyse était concluante.

Elle indique que dans le cas d'espèce, il y avait des signes contradictoires : d'un côté, un abdomen sans défense et de l'autre côté des signes d'occlusion sur les images et une hyperleucocytose. Si le clinicien est d'avis que cela lui suffit, il n'y aura pas de discussion entre lui et le radiologue.

Sur question, elle précise que ce que l'ASP a montré peut se retrouver en cas d'une gastro-entérite mais n'est pas typique.

Elle est d'avis que l'administration de BUSCOPAN COMPOSITUM a pu influencer l'image en provoquant une atonie intestinale : les anses bougent moins, un peu de liquide peut rester dans les anses, mais elle ajoute que dans le cas d'espèce, la dilation était trop prononcée.

Elle déclare que sur l'ASP, elle n'aurait pas nécessairement dit qu'il s'agissait d'un volvulus du colon. La position atypique du colon droit se verrait également lorsqu'il n'y a pas d'occlusion de l'intestin.

Elle ajoute que l'augmentation du nombre de leucocytes est à elle seule un indice significatif d'une infection. Afin d'assurer une observation de la patiente, il été décidé de l'hospitaliser

Les docteurs **T6.)**, **T5.)** et **T7.)** ont également été entendus comme témoins à l'audience.

Le Tribunal ne reviendra cependant pas sur leurs témoignages alors qu'il n'entend pas en tenir compte dans la mesure où tant le docteur **T6.)** qui a procédé à la laparotomie que le docteur **T5.)**, qui a effectué les manœuvres de réanimation, n'ont vu la patiente qu'après son arrêt cardio-respiratoire au matin du 25 janvier 2004. Ils n'ont donc pas examiné la patiente et leurs déclarations sont nécessairement influencées par la pathologie qu'a révélée l'intervention chirurgicale.

Il en est de même du témoignage du docteur **T7.)** qui avait adressé en date du 8 juin 2004 en sa qualité de médecin-chef de service auprès du Ministère de la Santé un courrier au directeur de la Santé de l'époque, le docteur D. H.-K..

La représentante du Ministère Public a d'ailleurs elle-même déclaré qu'elle n'entendait pas se référer au témoignage du docteur **T7.)**.

Le **Professeur Marc-André BIGARD** a été nommé expert par ordonnance du juge d'instruction du 15 mai 2007 avec la mission de se prononcer sur les circonstances et les causes du décès de Mademoiselle **V.)**, de se prononcer sur les éventuelles fautes professionnelles pouvant être en relation causale avec ce décès et de traiter les questions énoncées au rapport n° 1751.5 du 30 avril 2007 de la police judiciaire.

Le professeur BIGARD retient dans son rapport d'expertise du 22 août 2007 que « la patiente a présenté ce qu'on appelle dans la littérature un « ileosigmoïd knot », c'est-à-dire un nœud iléo-sigmoïdien. Dans cette pathologie liée à un dolicho-sigmoïde et à un grêle avec un méésentère long, il se forme un noeud entre le côlon sigmoïde et l'intestin grêle. Soit l'intestin grêle entoure le côlon sigmoïde et le strangule en provoquant un volvulus de ce côlon sigmoïde, soit c'est l'inverse et c'est le côlon sigmoïde qui volvule en premier et entraîne l'intestin grêle, ce qui semble être le cas chez cette patiente d'après le compte-rendu opératoire. L'essentiel n'était pas de faire le diagnostic exact lésionnel mais de faire le diagnostic de strangulation et d'occlusion par strangulation avec ischémie intestinale. Le diagnostic de bride intestinale (possible même en l'absence d'antécédent de laparotomie) pouvait correspondre au tableau clinique puisqu'il s'agit d'une douleur forte, brutale, correspondant à la strangulation du grêle. Ce diagnostic de bride avec strangulation doit conduire à une laparotomie immédiate, éventuellement après réalisation d'un scanner.

Le Professeur en conclut que la prise en charge de Mademoiselle **V.)** n'a pas été correcte à l'exception de la première heure suivant son hospitalisation où les examens réalisés étaient adaptés à la situation. A partir du moment où les résultats du bilan biologique et de l'abdomen sans préparation ont été connus, la patiente aurait dû être opérée immédiatement ou après réalisation d'un scanner abdominal en urgence.

Selon le professeur BIGARD, la patiente présentait un problème d'une douleur abdominale aiguë apparue brutalement alors qu'elle n'avait pas d'antécédent particulier. Il était donc

nécessaire selon lui de passer en revue les différentes étiologies des douleurs abdominales aiguës en tenant compte du siège de la douleur, de son déclenchement brutal ou progressif, des clichés de l'ASP, de la présence ou non d'une distension abdominale.

Sur base des éléments du dossier en sa possession, le professeur BIGARD conclut, au vu de tous les signes de l'ischémie avec une douleur d'apparition brutale, l'association à des vomissements et un épisode diarrhéique, qu'il s'agissait essentiellement d'un tableau d'ischémie mésentérique relativement typique.

L'expert retient que d'un point de vue biologique, on retrouve également les signes qui plaident en faveur de ce diagnostic sous forme d'une hyperleucocytose neutrophile et d'une élévation des LDH. Il note que lorsque le bilan a été fait, il y avait déjà une hémococoncentration importante et qu'il y avait déjà eu création chez la patiente d'un troisième secteur qui allait entraîner, en l'absence de compensation, son décès en raison d'une acidose et d'une hypovolémie.

Le professeur BIGARD relève encore que le diagnostic de gastroentérite ne pouvait être retenu en face de douleurs abdominales, de l'absence de diarrhée et de vomissements après le début brutal de la symptomatologie, en présence des anomalies biologiques importantes en ce qui concerne la numération formule (30.000 GB) et des anomalies radiologiques. Ainsi un ASP de gastroentérite ne montrerait que des petits niveaux hydro-aériques en cas de diarrhée profuse mais pas de distension colique ni de niveaux étagés sur tout le grêle.

Le professeur BIGARD de conclure dans son rapport d'expertise : « La prise en charge de cette patiente n'a pas été correcte. La patiente aurait dû bénéficier dès qu'étaient connus les résultats du bilan biologique et de l'abdomen sans préparation d'une prise en charge beaucoup plus « agressive » dans le bon sens du terme. En effet, il existait des signes d'affection organique sévère et tout orientait vers une strangulation de l'intestin grêle. La patiente aurait dû bénéficier soit d'une intervention chirurgicale immédiate soit surtout d'un scanner de réalisation immédiate ».

L'expert BIGARD retient dans son rapport qu'« a) au cours de la première heure, c'est-à-dire entre 20 heures et 21 heures, la prise en charge a été correcte avec réalisation des examens nécessaires pour préciser le diagnostic, b) après que les résultats de la prise de sang et de la radiographie d'abdomen aient été connus, donc vers 21h30, la patiente aurait dû être opérée directement, soit transférée en soins intensifs avec réalisation d'un scanner abdominal immédiat. Un avis spécialisé a été demandé qui n'a pas abouti à une appréciation correcte de la situation clinique, c) les résultats biologiques obtenus ne comportaient pas en eux-mêmes de danger réel immédiat pour la vie de la patiente. Dans ces infarctus intestinaux, ce qui est le plus caractéristique est la discordance entre l'intensité des douleurs (dont atteste le personnel infirmier de nuit) et la pauvreté des examens cliniques. En effet, tous les médecins ayant examiné la patiente s'accordent à conclure que l'abdomen reste souple, ce qui est tout à fait le cas dans l'infarctus mésentérique. Il n'y a pas de signe de défense, pas de signe de contracture mais les douleurs sont intenses et cette différence entre intensité des symptômes et pauvreté de l'examen clinique doit attirer la possibilité d'un infarctus mésentérique et tout doit être fait pour infirmer ou confirmer ce diagnostic. Il n'y avait pas de signe de détresse vitale à l'entrée de la patiente mais la patiente a été laissée sans surveillance adéquate pendant toute la nuit. Elle a eu le temps de constituer un troisième secteur très important dont témoignent le scanner et les données opératoires et ce troisième secteur a entraîné une acidose métabolique probablement très marquée, qui a abouti à l'arrêt cardio-respiratoire à 6 heures du matin. Le diagnostic de gastroentérite ne pouvait raisonnablement être retenu avec un tableau clinique si brutal, si violent et des données radiologiques si inquiétantes,

- d) (...) l'état de la patiente était suffisamment préoccupant pour demander un scanner dès 9 heures du soir et encore plus à 23 heures 15,
- e) les médicaments prescrits, c'est-à-dire le Tranxène et le Spasfon ne sont pas adéquats pour la prise en charge d'un syndrome abdominal aigu. Le Tranxène a pu légèrement endormir la patiente mais en fait les douleurs abdominales de l'infarctus mésentérique sont les douleurs les plus importantes qui peuvent exister en pathologie digestive et une injection de Tranxène ne permet pas à une patiente de dormir. La patiente a d'ailleurs signalé des douleurs dans la nuit qui ont été notées trois croix (+++) par le personnel de nuit. Il est plus probable qu'avant l'arrêt cardio-respiratoire, la patiente a présenté déjà des troubles de la conscience en rapport avec le troisième secteur et l'acidose métabolique.
- f) la patiente aurait dû être admise dans un service de réanimation mais surtout aurait dû être opérée en début de nuit,
- g) les signes radiologiques sur l'abdomen de 9 heures du soir sont très évocateurs d'une pathologie de strangulation de l'intestin même si le diagnostic exact du mécanisme lésionnel n'était pas réalisable sur cet abdomen sans préparation. »

Lors de son audition en tant que témoin à la barre, le Professeur BIGARD déclare que la patiente sans trouble chronique s'est présentée aux urgences en rapportant un début brutal de douleurs abdominales importantes. Il est d'avis qu'on aurait à ce moment pu faire tout de suite un scanner mais qu'en 2004 c'était peut-être moins la pratique. Selon lui, ce qui aurait dû faire réagir les médecins, c'est la discordance entre une douleur intense et un ventre souple. Il précise qu'une gastro-entérite ne présente pas un tel tableau alarmant.

L'expert ajoute que le bilan sanguin présentait également des anomalies importantes et n'était pas celui d'une gastro-entérite ; les tableaux viraux feraient plutôt chuter les globules blancs et ne présenteraient pas de polynucléaires neutrophiles. Un hémocrite élevé ne serait pas le signe d'une gastro-entérite sauf en cas de diarrhée très profuse ce qui n'était pas le cas en l'espèce, la patiente n'ayant présenté que deux épisodes diarrhéiques.

Le professeur BIGARD qualifie l'ASP d'énormément pathologique. Il déclare que l'ASP évoque clairement un volvulus ; on y voit des anomalies au niveau du colon et l'estomac est très dilaté et rempli de liquide alors que la patiente n'avait rien mangé depuis quelques heures ; on y voit également des niveaux hydro-aériques.

Le professeur BIGARD dit qu'on n'a pas besoin d'un radiologue pour interpréter l'ASP sur lequel on voit clairement une occlusion par strangulation. On aurait tout de suite dû faire appel à un chirurgien sinon faire un scanner. Pour lui les clichés étaient évidents et que même sans examen clinique il aurait conclu à un volvulus du sigmoïde qui n'est pas une pathologie rare. Ce qui est rare, c'est le double noeud. Il n'en a jamais vu dans sa carrière. C'est chirurgical. On ne le voit qu'au scanner pré-opératoire. Mais c'est le diagnostic du volvulus qu'il est normal de faire et que l'on voit en l'espèce sur les clichés de l'ASP. Un scanner était optionnel ; ce qui comptait, c'était d'opérer la patiente.

Il précise que si en cas d'occlusion il ne faut pas forcément opérer, il s'agissait cependant en l'espèce d'une occlusion organique dont l'occlusion sur bride est la plus fréquente. Il ne faut pas avoir forcément un ventre ballonné. D'ailleurs le ballonnement est très subjectif. Il ajoute que comme il s'agissait en l'espèce d'une occlusion du sigmoïde, il ne fallait pas forcément avoir des vomissements, étant donné qu'on est loin de l'estomac. Il ajoute qu'un radiologue aurait vu une occlusion du sigmoïde et une occlusion du grêle.

Le professeur BIGARD souligne qu'il résulte de l'ensemble du dossier que la patiente a eu de plus en plus mal. Il est d'avis qu'à 15.00 heures, lorsque la patiente a ressenti une douleur intense d'apparition brutale, le sigmoïde s'est retourné et les lésions se sont constituées à partir de ce moment. Les douleurs se sont développées de plus en plus au fur et à mesure de l'avancement de la nécrose. La douleur de la patiente était continue mais le

Tranxène qui lui a été administré dans la nuit du 24 au 25 janvier 2004 a pu masquer la douleur.

Le professeur BIGARD relève qu'on ne fait pas un ASP pour une gastroentérite et qu'en l'espèce l'ASP fait à 21h15 n'était pas celui d'une gastro-entérite. C'était clair : il fallait opérer la patiente, qu'elle est mal ou non : son intestin était à ce moment en souffrance. Sur question, il répond que le Buscopan n'a pas pu avoir d'effet sur les clichés de l'ASP.

Du fait de la torsion, le Professeur BIGARD explique qu'un 3^{ème} secteur se constitue progressivement et que celui-ci devait être là entre 19h00 et 20h. Il précise que dans ce cas, une perfusion ne sert à rien, car ce qui est perfusé va également dans le 3^{ème} secteur. C'est la cause qu'il fallait traiter.

Il précise que l'acidose qu'on retrouve dans toutes les occlusions amène des troubles cardiaques même en présence d'un cœur sain. En l'absence de suffisamment de détails de la nuit, il ne lui serait cependant pas possible de dire s'il existait déjà des signes cliniques d'une acidose.

Sur question il précise que la réanimation de la patiente n'a pas eu d'effet sur ce qu'on a trouvé le matin dans la salle d'opération.

Le **Professeur Edouard LOUIS** a été nommé contre-expert par le juge d'instruction à la demande de la défense. Sa mission consistait à examiner le travail du Professeur BIGARD.

Le Professeur LOUIS a rédigé un premier rapport en date du 9 septembre 2009 et un rapport complémentaire en date du 26 juillet 2010.

Le professeur LOUIS déclare qu'il retient tout comme le professeur BIGARD une erreur de diagnostic dans le chef du prévenu plutôt qu'une erreur de prévoyance consistant à ne pas avoir fait des examens supplémentaires.

Il est d'avis qu'il ne saurait être reproché un défaut de prévoyance au docteur **X.)** alors que dans son attitude il n'y aurait eu aucune négligence.

Il est d'avis que le prévenu qui a examiné la patiente 4 heures après son admission à l'hôpital et après qu'elle ait été examinée par le médecin urgentiste a fait l'hypothèse diagnostique erronée, à savoir l'hypothèse d'un diagnostic fort courant, celui d'une gastro-entérite, alors qu'il n'avait probablement pas apprécié de façon adéquate la sévérité tout d'abord symptomatique, ensuite celle des éléments biologiques et puis des signes de la radiologie.

Le professeur LOUIS ajoute que même si devant l'ensemble de ce tableau, le diagnostic de gastro-entérite avancé par le docteur **X.)** n'était pas le plus vraisemblable, il restait néanmoins possible, de sorte que toute la suite de la prise en charge de la patiente a été conditionnée par cette erreur d'orientation diagnostique initiale alors que dans l'hypothèse d'une gastro-entérite, il n'y avait pas à réaliser d'exams complémentaires rapidement, à savoir dans les heures qui suivaient.

Le professeur LOUIS de dire : « je rejoins donc tout à fait l'analyse du Professeur BIGARD concernant la discussion du dossier mais je pense que le problème principal ici a été l'erreur diagnostique initiale qui a engendré un suivi clinique banalisé alors qu'une hypothèse diagnostique autre, notamment celle d'un syndrome occlusif et secondairement d'une ischémie mésentérique aurait pu être faite à l'admission et dans les heures qui ont suivi, mais n'a malheureusement pas été faite par le Docteur **X.)**, et aurait bien évidemment déclenché une prise en charge toute différente » et de conclure : « l'attitude du Docteur **X.)** a

été cohérente et en adéquation avec l'hypothèse diagnostique faite. Malheureusement cette hypothèse diagnostique était fautive et a conduit aux complications et au décès de la patiente ».

Le professeur LOUIS n'ayant pas eu en sa possession la prise de position écrite du docteur X.) sur le rapport d'expertise du Professeur BIGARD, celle-ci a été mise à sa disposition et le professeur LOUIS a rédigé un rapport complémentaire en date du 26 juillet 2010.

Dans son rapport complémentaire, le professeur LOUIS déclare qu'il confirme sa position selon laquelle la patiente est décédée des suites d'un diagnostic erroné établi par le docteur X.).

Sur base des éléments supplémentaires en sa possession, il déclare que la présentation clinique de la patiente à son arrivée aux urgences le 24 janvier 2004 n'était pas typique d'un phénomène de torsion intestinale associée à une occlusion et une ischémie. Selon lui, certains éléments du dossier notamment l'intensité des douleurs initiales et la radiographie d'abdomen à blanc, ainsi que certains éléments biologiques « pouvaient effectivement éventuellement faire penser à ce diagnostic, mais ils n'en étaient pas du tout spécifiques ». Il en conclut que le diagnostic retenu par l'équipe des urgences et par le docteur X.), à savoir celui d'une gastro-entérite sévère, restait plausible à l'analyse complète du dossier.

Le Professeur LOUIS rappelle qu'il est extrêmement difficile de restituer la démarche diagnostique dans son contexte et que le diagnostic est toujours plus aisé a posteriori lorsqu'on dispose de l'ensemble des éléments cliniques et de l'évolution complète de l'histoire clinique.

Il rappelle qu'il y a généralement plusieurs diagnostics possibles face à une situation clinique.

Le professeur LOUIS de conclure que le diagnostic de complication gravissime d'occlusion et d'ischémie intestinale associée était difficile à faire le 24 janvier 2004 et même dans la nuit du 24 au 25 janvier 2004 et que la démarche diagnostique faite par le docteur X.) était cohérente et plausible.

Toujours selon le Professeur LOUIS, le diagnostic correct était dans le cas d'espèce extrêmement difficile à faire et beaucoup de gastro-entérologues auraient probablement suivi la même attitude et procédé à la même démarche diagnostique et aux mêmes conclusions que le docteur X.).

Selon lui l'évolution de la patiente vers un état de nécrose intestinale a été inhabituellement rapide pour une situation clinique elle-même inhabituelle.

Lors de son audition en tant que témoin à la barre, le professeur LOUIS déclare que le diagnostic à l'admission n'était pas si simple et que les orientations n'étaient pas aussi évidentes. Il souligne qu'aux urgences il n'est pas facile d'évaluer l'intensité des douleurs.

Le Professeur LOUIS souligne que le docteur X.) a retenu le diagnostic de la cause la plus fréquente et non de la cause la plus grave qui était assez exceptionnelle. Selon lui, le docteur X.) a été piégé sur cette rareté.

Il rappelle que trois médecins ont privilégié la cause la plus fréquente en présence de douleurs abdominales, à savoir une gastro-entérite, bien qu'un début brutal des symptômes ne soit pas classique lors d'une gastro-entérite où les douleurs démarrent progressivement. En l'espèce, la douleur avait « frappé » la patiente.

Selon le contre-expert, l'examen clinique était en l'occurrence assez peu parlant et encore aurait-il fallu que le médecin interprète l'intensité de la douleur comme signe alarmant.

Il déclare que le docteur X.) n'a pas interprété les signes constatés comme éléments alarmants, il n'a pas été alerté par les signes. Il a décidé de voir l'évolution des choses. Cette évolution est souvent révélatrice. Or le drame en l'occurrence a été que l'évolution a été très rapide.

Le professeur LOUIS souligne qu'un élément d'orientation est l'intensité des douleurs, les douleurs d'un infarctus mésentérique sont normalement excuriantes, incomparables.

Il est d'avis que ce n'était pas facile de penser plus tôt à un infarctus mésentérique sur base des signes.

Le professeur LOUIS retient qu'il y a eu une erreur de diagnostic et un défaut d'appréciation de l'urgence. Selon le Professeur LOUIS, le docteur X.) a été « piégé » en raison de la grosse discordance entre les signes cliniques et « ce qui se passe dedans ». Ainsi une occlusion peut se présenter sans défense tout comme un infarctus mésentérique. Un ventre plat par contre n'est pas compatible avec un infarctus mésentérique ni avec une occlusion.

Le professeur LOUIS précise que le diagnostic d'occlusion intestinale doit être évoqué devant l'association de trois signes fonctionnels (douleurs abdominales ; vomissements ; arrêt des matières et des gaz) et un signe physique (le météorisme abdominal) et que ce dernier signe faisait défaut en l'espèce.

Le professeur LOUIS explique que si on a un ventre plat on a tendance à minimiser l'ASP. Cela rend le diagnostic encore plus compliqué. Selon le Professeur LOUIS, on a tendance à favoriser la clinique (ventre plat) par rapport aux images (ASP), car, dit-il, quand on suit les images on se plante très souvent. La clinique prime, ajoute-t-il.

Selon lui, l'idéal c'est que le radiologue et le médecin clinicien regardent les clichés ensemble. Le recours au radiologue par rapport à l'interprétation des images aurait été une valeur ajoutée. Le médecin clinicien fait appel au radiologue sauf s'il comprend les clichés ou s'ils ne l'inquiètent pas du tout.

Il précise que la présence sur l'ASP de liquide dans l'estomac et les niveaux hydro-aériques témoignent de la même chose ; la stase dans l'estomac peut faire éveiller un diagnostic d'occlusion. La stase est cependant compatible avec une gastro-entérite. La présence de liquide dans l'estomac aurait pu éveiller un diagnostic d'occlusion, mais serait moins informative selon le professeur LOUIS. Selon le Professeur LOUIS, le plus parlant sur l'ASP est la distension.

L'idéal, selon le professeur LOUIS, aurait été que le docteur X.) discute les clichés avec le radiologue qui lui a l'expérience des images. Le médecin seul a ses hypothèses diagnostiques.

Il déclare que lui-même aurait probablement fait appel au radiologue en présence des clichés de l'abdomen à blanc. Il aurait trouvé les clichés bizarres.

Mais le Professeur LOUIS de préciser qu'une obstruction sur bride ne va généralement pas évoluer vers un infarctus. Les niveaux du grêle peuvent également se retrouver dans les gastro-entérites. Sur base de l'ASP et des douleurs, on aurait pu penser à une occlusion qu'on peut laisser évoluer. Dans ce cas, la patiente aurait pu attendre jusqu'au lendemain. Rien n'indiquait que la patiente était en train de faire un infarctus.

Il précise que le processus dans le cas d'espèce a été une torsion plus accidentelle qu'une torsion sur bride. Si on fait une hypothèse de torsion sur bride, on garde le patient en hospitalisation et on fait au minimum un scanner et un bilan le lendemain sinon un scanner en urgence si on est inquiet.

Selon le professeur LOUIS, en présence d'un ASP et d'un doute sur occlusion, on ne fait pas de scanner si le patient ne montre aucun signe clinique d'occlusion ; dans le cas contraire, on fait un scanner en fonction de l'urgence. Il précise que le diagnostic d'occlusion intestinale est avant tout clinique. Les examens d'imagerie doivent toujours être lus en les intégrant dans le contexte clinique et biologique. Il ajoute : « On n'opère pas des images ». Le scanner est prescrit en fonction de la clinique : si on est inquiet et/ou qu'on ne comprend pas ce qui se passe, on fait un scanner.

Il déclare que tous les éléments ensemble pouvaient créer un doute.

Il ajoute que lui-même ne sait pas comment il aurait réagi ; il n'a jamais eu dans la pratique cette situation. Tout médecin qui a la suspicion d'une ischémie mésentérique réagit tout de suite. En l'espèce, il s'agissait d'un diagnostic de groupe, d'équipe.

Selon lui, la patiente avait certainement une prédisposition anatomique qui a favorisé l'accident ; une fois que le processus se fait, les conséquences sont logiques et la nécrose progresse très vite. C'est l'urgence des urgences.

Le professeur LOUIS souligne qu'il existait d'autres signes qui auraient pu interpeller, à savoir le nombre très élevé de globules blancs ainsi que l'hématocrite élevé qui en l'espèce s'explique, à posteriori, par la constitution d'un 3^{ème} secteur qui fait suite à la souffrance intestinale. Il précise qu'un hématocrite élevé peut également être un signe de déshydratation en cas de gastro-entérite.

Le Professeur LOUIS déclare : « on a raté l'infarctus car tous les éléments n'ont pas été intégrés au bon moment ».

Le professeur LOUIS déclare que l'échelle des douleurs doit être intégrée dans l'examen clinique et biologique. Aucun des éléments à lui seul est prédictif. La douleur doit amener le médecin à douter. La douleur même si elle est subjective doit alerter.

Sur question du Parquet, le Professeur LOUIS répond qu'il est difficile de dire si le docteur X.) aurait dû ordonner un scanner dans l'instant, cette décision dépendant du jugement clinique que l'on a à un moment donné.

A posteriori, dit-il, il est un fait qu'un scanner aurait accéléré le diagnostic et la prise en charge.

Le professeur LOUIS retient finalement que l'oedème cérébral de la patiente est en lien causal avec l'ischémie.

Les Professeurs BIGARD et les Professeur LOUIS ont été réunis dans une même audience lors de laquelle chacun des professeurs a procédé à sa lecture des clichés de l'ASP réalisés en date du 24 janvier 2004 et les deux experts ont échangé et défendu leur point de vue respectif.

A l'audience, le professeur LOUIS déclare : « je les aurai montrés au radiologue, ce sont des clichés inhabituels ». Il ajoute que ces clichés ne sont pas compatibles avec une gastro-entérite.

Selon le Professeur BIGARD, le diagnostic de gastro-entérite était cliniquement possible, mais au vu des clichés de l'ASP il fallait faire un scanner.

Le professeur LOUIS déclare qu'il d'avis que le Buscopan qui a un effet sur le colon a pu influencer certains détails de l'image, qu'il a pu influencer la morphologie de certains éléments sémiologiques mais pas créer l'image.

Le professeur BIGARD réplique que le Buscopan n'a jamais donné de problèmes d'interprétation.

L'expert et le contre-expert sont d'accord pour dire qu'il fallait faire un scanner, mais ils ne sont pas unanimes sur la question du degré d'urgence de cet examen.

Le professeur LOUIS est d'avis que l'urgence se justifiait si le volvulus avait été identifié. Or en l'espèce, on n'a pas identifié de volvulus et la patiente n'était pas très algique. Les signes d'une ischémie n'ont pas été reconnus car la clinique manquait. Si les NHA font suspecter une occlusion et que la bride est la cause la plus courante d'une occlusion, le tableau clinique n'est pas spécifique d'une occlusion, notamment en l'absence d'un abdomen distendu. Il précise qu'on ne fait pas l'hypothèse d'un volvulus ni d'une ischémie quand on dit bride. Le Professeur LOUIS ajoute qu'il aurait été plus logique que l'urgentiste appelle le chirurgien alors qu'un gastroentérologue n'est pas un spécialiste de la lecture d'un ASP.

Le professeur BIGARD est d'avis qu'on est dans le cas d'un abdomen aigu potentiellement chirurgical.

Le professeur LOUIS est d'avis que le tableau clinique qui se présentait le 24 janvier 2004 :

- patiente qui a une douleur inhabituelle qu'elle ne connaît pas
- la douleur décrite comme brutale
- sémiologie abdominale qui semble pauvre
- intensité de la douleur qui est difficile en l'espèce à percevoir

aurait dû inquiéter le médecin mais qu'il n'était pas un tableau typique d'un abdomen aigu.

Le Professeur BIGARD d'ajouter que lors de l'auscultation, aucun bruit n'était en l'espèce perceptible. Il régnait un silence sépulcral ce qui n'est pas normal.

Le professeur LOUIS réplique qu'en cas de silence sépulcral, le patient est extrêmement algique, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Selon lui, il manquait des éléments qui auraient indiqué l'urgence. Il souligne qu'il s'agit d'une pathologie gravissime mais rare pour laquelle il manquait quelques signes pour que le tableau soit complet. Il rappelle également que plusieurs médecins n'ont pas reconnu le degré d'urgence car l'ischémie n'avait pas été reconnue.

Il conclut que le retard dans la prise en charge est lié à la non-perception du degré d'urgence car en l'espèce le diagnostic n'était pas facile à faire.

Le professeur BIGARD rappelle que la biologie était alarmante.

Le professeur LOUIS relève que si le tableau ischémique était déjà installé à 15h00 comme l'a soutenu le professeur BIGARD, on aurait dû s'attendre à 1h00 du matin à un état beaucoup plus critique, à une patiente en état de choc.

Il est d'avis que tout cela montre qu'il était difficile d'interpréter ce qui se passait réellement et que le jugement clinique était difficile, d'où la stratégie plutôt attentiste qu'interventionniste adoptée par le docteur X.).

Le professeur LOUIS parle d'éléments en l'espèce faussement rassurants. La sémiologie abdominale n'était pas typique : un volvulus aurait pu donner une distension plus importante et un hyperpéristaltisme qu'on ne retrouve pas dans le cas d'espèce. Il ajoute que si le volvulus n'est pas toujours douloureux, l'ischémie est très douloureuse. Or la patiente a connu des douleurs moindres à certains moments.

Il est d'avis que si le diagnostic n'a pas été évoqué c'est parce qu'il n'était pas évident.

Il rappelle que la radiologue qui a vu les clichés le 25 janvier 2004 au matin n'a pas invoqué l'existence d'un volvulus.

Ainsi si on évoque une bride simple, on ne fait pas de scanner ; si on évoque une bride ischémique, on fait un scanner.

Pour suspecter une ischémie, dit-il, il faut cependant une série d'éléments convergents. Or en l'espèce, aucun des médecins qui a vu la patiente n'a évoqué l'ischémie. Ce n'est pas un problème de méconnaissance mais c'est le jugement clinique de trois personnes qui a failli. La clinique a été faussement rassurante, la douleur a été interprétée comme non alarmante, l'état général de la patiente n'était pas de choc ou de pré-choc et la biologie a été notée comme bizarre mais n'a pas été interprétée comme typique d'une ischémie. La biologie était en l'espèce dans une zone grise ; quant au cliché 3 (coupes) de l'ASP, il était pathologique mais pas facile à interpréter comme un volvulus.

Il ajoute qu'on a tendance à privilégier la clinique car la biologie et l'imagerie peuvent être trompeuses.

Le professeur BIGARD est d'avis que le scanner aurait montré des choses à 23h00 qui auraient déclenché la chirurgie.

Le professeur LOUIS enchaîne que le scanner pré-opératoire effectué le 25 janvier 2004 ne montrait pas de volvulus ce qui montre à nouveau la difficulté de distinguer cette pathologie. Il ajoute qu'on ne voyait également pas les signes d'ischémie dans le scanner pré-opératoire.

Le professeur LOUIS déclare qu'il ne peut pas rejoindre l'avis du Professeur BIGARD compte tenu des autres éléments du dossier pas typiques du tableau. Il n'est pas sûr que la majorité des gastro-entérologues aurait fait un scanner dans l'urgence dans la foulée du tableau. Lui-même aurait fait un scanner.

Il confirme que l'examen clinique fait par le docteur X.) est un examen tout à fait irréprochable dans le recueil des signes et ajoute que dans le recueil des signes cliniques, un médecin ne se trompe pas. La difficulté résiderait dans ce qu'on fait de ces paramètres : on se trompe dans l'intégration globale des éléments et dans la pondération de chacun de ces éléments.

Quant à l'infraction d'homicide involontaire :

La chambre du conseil dans son ordonnance de renvoi et le Ministère Public dans sa citation à prévenu décrit le comportement fautif du prévenu comme suit :

d'avoir par défaut de prévoyance ou de précaution, mais sans l'intention d'attenter à la personne d'autrui, partant involontairement fait des blessures ou porté de coups, ayant involontairement causé la mort,

en l'espèce, d'avoir causé, par défaut de prévoyance et de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui, la mort de **V.**), née le (...) à Differdange, notamment en raison d'une prise en charge incorrecte et non-adaptée à l'état de santé de la patiente, caractérisé notamment par :

- les symptômes graves présentés par la patiente, symptômes qui constituent des signes d'affection organique sévère et orientaient vers une strangulation de l'intestin grêle et qui imposaient une intervention chirurgicale immédiate et surtout le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs et la réalisation immédiate d'un scanner :
 - les symptômes décrits par la patiente dès son arrivée aux urgences de l'**HÔP1.**), préqualifié, dont notamment l'apparition d'une douleur subite, très intense, ombilicale et sus-ombilicale à type initialement de crampe, puis rapidement d'une douleur continue, accompagnée de vomissements et d'un épisode diarrhéique sans présence de sang vers 15 heures de l'après-midi du 24 janvier 2004, alors que la patiente n'avait pas d'antécédent particulier,
 - l'intensité des douleurs confirmée par la patiente pendant sa prise en charge à l'hôpital [patiente douloureuse trois croix (+++) – la patiente indiquant une douleur entre 8 et 9 sur une échelle de 10],
 - un bilan biologique anormal de la patiente, caractérisé essentiellement par une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une hémococoncentration dont témoigne l'hémoglobinémie élevée, ainsi qu'une LDH élevée (notamment une hyperleucocytose à 30400 globules blancs, dont 92,4 % de polynucléaires neutrophiles, avec une hémoglobinémie élevée à 16,8g et un hématoците élevé à 49,6 %),
 - un abdomen sans préparation extrêmement pathologique, dont les pathologies sont plus particulièrement décrites dans le rapport d'expertise du Docteur M.A. BIGARD du 22 août 2007,
- une démarche diagnostique inadaptée, en n'ordonnant pas la réalisation immédiate d'un scanner, en présence des symptômes inquiétants présentés par la patiente,
- un diagnostic totalement erroné au regard du tableau clinique si brutal, si violent et des données biologiques et radiologiques si inquiétantes de la patiente, diagnostic qui a été rendu possible, sinon a été accentué par l'absence de réalisation immédiate d'un scanner,
- un traitement totalement inadapté de la patiente, consistant à la faire passer la nuit dans une chambre non surveillée, alors que ses symptômes imposaient notamment :
 - la réalisation immédiate d'un scanner,
 - le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
 - une intervention chirurgicale immédiate,

prise en charge incorrecte et non-adaptée qui a laissé le temps aux pathologies de s'aggraver dramatiquement, entraînant notamment une acidose métabolique probablement très marquée, aboutissant à un arrêt cardio-respiratoire vers 06:00 heures du matin du 25 janvier 2004 et provoquant un œdème cérébral chez la patiente, séquelles dont la patiente est décédée le 29 février 2004.

Le prévenu conteste toute infraction et notamment d'avoir commis des fautes, omissions ou négligences fautives au sens des articles 418 et 420 du Code pénal.

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

L'article 418 du Code pénal exige donc :

- 1) une lésion corporelle ou un homicide ;
- 2) une faute ;
- 3) un lien de causalité entre la faute et le dommage ;
- 4) un défaut d'attenter volontairement à la personne d'autrui.

1) L'existence de lésions corporelles ou d'un homicide

En l'espèce cette condition est donnée, V.) étant décédée.

2) L'existence d'une faute

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.

Les articles 418 et 420 du Code pénal réprimant les coups et blessures causés involontairement, par défaut de prévoyance et de précaution, il s'ensuit que le législateur a entendu punir toutes formes de la faute, même la plus légère, qui entraîne pour un tiers des lésions ou blessures involontaires. Ces articles embrassent dans leur généralité toute faute quelque légère qu'elle soit comme la maladresse, l'imprudence, la négligence, l'abstention ou l'inattention. La faute du prévenu ne doit pas non plus être la cause absolument immédiate de la blessure ou de la mort et elle ne doit pas non plus être la cause exclusive ou unique. Il suffit que le comportement du prévenu ait contribué, même pour une faible fraction, à la réalisation du dommage, pour que les articles 418 à 420 soient applicables. Si plusieurs agissements fautifs ont concouru à l'atteinte à l'intégrité physique, tous les acteurs de ces agissements pourront être poursuivis (Cour, 19 janvier 2011, n° 29/11 X).

Le défaut de prévoyance ou de précaution peut être constitué par un acte de commission comme par une omission.

Pour apprécier si le médecin s'est rendu coupable d'une faute, il convient de comparer son comportement à celui qu'aurait eu un médecin normalement prudent et diligent, de la même spécialité, replacé dans des circonstances identiques. Le comportement ne sera ainsi considéré comme fautif que s'il n'aurait pas été commis par ce médecin de référence.

Il y a 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 (Traité de Droit Médical, Tome 3, p.31).

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.

Il est tout d'abord reproché au prévenu d'avoir eu une démarche diagnostique inadaptée, en n'ordonnant pas la réalisation immédiate d'un scanner en présence des symptômes inquiétants présentés par la patiente.

Il est partant reproché au docteur X.) d'avoir commis une faute par omission, le défaut de prévoyance ou de précaution consistant dans le fait de ne pas avoir ordonné la réalisation immédiate d'un scanner, partant de s'être abstenu des diligences normales qui auraient permis un diagnostic et la mise en place d'un traitement approprié.

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 (Christiane HENNEAU-HUBLET, L'activité médicale et le droit pénal, L.G.D.J., éd 1987, n° 84).

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.

Lorsque les plaintes du malade s'organisent en symptômes, le diagnostic consiste à analyser les signes, à les regrouper, à trouver une explication complète, certaine à l'origine de ses plaintes.

Le recueil des données cliniques est une étape fondamentale du diagnostic. Elle le conditionne au moins deux fois sur trois avec quelques examens complémentaires simples au caractère pertinent.

Le diagnostic est évolutif, et doit se modifier en fonction non seulement des résultats des tests mais de l'évolution. C'est là qu'intervient la décision médicale : les choix des décisions complémentaires ou du traitement doit être pesé, en fonction du risque éventuel et des bénéfices attendus.

La discussion s'organise donc habituellement autour d'un « pivot » diagnostique, orientant la discussion autour d'un ou deux grands symptômes retenus comme les plus significatifs.

Il s'agit d'un diagnostic pas à pas.

Souvent le diagnostic n'est établi que de manière provisoire et peut être modifié en cours de traitement en fonction des découvertes rendues possibles par l'évolution de l'état du malade ou de nouvelles investigations.

En matière de diagnostic, le comportement du médecin est apprécié par rapport à la norme abstraite de diligence imposée à tout médecin établissant un diagnostic. Le patient qui veut mettre en cause la responsabilité du médecin à cet égard doit prouver que le diagnostic n'était pas bon, ou que le médecin aurait dû prendre d'autres avis ou faire d'autres examens.

Les juges tiendront compte des circonstances de fait de chaque espèce, notamment la complexité et l'ambiguïté des symptômes ou le caractère exceptionnel de la maladie, et de l'état des connaissances scientifiques au moment où le diagnostic a été posé.

De manière générale, la jurisprudence considère que « le médecin commet une faute lorsqu'il ne pratique pas ou n'ordonne pas les examens qui permettraient de déceler l'origine des maux dont souffre son patient, et que ces carences sont incompatibles avec le critère du médecin normalement diligent et avisé » (Mons, 13 décembre 1983, Rev. rég. dr., 1984, p. 175).

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 (Christiane HENNEAU-HUBLET, L'activité médicale et le droit pénal, L.G.D.J., éd 1987, n° 84).

« L'erreur de diagnostic ne constitue pas, par elle-même, une faute professionnelle lorsqu'un médecin normalement prudent aurait pu se tromper en présence d'un même cas et dans les mêmes circonstances : cette erreur devient cependant condamnable si elle résulte d'une négligence ou d'un défaut de précaution du médecin puisqu'en agissant avec la prudence requise, le médecin eût pu l'éviter ; (...) dans les cas douteux, le médecin a donc l'obligation

de contrôler l'exactitude de son diagnostic par tous les moyens d'investigation qui sont en son pouvoir ; (...) en effet, il y a faute professionnelle lorsqu'un diagnostic erroné a été posé sans qu'il ait été procédé à l'examen approfondi que les circonstances imposaient impérieusement et que la pratique médicale exige normalement, ce qui a privé le patient d'échapper aux conséquences de l'affection dont il est atteint (Cour d'appel Liège, (8e ch.), 23 décembre 1997, R.G.A.R., 1999 ,n° 13.168).

Il a été décidé que la rareté d'une affection, ainsi que la difficulté et l'aléa d'un diagnostic peuvent avoir pour conséquence qu'une erreur, une imprécision ou une absence de diagnostic ne sont pas fautives. Tel est notamment le cas en présence d'un dérangement abdominal caractérisé par un volvulus intestinal (Civ. Liège (6^e ch.), 13 janvier 2004, R.G.A.R., 2005, n° 14.055)

L'erreur de diagnostic ne devient fautive que lorsqu'elle résulte d'une méconnaissance par le médecin de son obligation de donner des soins consciencieux et attentifs. Il est possible que le médecin n'ait pas réalisé les investigations et explorations nécessaires pour asseoir son diagnostic ou, face à des pathologies qui dépassent ses compétences ou suscitent un doute dans son esprit, qu'il n'est pas sollicité l'avis d'un confrère particulièrement averti.

Pour compléter son examen attentif, le médecin doit faire appel à un autre confrère ou à un spécialiste face à des symptômes particulièrement inquiétants.

Procéder à un examen attentif et complet revient, pour le médecin, à remplir son obligation juridique et déontologique. L'article du code de déontologie précise que « le médecin

Le dernier élément nécessaire à l'établissement du diagnostic est le recours aux moyens que la science offre, et notamment aux données de la radiographie et de l'analyse clinique.

Le principe jurisprudentiel en la matière n'est cependant pas absolu. Plus nuancé, car ici tout est question de mesure, il dépend des circonstances de chaque espèce.

Le docteur **T6.)** qui a réalisé la laparotomie dans la matinée du 25 janvier 2004 retient dans son compte-rendu opératoire, que l'infarctus mésentérique de la patiente est à mettre en rapport avec un volvulus d'un méga-dolicho-sigmoïde dont le sommet de la boucle a basculé dans le pelvis et est responsable d'une strangulation avec volvulus de l'ensemble du mésentère qui est enserré dans la boucle sigmoïdienne volvulée.

Les deux experts BIGARD et LOUIS sont unanimes pour dire que la pathologie que présentait la patiente, à savoir un nœud iléo-sigmoïdien, est une pathologie rare dont le diagnostic est difficile à poser.

Il résulte de la littérature scientifique que cette pathologie est exceptionnelle et que sa symptomatologie clinique est assez variée et surtout non spécifique et source de beaucoup d'erreurs et de retard diagnostique et thérapeutique au point que la majorité des cas sont diagnostiqués en post-mortem.

L'expert BIGARD de déclarer qu'un gastroentérologue ne fait pas le diagnostic d'un double volvulus qui est une pathologie rare.

Force est d'ailleurs de constater que la radiologue, le docteur **T4.)**, qui vu les clichés de l'abdomen à blanc en date du 25 janvier 2004 et qui a fait le scanner pré-opératoire n'a à aucun moment fait le diagnostic d'un« ileosigmoïd knot ».

La pathologie exacte dont souffrait la patiente ne s'est en effet révélée que lors de la de la laparotomie réalisée en date du 25 janvier 2004

Dans son rapport, le professeur BIGARD retient que tout orientait vers le diagnostic d'occlusion par strangulation avec ischémie intestinale que le diagnostic de gastroentérite ne pouvait raisonnablement être retenu avec un tableau clinique si brutal, si violent et des données radiologiques si inquiétantes.

A l'audience, l'expert BIGARD déclare que le diagnostic de gastroentérite était cliniquement possible, mais qu'au vu des clichés de l'ASP, il fallait un scanner.

Le Professeur LOUIS déclare qu'il est extrêmement difficile de restituer la démarche diagnostique dans son contexte et que le diagnostic est toujours plus aisé à posteriori lorsqu'on dispose de l'ensemble des éléments cliniques et de l'évolution complète de l'histoire clinique.

Dans son rapport, il retient que le diagnostic retenu par l'équipe des urgences et par le docteur X.), à savoir celui d'une gastro-entérite sévère, restait plausible à l'analyse complète du dossier.

Le professeur LOUIS enchaîne que le scanner pré-opératoire effectué le 25 janvier 2004 ne montrait d'ailleurs pas de volvulus ce qui montre à nouveau la difficulté de distinguer cette pathologie. Il ajoute qu'on ne voit également pas les signes d'ischémie dans le scanner pré-opératoire.

Le professeur LOUIS déclare qu'il ne peut donc pas rejoindre l'avis du Professeur BIGARD compte tenu des autres éléments du dossier pas typiques du tableau et ajoute qu'il n'est pas sûr que la majorité des gastro-entérologues aurait dans la foulée du tableau fait un scanner dans l'urgence.

Toujours selon le Professeur LOUIS, le diagnostic correct était dans le cas d'espèce extrêmement difficile à faire et beaucoup de gastro-entérologues auraient probablement suivi la même attitude et procédé à la même démarche diagnostique et aux mêmes conclusions que le docteur X.).

Il ajoute que l'examen clinique fait par le docteur X.) est un examen tout à fait irréprochable dans le recueil des signes et ajoute que dans le recueil des signes cliniques, un médecin ne se trompe pas. La difficulté résiderait dans ce qu'on fait de ces paramètres : on se trompe dans l'intégration globale des éléments et dans la pondération de chacun de ces éléments.

Le professeur LOUIS de conclure que le diagnostic de complication gravissime d'occlusion et d'ischémie intestinale associée était difficile à faire le 24 janvier 2004 et même dans la nuit du 24 au 25 janvier 2004 et que la démarche diagnostique faite par le docteur X.) était cohérente et plausible.

Selon le professeur LOUIS, l'évolution de la patiente vers un état de nécrose intestinale a été inhabituellement rapide pour une situation clinique elle-même inhabituelle.

Il convient d'ores et déjà de souligner qu'il est apparu à l'audience que les deux experts judiciaires ont une approche totalement différente de la médecine, et plus particulièrement de la démarche diagnostique à adopter face à un patient. Le Professeur BIGARD a en effet ouvertement déclaré à l'audience qu'il faisait totalement fi de la clinique (« je me fiche de la clinique ») alors que le Professeur LOUIS semble davantage prendre en considération le jugement clinique du praticien. Ainsi il déclare que les examens d'imagerie doivent toujours être lus en les intégrant dans le contexte biologique et clinique. Cette approche différente explique que l'avis des deux experts s'est divisé sur de nombreux points.

Les déclarations des deux experts permettent cependant de retenir qu'un scanner aurait dû être fait. Si les experts sont unanimes sur ce point, ils sont par contre en désaccord sur le degré d'urgence de cet examen.

Le docteur BIGARD a déclaré à l'audience que la patiente aurait dû être opérée immédiatement sinon après réalisation d'un scanner abdominal en urgence et ce à partir du moment où les résultats du bilan biologique et de l'abdomen sans préparation qui évoquait clairement un volvulus étaient connus. Il ajoute qu'un scanner était en l'espèce optionnel ; ce qui comptait, c'était d'opérer la patiente.

La question de la douleur et plus particulièrement de son intensité a été longuement discutée au cours des audiences, le Professeur BIGARD ayant retenu dans son rapport que c'est la discordance entre la pauvreté des examens cliniques et l'intensité des douleurs qui est caractéristique d'un infarctus intestinal et que tout doit être fait pour infirmer ou confirmer ce diagnostic à partir de là.

Les deux experts sont unanimes pour dire, et cela résulte d'ailleurs des éléments du dossier, que la douleur que la patiente a ressentie à 15h00 s'est installée brutalement. Le professeur LOUIS a précisé qu'un début brutal des symptômes n'est pas classique lors d'une gastro-entérite. Il a déclaré que la douleur est un élément d'orientation.

Il résulte des éléments du dossier qu'au service des urgences, l'infirmier a documenté la douleur avec un score 5 sur l'échelle EVA et que l'infirmière de nuit a indiqué vers 23h00 une « Douleurs abdo - Patiente douloureuse +++ ». Il est constant en cause que ces douleurs se sont chaque fois atténuées avec le traitement mis en place par le docteur **T2.**), puis par les docteurs **T3.)** et **X.)**.

Dans son rapport, le Professeur BIGARD retient que les douleurs abdominales de l'infarctus mésentérique sont les douleurs les plus importantes qui peuvent exister en pathologie digestive et déclare à l'audience qu'à 15.00 heures, lorsque la patiente a ressenti une douleur intense d'apparition brutale, le sigmoïde s'est retourné et les lésions se sont constituées, qu'à partir de ce moment les douleurs se sont développées de plus en plus au fur et à mesure de l'avancement de la nécrose et que la douleur de la patiente était continue.

Le professeur LOUIS qualifie également les douleurs d'un infarctus d'excruciantes, d'incomparables.

Force est cependant de retenir que les douleurs tels que décrites par les deux experts faisaient défaut dans la nuit du 24 au 25 janvier 2004 alors que l'infirmière de nuit n'a pas documenté de score de douleurs entre 1h00 et 5h30. L'infirmière a noté dans son compte-rendu que la patiente se plaignait de douleurs uniquement à l'interrogatoire et qu'il n'y a pas eu de plaintes spontanées de la part de la patiente. Elle a également noté que la patiente dormait un peu. Force est également de relever que l'infirmière de nuit qui avait eu pour consigne d'appeler le docteur **X.)** en cas de problèmes ne l'a à aucun moment contacté durant la nuit. Il ne résulte également pas des éléments du dossier que l'infirmière de nuit a durant la nuit administré le médicament Dipidolor qui avait été prescrit par le prévenu en cas de douleurs de la patiente. L'infirmière de nuit a uniquement relevé des douleurs +++ vers 23h30, soit avant l'arrivée du docteur **X.)**. Le prévenu qui a examiné la patiente à deux reprises a déclaré l'avoir quittée dans un bon état général et surtout dans un état rassurant.

On se trouvait donc en présence d'une patiente dont la symptomatologie qui avait débuté de manière brutale à 15h00 était faite de douleurs abdominales persistantes mais d'intensité variable et sans altération de son état général.

Il résulte de ce qui précède que cette douleur très intense qui aurait pu être un élément d'orientation comme l'a précisé le Professeur LOUIS et qui aurait déclenché une prise en charge plus « agressive » faisait en l'espèce défaut.

Le professeur BIGARD a également retenu que le diagnostic de gastroentérite ne pouvait être retenu en présence des anomalies présentes sur les clichés de l'ASP, images qui étaient très évocatrices d'une pathologie de strangulation de l'intestin et qui auraient dû inquiéter.

A l'audience, le Professeur BIGARD qualifie l'ASP d'énormément pathologique. Il déclare que l'ASP évoque clairement un volvulus alors qu'on voit des niveaux hydro-aériques ainsi que des anomalies au niveau du colon et que l'estomac est très dilaté et rempli de liquide alors que la patiente n'avait rien mangé depuis quelques heures.

Le professeur BIGARD ajoute qu'on n'a pas besoin d'un radiologue pour interpréter l'ASP sur lequel on voit clairement une occlusion par strangulation. On aurait tout de suite dû faire appel à un chirurgien sinon faire un scanner. Pour lui les clichés étaient évidents et que même sans examen clinique il aurait conclu à un volvulus du sigmoïde qui n'est pas une pathologie rare. Un scanner était optionnel ; ce qui comptait, c'était d'opérer la patiente.

A l'audience lors de laquelle les experts avaient les 3 clichés de l'ASP devant eux, le Professeur LOUIS déclare qu'il aurait montré les clichés au radiologue. Il les qualifie d'inhabituels et d'incompatibles avec une gastro-entérite.

Le professeur LOUIS ajoute qu'en présence d'un ASP et d'un doute sur occlusion, on ne fait pas de scanner si le patient ne montre aucun signe clinique d'occlusion ; dans le cas contraire, on fait un scanner en fonction de l'urgence. Il précise que le diagnostic d'occlusion intestinale est avant tout clinique. Les examens d'imagerie doivent toujours être lus en les intégrant dans le contexte clinique et biologique. Il ajoute : « On n'opère pas des images ». Le scanner est prescrit en fonction de la clinique : si on est inquiet et/ou qu'on ne comprend pas ce qui se passe, on fait un scanner.

Il déclare que tous les éléments ensemble pouvaient créer un doute.

Les parties civiles reprochent au prévenu de ne pas avoir en cas de doute pris les mesures adéquates pour éclairer son diagnostic et notamment de ne pas avoir sollicité un avis auprès de la radiologue en présence des clichés de l'ASP.

Aux termes de l'article 39 du Code de déontologie médicale, dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande de soins, le médecin s'engage à assurer personnellement à son patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science en faisant appel, s'il y a lieu, à l'assistance de tiers compétents.

Aux termes de l'article 42 du même Code, le médecin doit élaborer son diagnostic avec le plus grand soin possible selon les circonstances en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant des données acquises de la science, et, s'il y a lieu, de concours appropriés.

Il est établi que dans les cas douteux, le médecin a l'obligation de contrôler l'exactitude de son diagnostic par tous les moyens d'investigation qui sont en son pouvoir. Il y a en effet faute professionnelle lorsqu'un diagnostic erroné a été posé sans qu'il ait été procédé à l'examen approfondi que les circonstances imposaient impérieusement et que la pratique médicale exige normalement, empêchant de ce fait le patient d'échapper aux conséquences de l'affection dont il est atteint.

Mais un doute diagnostique rend également plus difficile le choix d'une stratégie adaptée à l'état du patient et implique par voie de conséquence une obligation de vigilance, d'attention et des diligences accrues de la part du praticien.

Il résulte de la fiche d'observations médicales versée au dossier que le docteur **X.)** après avoir examiné une première fois la patiente et pris connaissance de la biologie et de la radio se questionne et se demande si sa première hypothèse diagnostique est encore conciliable avec la biologie et la radiologie.

Le prévenu évoque à un certain moment l'hypothèse diagnostique d'une bride, partant d'une occlusion organique.

Dans sa prise de position écrite et versée au dossier, le docteur **X.)** déclare qu'il a émis ce diagnostic de bride comme une hypothèse possible et que l'attitude normale face à ce diagnostic est celle de s'accorder un minimum de temps d'observation en milieu protégé. Il déclare qu'il n'a pas pu observer de signes d'occlusion lors de ses examens de sorte qu'il n'a pas ordonné de scanner dans l'immédiat. Il ajoute que la patiente ne présentait pas d'antécédents d'interventions chirurgicales qui auraient pu suspecter la présence d'une bride.

Lorsque le docteur **T4.)**, médecin radiologue à l'époque au **HÔP1.)**, prend connaissance au matin du 25 janvier 2004 des clichés de l'ASP, elle retient ce qui suit : « Présence de multiples niveaux hydro-aériques au niveau du grêle avec distension des anses grêles et présence d'un syndrome Chilaïditi.

Pas de gaz dans le colon gauche, ni dans le rectum.

Pas d'argument en faveur d'un pneumopéritoine. »

Il résulte de la littérature scientifique versée par le mandataire des parties civiles que le signe de Chilaiditi correspond à l'interposition d'une partie du colon entre le foie et la coupole diaphragmatique droite. Phénomène rare, il est plus fréquent chez les hommes, notamment âgés, souffrant de retard mental ou sous traitement psychotrope. Il est le plus souvent asymptomatique (signe de Chilaiditi) et découvert fortuitement ; il est parfois responsable (syndrome de Chilaiditi) de douleurs abdominales, constipation, vomissements, anorexie, détresse respiratoire, voire de complications telles que volvulus et occlusion. La connaissance de ce signe radiologique est importante pour éviter des interventions chirurgicales inutiles. Le traitement est en effet le plus souvent conservateur. Aux urgences, la prise en charge initiale d'un patient symptomatique associe repos au lit, hydratation intraveineuse et traitement laxatif. Le traitement chirurgical est réservé aux cas de volvulus, d'occlusion ou de perforation.

A l'audience, la radiologue, le docteur **T4.)**, déclare qu'on pouvait suspecter sur les clichés une occlusion intestinale. En présence d'un abdomen aigu, on investit dit-elle. Si on cherche quelque chose de plus précis, il est plus prudent de faire un scanner. Elle déclare que par précaution elle aurait fait un scanner. Elle précise que l'abdomen aigu est quelque chose qui n'est pas spécifique : cliniquement on a des signes de gravité (douleurs très intenses, défense), ou d'autres paramètres, telle que la biologie, qui montrent des signes inflammatoires.

Elle est d'avis que l'administration de Buscopan Compositum a pu influencer l'image en provoquant une atonie intestinale : les anses bougent moins, un peu de liquide peut rester dans les anses, mais elle ajoute que dans le cas d'espèce, la dilation était trop prononcée.

Elle précise qu'un ASP n'est pas assez parlant ; en tant que radiologue, si elle avait vu les clichés, elle aurait demandé un scanner. Elle ajoute que lorsqu'on n'a pas suffisamment

d'arguments pour dire de quoi il s'agit, on fait un examen supérieur à ce qui a été fait. Le scanner est supérieur en valeur de diagnostic que l'ASP.

Sur question si une occlusion du grêle pouvait être retenue sur base des seuls clichés de l'ASP elle répond : « Cela aurait pu l'être »

Elle ajoute que le radiologue discute les images ensemble avec celui qui a prescrit la radio, et en fonction du bilan, décide d'un scanner.

Elle ajoute que si le docteur **X.)** avait eu des doutes, il l'aurait appelée. Comme il ne l'a pas appelée, elle déclare que son analyse était concluante.

Elle indique que dans le cas d'espèce, il y avait des signes contradictoires : d'un côté, un abdomen sans défense et de l'autre côté des signes d'occlusion sur les images et une hyperleucocytose. Elle déclare que si le clinicien est d'avis que cela lui suffit, il n'y aura pas de discussion entre lui et le radiologue.

Sur question, elle précise que ce que l'ASP a montré peut se retrouver en cas d'une gastro-entérite mais n'est pas typique.

Le professeur BIGARD a déclaré à l'audience que le diagnostic posé par le docteur **T4.)**, à savoir un syndrome de Chilaiditi, l'avait fait rire.

Si le professeur LOUIS n'a pas vu, contrairement au professeur BIGARD, de volvulus colique sur l'ASP, il a déclaré que l'ASP pouvait éventuellement faire suggérer un phénomène d'occlusion. Il ajoute que le diagnostic de bride, sauf s'il s'agit d'une bride douloureuse, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, n'appelle pas d'intervention chirurgicale en ce que ces brides peuvent se résorber avec le temps d'elles-mêmes.

La question qui se pose en l'espèce est celle de savoir si la stratégie attentiste, conservatoire adoptée par le prévenu dans la nuit du 24 janvier au 25 janvier 2004 se justifiait en présence des éléments biologiques, radiologiques et cliniques qu'il avait en possession ou si ces derniers imposaient impérieusement qu'il fasse un scanner dans l'heure ? En d'autres termes, la décision du docteur **X.)** de différer le scanner était-elle fautive ?

Il est constant en cause que le docteur **X.)** a décidé d'observer l'évolution de la pathologie de la patiente. Il l'a gardée hospitalisée et a demandé sa surveillance. Avant de quitter l'hôpital le 25 janvier 2004 à 1h00 du matin, il a encore prescrit des examens complémentaires à faire le matin, à savoir une nouvelle analyse sanguine et un scanner en fonction de l'évolution de l'état de la patiente.

Il résulte tant des rapports d'expertise que de leurs déclarations à l'audience que les experts BIGARD et LOUIS sont, comme l'a relevé la représentante du Ministère Public, unanimes sur un point, à savoir qu'il fallait faire un scanner.

Le rapport du Professeur BIGARD est sans concession : le docteur **X.)** aurait dans l'immédiat dû faire opérer la patiente sinon ordonner un scanner compte tenu du début brutal de la symptomatologie, des valeurs biologiques alarmantes et des clichés de l'ASP sur lesquels le Professeur BIGARD a déclaré faire le diagnostic d'un volvulus qui est une urgence chirurgicale. A la différence du Professeur LOUIS, le Professeur BIGARD est d'avis que le docteur **X.)** ne pouvait se retrancher derrière la clinique pour justifier sa stratégie attentiste.

Le docteur **T4.)** a déclaré qu'en présence d'un abdomen aigu, on investigate. Si on cherche quelque chose de plus précis, il est plus prudent de faire un scanner. Elle déclare que par précaution elle aurait fait un scanner.

Force est cependant de constater que la patiente n'a à aucun moment présenté un abdomen aigu typique. Il suffit de se rapporter aux déclarations des médecins qui l'ont examinée avant son arrêt cardio-respiratoire. Le professeur LOUIS a également déclaré que le tableau clinique que présentait la patiente le 24 janvier 2004 n'était pas un tableau typique d'un abdomen aigu.

Le Professeur LOUIS est quant à lui plus nuancé dans ses propos et ses conclusions. S'il est d'avis que le docteur **X.)** aurait dû ordonner un scanner, il répond sur question du Parquet qu'il est difficile de dire si le docteur **X.)** aurait dû ordonner un scanner dans l'instant, cette décision dépendant du jugement clinique que l'on a à un moment donné.

Le professeur LOUIS précise que le diagnostic d'occlusion intestinale doit être évoqué devant l'association de trois signes fonctionnels (douleurs abdominales ; vomissements ; arrêt des matières et des gaz) et un signe physique (le météorisme abdominal) et que ce signe physique faisait défaut en l'espèce.

Il ajoute que le diagnostic d'occlusion intestinale est avant tout clinique. Les examens d'imagerie doivent toujours être lus en les intégrant dans le contexte clinique et biologique et que le scanner est prescrit en fonction de la clinique : si on est inquiet et/ou qu'on ne comprend pas ce qui se passe, on fait un scanner.

En l'espèce, on se trouvait en présence d'une patiente sans antécédent pathologique connu mais dont la symptomatologie était faite de douleurs abdominales d'intensité variable et sans altération de son état général.

Les experts sont unanimes à dire que le prévenu ne pouvait au vu des seuls éléments biologiques et radiologiques évoquer le diagnostic de complication gravissime d'occlusion et d'ischémie intestinale associée.

Il y a lieu de rappeler que le docteur **X.)** a examiné la patiente à deux reprises et en présence d'examen cliniques sans particularités, il a décidé de poursuivre ses investigations après un temps d'évolution.

Le professeur LOUIS a relevé à l'audience que si le tableau ischémique était déjà installé à 15h00 comme l'a soutenu le professeur BIGARD, on aurait dû s'attendre à 1h00 du matin à un état beaucoup plus critique, à une patiente en état de choc.

Pour le professeur LOUIS, cela montre qu'il était difficile d'interpréter ce qui se passait réellement et que le jugement clinique était difficile, d'où la stratégie plutôt attentiste qu'interventionniste adoptée par le docteur **X.)**.

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} édition, p. 683).

Donc l'erreur de diagnostic ou le retard de diagnostic ou l'absence de diagnostic deviennent fautifs si ils révèlent une ignorance ou une négligence inadmissible ou si le médecin a fait preuve d'une méconnaissance grossière de son art (M. Akida, La responsabilité pénale des médecins du chef d'homicide et de blessures par imprudence, bibl. de sciences criminelles, tome 29, n° 128 et 129).

Il y a lieu de rappeler que les deux experts sont unanimes pour dire que la pathologie que présentait **V.)** est une pathologie rare dont le diagnostic est difficile à poser.

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 la pathologie est très évolutive de sorte qu'elle ne pouvait être diagnostiquée le jour de l'examen radiologique (Jurisclasseur, resp. civile et assurances, fasc. 440-40).

L'ensemble de ces circonstances se retrouvent dans le cas présent. En effet, il était difficile pour le prévenu d'associer les symptômes de la maladie à un diagnostic alors que celui-ci était difficile à poser, cette difficulté résultant notamment de la rareté de la pathologie ainsi que de la discordance entre les symptômes recueillis et une clinique rassurante.

D'après l'avis de deux médecins qualifiés quand ils ont vu la patiente, il n'y avait pas d'indication à pousser plus loin les investigations ni d'indication à demander un avis supplémentaire.

Ces faits ne traduisent à aucun moment une légèreté dans le choix d'une stratégie de soin qui au vu de l'ensemble des développements qui précèdent était difficile et qui serait constitutive de manquements aux obligations déontologiques.

Le docteur **X.)** a sur base d'une clinique sans point d'appel d'urgence décidé, en présence d'une pathologie qu'il ne connaissait pas, de voir l'évolution de la patiente en la gardant sous surveillance hospitalière et de procéder le lendemain matin et en cas de besoin à un nouveau bilan sanguin et en fonction des résultats à un scanner.

Au regard des circonstances particulières du cas d'espèce tenant à la rareté de la pathologie dont souffrait la patiente, à la complexité des symptômes et à la difficulté de leur interprétation, du caractère trompeur et atypique de sa présentation clinique, circonstances qui ne permettaient pas au prévenu d'apprécier correctement et de constater la situation grave dans laquelle était la patiente, compte tenu également de l'évolution fulgurante durant la nuit de la pathologie, il n'est pas établi à l'exclusion de tout doute que le prévenu, en gardant la patiente en observation, en donnant des directives bien précises à l'infirmière de garde et en prescrivant un scanner que pour le matin, n'a pas respecté les règles normales de prudence et de diligence requises compte tenu de ses compétences et des moyens mis à sa disposition.

Au vu des développements qui précèdent, il n'est pas établi que l'absence de diagnostic est le résultat d'une ignorance manifeste ou d'une négligence grave alors qu'il résulte des éléments de la cause que le prévenu, compte tenu des symptômes qui lui furent décrits et ceux qu'il a lui-même constatés, a procédé à deux examens consciencieux de la patiente, et a décidé, compte tenue d'une clinique rassurante, sans point d'appel d'urgence, d'attendre et de voir l'évolution future de la patiente.

Le Tribunal entend rappeler qu'en matière pénale, on ne saurait se contenter de probabilités ou de simples possibilités. Il faut des certitudes et le doute doit profiter au prévenu.

Compte tenu des circonstances du cas d'espèce, il n'est pas établi, à l'exclusion de tout doute, qu'un autre médecin placé dans les mêmes circonstances, exerçant la même spécialité, n'aurait pas eu le même comportement que le prévenu de sorte que **X.)** est à acquitter la prévention d'homicide par imprudence involontaire libellée à son encontre.

Finalement, il ne saurait être reproché au docteur **X.)** de ne pas avoir surveillé l'évolution de l'état de santé de la patiente alors qu'il avait donné des consignes précises au personnel infirmier, et que ni le docteur **X.)** ni le docteur **T3.)** n'ont été recontactés au courant de la nuit avant l'arrêt circulatoire de la patiente à 6h00 du matin.

Quant à l'infraction de non-assistance à personne en danger :

Le Ministère Public reproche encore au prévenu d'avoir enfreint l'article 410-1 du Code pénal en s'abstenant volontairement, en tant que médecin spécialiste en gastro-entérologie auprès de l'**HÔP1.)**, de venir en aide et de procurer une aide à **V.)**, préqualifiée, après avoir eu connaissance des symptômes graves présentés par la patiente, tels que repris au point 1) ci-dessus, en les constatant lui-même et après avoir consulté le résultat des analyses et constatations faites par ses confrères, dont notamment les docteurs **T2.)** et **T3.)**, symptômes présentant un péril grave pour la patiente, qui ont finalement causé la mort de celle-ci, en laissant la patiente passer la nuit dans une chambre non surveillée, sans procéder à d'autres analyses et vérifications, alors que les symptômes présentés par la patiente imposaient notamment :

- la réalisation immédiate d'un scanner,
- le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
- une intervention chirurgicale immédiate.

L'infraction du refus de porter secours ou de non-assistance à une personne en danger comporte 4 éléments constitutifs :

- 1) l'existence d'un péril grave,
- 2) l'intervention ne doit pas comporter de risques sérieux pour l'intervenant et autrui,
- 3) l'aide dont l'omission est coupable doit consister soit dans une action personnelle, soit dans un appel de secours,
- 4) l'abstention de fournir une aide volontaire.

Par rapport à l'activité médicale, la loi réprime un manquement volontaire aux devoirs d'humanité mais non les faits résultant d'une erreur de diagnostic (...). On ne peut songer à poursuivre tous ceux qui à la suite d'un diagnostic erroné n'auraient pas donné au malade les soins que requerrait l'état réel et méconnu de celui-ci (Revue de droit pénal et de criminologie, déc. 1961, Jean CONSTANT : La répression des abstentions coupables, n° 56)

Le médecin qui, après avoir posé un diagnostic erroné, donne des soins inadéquats ne commet pas d'abstention coupable « à défaut d'éléments intentionnel requis ». Il ne peut être question d'une abstention coupable, puisqu'il y eut effectivement aide - fut-elle inefficace - et non pas refus d'aide ((Revue de droit pénal et de criminologie, déc. 1983, Jean DU JARDIN, p. 2971 : La jurisprudence et l'abstention de porter secours).

Si l'aide doit être effective, c'est-à-dire se traduire par des actes réels, elle peut être maladroite voire inadéquate en raison par exemple d'une erreur, même fautive de diagnostic.

Si l'aide ne doit pas être efficace, elle doit néanmoins tendre à l'être, c'est-à-dire appropriée et ajustée à son but.

En l'espèce, le prévenu n'a pas délibérément choisi de ne rien faire. Il est intervenu d'abord en se rendant à l'hôpital, en examinant ensuite la patiente, en prenant connaissance des examens d'ores et déjà réalisés, en prescrivant un bilan sanguin complémentaire, en procédant à un nouvel examen de la patiente et la gardant sous surveillance à l'hôpital.

Il n'y a partant pas eu d'abstentions fautives d'intervenir.

Le prévenu est partant à acquitter de la prévention de l'article 410-1 du Code pénal.

Il suit des développements qui précèdent que **X.)** est à **acquitter** des préventions libellées à son encontre, à savoir :

« entre le 24 janvier 2004 à 21.30 heures et le 25 janvier 2004 à 6.00 heures à L-(...), (...), **HÔP1.)**, sans préjudice des indications de temps et e lieu plus exactes ;

1) en infraction aux articles 418 et 419 du Code pénal,

d'avoir causé, par défaut de prévoyance ou de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autre, la mort d'autrui,

en l'espèce, en tant que médecin spécialiste en gastro-entérologie auprès de l'**HÔP1.)**, sis à L-(...), (...), d'avoir causé, par défaut de prévoyance et de précaution, mais sans intention d'attenter à la personne d'autrui, la mort de **V.)**, née le (...) à Differdange, notamment en raison d'une prise en charge incorrecte et non-adaptée à l'état de santé de la patiente, caractérisée notamment par :

- les symptômes graves présentés par la patiente, symptômes qui constituent des signes d'affection organique sévère et orientaient vers une strangulation de l'intestin grêle et qui imposaient une intervention chirurgicale immédiate et surtout le transfert immédiat en soins intensifs et la réalisation immédiate d'un scanner,
- les symptômes décrits par la patiente dès son arrivée aux urgences de **HÔP1.)**, préqualifié, dont notamment l'apparition d'une douleur subite, très intense, ombilicale et sus-ombilicale à type initialement de crampe, puis rapidement d'une douleur continue, accompagnée de vomissements et d'un épisode diarrhéique sans présence de sang vers 15 heures de l'après-midi du 24 janvier 2004, alors que la patiente n'avait pas d'antécédent particulier,
- l'intensité des douleurs confirmée par la patiente pendant sa prise en charge à l'hôpital [patiente douloureuse trois croix (+++)] – la patiente indiquant une douleur entre 8 et 9 sur une échelle de 10],
- un bilan biologique anormal de la patiente, caractérisé essentiellement par une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, une hémococoncentration dont témoigne l'hémoglobinémie élevée, ainsi qu'une LDH élevée (notamment une hyperleucocytose à 30400 globules blancs, dont 92,4 % de polynucléaires neutrophiles, avec une hémoglobinémie élevée à 16,8 g et un hématocrite élevé à 49,6%),
- un abdomen sans préparation extrêmement pathologique, dont les pathologies sont plus particulièrement décrites dans le rapport d'expertise du professeur M.A. BIGARD du 22 août 2007,
 - une démarche diagnostique inadaptée, en n'ordonnant pas la réalisation immédiate d'un scanner, en présence des symptômes inquiétants présentés par la patiente,
 - un diagnostic totalement erroné au regard du tableau clinique si brutal, si violent et des données biologiques et radiologiques si inquiétantes de la patiente, diagnostic qui a été rendu possible, sinon a été accentué par l'absence de réalisation immédiate d'un scanner,
 - un traitement totalement inadapté de la patiente, consistant à lui faire passer la nuit dans une chambre non surveillée, alors que ses symptômes imposaient notamment :
- la réalisation immédiate d'un scanner,
- le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
- une intervention chirurgicale immédiate, prise en charge incorrecte et non adaptée qui a laissé le temps aux pathologies de s'aggraver dramatiquement, entraînant notamment une acidose métabolique probablement

très marquée, aboutissant à un arrêt cardio-respiratoire vers 6.00 heures du matin du 25 janvier 2004 et provoquant un oedème cérébral chez la patiente,

séquelles dont la patiente mourra finalement le 29 février 2004.

2) en infraction à l'article 410-1 du Code pénal,

de s'être, sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui, abstenu volontairement de venir en aide et de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave dont il a lui-même constaté la situation, ou que cette situation lui a été décrite par ceux qui sollicitent son intervention,

en l'espèce, en tant que médecin spécialiste en gastro-entérologue auprès de l'**HÔP1.**), préqualifié, s'être abstenu volontairement de venir en aide au point 1) ci-dessus, en les constatant lui-même et après avoir consulté le résultat des analyses et constatations faites par ses confrères, dont notamment les docteurs **T2.)** et **T3.)**, symptômes présentant un péril grave pour la patiente, qui ont finalement causé la mort de celle-ci, en laissant la patiente passer la nuit dans une chambre non surveillée, sans procéder à d'autres analyses et vérifications, alors que les symptômes présentés par la patiente imposaient notamment :

- la réalisation immédiate d'un scanner
- le transfert immédiat de la patiente en soins intensifs,
- une intervention chirurgicale immédiate. »

AU CIVIL

A l'audience publique du 25 avril 2016, Maître Pascal PEUVREL, avocat à la Cour, assisté de Maître Natascha STELLA, avocat à la Cour, les deux demeurant à Luxembourg, réitéra les constitutions de partie civile déposées au cabinet du juge d'instruction le 22 septembre 2006, au nom et pour compte de 1) **A.)**, préqualifiée, demanderesse au civil, 2) **B.)**, préqualifié, demandeur au civil, 3) **C.)**, préqualifiée, demanderesse au civil, et 4) **D.)**, préqualifié, demandeur au civil, contre le prévenu **X.)**, 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.

Eu égard à la décision d'acquiescement à intervenir au pénal à l'égard du prévenu **X.)**, le Tribunal correctionnel est incompétent pour connaître des demandes civiles.

En ce qui concerne la demande en paiement de la somme de 1.250 euros déboursée à titre de cautionnement lors de la plainte avec constitution de partie civile, il y a lieu de noter que, conformément aux dispositions de l'article 62 du Code d'instruction criminelle la partie civile qui succombe est personnellement tenue de tous les frais de procédure, lorsqu'elle a mis en mouvement l'action publique. Si la partie civile ne succombe pas, ce cautionnement lui est restitué.

Au regard du fait que le présent jugement peut encore faire l'objet de voies de recours, la demande en restitution de la caution est à rejeter.

PAR CES MOTIFS:

le Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, **neuvième 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 au civil, la représentante du Ministère Public entendue en ses réquisitions,

AU PENAL :

rejette le moyen d'irrecevabilité des poursuites pour être non fondé ;

acquitte X.) des préventions mises à sa charge ;

le **renvoie** des fins de sa poursuite pénale sans peine ni dépens ;

laisse les frais de sa poursuite pénale à charge de l'Etat.

AU CIVIL :

1) Demande civile de B.) contre X.)

donne acte à B.) de sa constitution de partie civile,

se déclare incompétent pour connaître de la demande ;

laisse les frais à charge du demandeur au civil ;

2) Demande civile de A.) contre X.)

donne acte à A.) de sa constitution de partie civile,

se déclare incompétent pour connaître de la demande ;

laisse les frais à charge de la demanderesse au civil ;

3) Demande civile de C.) contre X.)

donne acte à C.) de sa constitution de partie civile,

se déclare incompétent pour connaître de la demande ;

laisse les frais à charge de la demanderesse au civil.

4) Demande civile de D.) contre X.)

donne acte à D.) de sa constitution de partie civile,

se déclare incompétent pour connaître de la demande ;

laisse les frais à charge du demandeur au civil.

Par application des articles 2, 3, 155, 179, 182, 183-1, 184, 189, 190, 190-1 et 191 du Code d'instruction criminelle dont mention a été faite.

Ainsi fait et jugé par Elisabeth CAPESIUS, premier vice-président, Elisabeth EWERT, premier juge, et Bob PIRON, premier juge, prononcé en audience publique au Tribunal d'arrondissement de et à Luxembourg, Cité Judiciaire, Plateau du Saint Esprit, par Madame le premier vice-président, en présence de Colette LORANG, premier substitut du Procureur d'État, et de Christophe WAGENER, greffier assumé, qui, à l'exception de la représentante du Ministère Public, ont signé le présent jugement.